



Inkoopgids Wijkverpleging 2015

Juni 2014

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Context en toekomstperspectief	4
2.1 Overgangsjaar	5
2.2 De aanspraak wijkverpleging	5
2.3 Wat is wijkverpleging?	6
2.3.1 <i>De wijkverpleegkundige</i>	6
2.3.2 <i>(Wijk)verpleegkundige zorg</i>	7
3. Inkoop wijkverpleging 2015	8
4. Financiële kaders	9
4.1 Budget	9
4.2 NZa-prestaties en tarieven en wijze van inkoop	9
4.3 Vooruitbetaling toewijsbare zorg	10
4.4 Macro Beheers Instrument (MBI)	10
5. Zorginkoop	11
5.1 Representatie	11
5.1.1 <i>Toewijsbare zorg</i>	11
5.1.2 <i>Niet-toewijsbare wijkgerichte zorg</i>	12
5.2 Procedure inkoopafspraken	12
5.2.1 <i>Toewijsbare zorg</i>	12
5.2.2 <i>Niet-toewijsbare zorg</i>	13
5.3 Overgangsregime	14
5.4 Mogelijke zorgaanbieders wijkverpleging	15
5.4.1 <i>Bestaande zorgaanbieders</i>	15
5.4.2 <i>Nieuwe zorgaanbieders</i>	15
5.4.3 <i>ZZP'ers</i>	15
5.5 Overige zorgvormen	16
5.6 Voorwaarden contractering	16
6. Zorglevering toewijsbare zorg	21
6.1 Zorgtoegangsproces	21
6.2 Verpleegkundig indiceren	21
6.3 Kwaliteitseisen	22
6.3.1 <i>Indicatiestelling door verpleegkundige niveau 5</i>	22
6.3.2 <i>Het zorgplan</i>	22
6.3.3 <i>Kwaliteitsbeoordeling</i>	23
7. Monitoring en declaratie toewijsbare zorg	24
7.1 Monitoring kwaliteit en budget	24
7.2 Wijze van declaratie	24
Bijlage 1 – Representatie toewijsbare zorg	26
Bijlage 2 – Representatie niet-toewijsbare wijkgerichte zorg	27
Bijlage 2 – Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging	29

1. Inleiding

Op 1 januari 2015 wordt de extramurale persoonlijke verzorging en verpleging overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). De transitie van verpleging en verzorging als aanspraak 'wijkverpleging' naar de Zvw is een omvangrijke operatie en vraagt om een zorgvuldig invoeringstraject. Het is van belang dat de overheveling zonder problemen voor zowel verzekerden, zorgaanbieders als zorgverzekeraars gaat plaatsvinden, zodat continuïteit van zorg is geborgd.

Ter ondersteuning van dit proces is er door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een inkoopgids wijkverpleging 2015 opgesteld. De inkoopgids wijkverpleging 2015 is bedoeld als een basisset van afspraken bij de onderhandelingen over de extramurale zorginkoop van verpleging en verzorging zonder verblijf¹. Het geeft structuur, richting en ruimte aan het zorginkoopproces. Zorginkopers en zorgaanbieders vinden in de gids actuele informatie die ze kunnen gebruiken om afspraken te maken. Daarnaast wordt geadviseerd om de website van ZN regelmatig te raadplegen, in verband met de publicatie van actuele relevante documenten inzake wijkverpleging.

De scope van deze inkoopgids betreft de zorginkoop wijkverpleging in het jaar 2015. Het is van belang om dit te realiseren, omdat 2015 een overgangsjaar betreft waarin de hervorming nog niet volledig is geïmplementeerd. De totale transformatie van de verpleegkundige zorg in de wijk is dan ook een meerjarig proces. Het is van belang om de cultuuromslag naar het behoud en vergroten van de zelfredzaamheid en participatie door te zetten, ondanks dat in 2015 de nadruk met name ligt op het borgen van de continuïteit van zorg en het uitvoeren van de forse opgelegde taakstelling. Het onderhandelaarsresultaat verwijst daarbij ook naar de gezamenlijke verantwoordelijkheid: "het is van belang dat risico's niet eenzijdig bij 1 partij komen te liggen, maar alle betrokkenen een gezamenlijke verantwoordelijkheid voelen".

Tot slot, er zijn op het moment van vaststelling van deze zorginkoopgids nog veel onzekerheden, zoals het inschatten van de effecten betreffende de vrije toegang, de nieuwe vormgeving van de toegang tot zorg, waarbij de verpleegkundige gaat indiceren, de impact en effecten van het overgangsregime, de veranderingen bij de Wlz en Wmo en de effecten van het besluit dat de aanspraak wijkverpleging niet onder het eigen risico valt. De informatie in deze gids is geschreven met de kennis van de huidige stand van zaken en onder voorbehoud van komende ontwikkelingen. Relevante wijzigingen die na publicatie van deze inkoopgids worden doorgevoerd, worden geplaatst op de website van ZN. Aan de inkoopgids wijkverpleging 2015 kunnen geen rechten worden ontleend.

¹ Uitzondering op verpleging en verzorging zonder verblijf is Intensieve Kindzorg, waar verblijf wel mogelijk is.

2. Context en toekomstperspectief

Door de overheveling van wijkverpleging naar de Zvw wordt deze zorg zonder financieringsschotten dichtbij andere eerstelijnszorg en in het sociale domein gepositioneerd. Door een sterkere eerste lijn kunnen mensen langer zelfstandig blijven wonen en kan het beroep op zwaardere zorg en (langdurige) ziekenhuisopname of verpleeghuisopname zoveel mogelijk worden voorkomen, en/of worden uitgesteld. De overheveling is onderdeel van de hervorming langdurige zorg (HLZ), gebaseerd op de visie dat de samenleving mensen meer mogelijkheden biedt om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen leven, meer gelijke deelname en meer eigen regie. Wie ondersteuning en zorg nodig heeft, krijgt die zoveel mogelijk dichtbij, in de eigen leefomgeving. Gemeenten worden vanuit de Wet maatschappelijk ondersteuning 2015 (Wmo) verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen met een beperking bij zelfredzaamheid en participatie. In de toelichting bij de concept aanspraak wijkverpleging is hierover onder meer letterlijk het volgende opgenomen: "De behoefte aan (alleen) verzorging zoals die tot nu toe ten laste van de AWBZ werd verleend, kan echter ook meer in het verlengde van de behoefte aan begeleiding liggen. Het gaat bij deze verzorging om mensen die behoefte hebben aan ondersteuning bij ADL. Deze verzorging houdt geen verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Deze behoefte aan ondersteuning bij ADL komt met name voor bij mensen met een verstandelijke of zintuiglijke beperking of psychiatrische problematiek. Deze verzorging in de vorm van ondersteuning bij ADL is niet naar het basispakket overgeheveld, maar per 1 januari 2015 gepositioneerd onder de Wmo 2015, net als de voorheen onder de AWBZ-aanspraken vallende begeleiding" (Bron: Concept wijziging Besluit zorgverzekering, 2014). Voor kwetsbare mensen die zeer intensieve zorg nodig hebben, is zorg beschikbaar via de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz), die mogelijk per 1 januari 2015 in werking treedt. Op het moment van publicatie is de inwerkingtreding van de Wlz nog onzeker. Door de hervorming krijgt de zorgverzekeraars de regie over de hele zorgketen. Zij zijn verantwoordelijk voor het geneeskundige domein, van extramuraal verpleging en verzorging thuis, noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, tot en met opname in het ziekenhuis. Daarnaast zijn zorgverzekeraars en gemeenten gezamenlijk verantwoordelijk voor het organiseren van zorg op wijkniveau, onder meer in de vorm van sociale wijkteams. Hierbij moet worden aangegeven op welke manier die verantwoordelijk is bepaald/vastgelegd.

Om in de eigen leefomgeving te kunnen blijven is samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars onmisbaar voor verzekerden die thuis zorg en ondersteuning nodig hebben op basis van zowel de Wmo als de Zvw. Er dient aandacht te zijn voor de integraliteit van geleverde zorg binnen de Wmo, Zvw en Wlz, dus over de domeinen heen.

Zorg en ondersteuning gezamenlijk moeten de burger in staat stellen zo lang mogelijk in eigen omgeving te blijven, ondanks ziekte, beperking of ouderdom. Het gaat om een andere manier van zorg verlenen, waarbij de focus ligt op zelfredzaamheid, ontzorgen, kwaliteit van leven en gepast zorggebruik. De vraag van de verzekerde en zijn (on)mogelijkheden moet bepalend zijn voor de zorg of ondersteuning die hij ontvangt. De wijkverpleegkundige vormt daarbij de verbinding tussen de verschillende domeinen (bron: Spoorboekje VWS) en heeft een centrale plek in de wijk.

In de bestuurlijke afspraken verpleging en verzorging 2014 – 2017 hebben de betrokken partijen zich verbonden zich in te spannen om de veranderingen binnen een strak financieel kader door te voeren. De overheveling gaat daarbij gepaard met een forse taakstelling. Dit sluit aan bij de transformatieopgave om de taakstelling – in de regel - zoveel als mogelijk te realiseren via reductie van het zorgvolume per verzekerde in zorg.

2.1 Overgangsjaar

Wijkverpleging is per 1 januari 2015 formeel wettelijk verankerd in de Zvw en wordt daarmee uitgevoerd door zorgverzekeraars. De totale transformatie van de verpleegkundige zorg in de wijk zal echter een meerjarig proces zijn. Vanwege het beperkte tijdspad voor de overheveling en de implementatie van de aanspraak wijkverpleging, wordt 2015 beschouwd als overgangsjaar. Het doel daarbij is om continuïteit van zorg, (financiële) risicobeheersing en praktische uitvoerbaarheid zoveel als mogelijk te realiseren. Voor de zorginkoop wijkverpleging zullen er zoveel mogelijk landelijke afspraken worden gemaakt.

Het jaar 2015 vormt daarmee een overbrugging van hervorming naar implementatie. Vanaf medio 2014 wordt uitgewerkt hoe de wijkverpleegkundige zorg in 2016 en verder wordt vormgegeven. Verzekerden moeten kunnen vertrouwen dat zij ook tijdens het overgangsjaar 2015 goede zorg zullen blijven ontvangen die aansluit bij hun behoeften.

2.2 De aanspraak wijkverpleging

De definitieve aanspraak wijkverpleging zal naar verwachting in oktober 2014 in het Staatsblad worden gepubliceerd. Het concept van de aanspraak, waar deze inkoopgids op is gebaseerd luidt:

Artikel 2.10

1. Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:
 - a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
 - b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
 - c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, valt niet verzorging aan verzekerden tot achttien jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
 - a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
 - b. vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Met de overheveling treedt een nieuwe beleidsregel Verpleging en Verzorging in werking². Deze beleidsregel is op het moment van vaststellen van de inkoopgids nog niet gepubliceerd. Wel is er definitief besloten dat er geen eigen risico van toepassing is op de aanspraak wijkverpleging. Zodra de beleidsregel er is, wordt deze gepubliceerd op de website van ZN.

De aanspraak op wijkverpleegkundige zorg is niet begrensd in aantal uren. Echter, de aanspraak op wijkverpleging vervalt, indien er een recht op zorg is vanuit de Wlz. Dit ontstaat als een verzekerde voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz. Dit is het geval wanneer de verzekerde blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht of aan 24 uur zorg in de nabijheid. Het CIZ bepaalt de toegang tot de Wlz op basis van de zorginhoudelijke criteria.

2.3 Wat is wijkverpleging?

De nieuwe Zwv-aanspraak wijkverpleging zal worden geformuleerd als 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'. Door te verwijzen naar 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' valt het gehele beroepsarsenaal van de verpleegkundigen onder de Zwv: niet alleen de verpleegkundige handelingen (zorgverlening en verzorging), maar ook het coördineren, signaleren, coachen en preventie. Het betekent overigens niet dat deze zorg alleen door verpleegkundigen kan worden verleend. Het kan hierbij ook gaan om bijvoorbeeld een verzorgende (brief TK, 188415-115983-Z). Van belang is dat de zorg wordt verleend door zorgprofessionals die voldoen aan de beroepsprofielen zoals beschreven in het beroepenhuis V&VN zoals voorgesteld door commissie Meurs. (bron: Rapport "Leren van de Toekomst, verpleegkundigen en verzorgenden 2020", Lambregts et.al. 2012). De Minister van VWS heeft deze profielen grotendeels overgenomen (Kamerbrief Beroep en opleiding Verpleegkundige d.d. 14 april 2014) en het traject wordt opgestart om deze in zowel de wetgeving (BIG) als de opleidingen te verankeren.

2.3.1 De wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige is, net als de huisarts, de eerste toegang tot professionele zorg en de verbindende schakel tussen zorgvragers en aanbieders binnen de domeinen van zorg, wonen en welzijn (bron: Nivel, rapport kennissynthese wijkverpleegkunde).

De beroepsaanduiding wijkverpleegkundige wordt van oudsher gereserveerd voor hbo opgeleide verpleegkundigen die een vervolgopleiding in de maatschappelijke gezondheidszorg hebben gevolgd of binnen de initiële hbo-opleiding uitgestroomd zijn met een profiel maatschappelijke gezondheidszorg. De beroepsvereniging V&VN verstaat onder wijkverpleegkundige de hbo-opgeleide verpleegkundige die voldoet aan de competenties van het expertisegebied wijkverpleging zoals beschreven in 2012 (expertisegebied wijkverpleegkundigen V&VN, 2012). In het kader van de zorginkoop wijkverpleging is dit een contractvoorwaarde en zal hier ook naar verwezen worden.

² De medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) is onderdeel van de aanspraak wijkverpleging, maar heeft geen vrije toegang. In het overgangsjaar wordt MSVT nog op dezelfde wijze ingekocht en bekostigd zoals in 2014 (onder BKZ medisch specialistische zorg). Voor 2015 geldt er geen eigen risico voor MSVT. Voor de inkoopgids wijkverpleging valt MSVT buiten scope en wordt daarom niet verder behandeld.

2.3.2 (Wijk)verpleegkundige zorg

Wijkverpleegkundige zorg bestaat in de eerste plaats uit zorgverlening. Het overgrote deel van deze zorg bestaat uit het verrichten van verpleegkundige en verzorgende handelingen. Daarnaast vallen er taken onder als indiceren, coaching en casemanagement. Deze taken dragen eraan bij dat de zorg op maat en doelmatig geleverd wordt. Het merendeel van de (wijk)verpleegkundige zorg wordt geleverd aan een verzekerde en is daarmee toewijsbaar. Een klein deel van de wijkverpleegkundige zorg richt zich echter niet op individuele verzekerden. Deze meer collectieve taken (wijktaken) zijn niet toewijsbaar aan een individuele verzekerde, maar zijn naar hun aard wijkgerichte zorg. Deze zorg richt zich op de wijk/buurt, zoals het signaleren en het aangaan en onderhouden van contacten uit het wijknetwerk. Omdat de wijkverpleegkundige zorg rechtstreeks toegankelijk is, zijn dit triagerende gesprekken. Middels deze gesprekken wordt er ingeschat of er sprake is van een mogelijke zorgvraag binnen de aanspraak wijkverpleging. Tevens speelt preventie (stimuleren) hierbij een belangrijke rol (bron: memo NZa CE 14-05).

De zorg wordt door een wijkverpleegkundige geleverd op basis van professionele autonomie, zoals gesteld door de V&VN. Dit garandeert cliëntgerichtheid en een onafhankelijk besluit. Naast de wijktaken binnen de niet-toewijsbare wijkgerichte zorg levert zij echter ook zorgtaken, de kern van haar professie. Dit valt onder de toewijsbare zorg.

Voor de niet-toewijsbare zorg worden door de zorgverzekeraars afspraken gemaakt met de gemeenten. In het Regeerakkoord is voor 2015 als extra impuls voor de wijkverpleegkundige zorg €50 miljoen toegewezen. Daarvan is €40 miljoen toegevoegd aan de Zvw en €10 miljoen aan de Wmo. De zorgverzekeraars hebben besloten om in principe het bedrag van €40 miljoen voor 2015 te reserveren voor de niet-toewijsbare, wijkgerichte taken van de wijkverpleegkundige. Op Wmo- regioniveau worden afspraken met de gemeenten gemaakt waar de wijkverpleegkundige zich met name op gaat richten en in welke specifieke wijk. Gemeenten hebben daarbij geen invloed op de verdeling of inzet van de middelen.

Bovenstaande informatie omtrent de (niet-)toewijsbare zorg leidt tot de samenvattende tabel³:

	Niet-toewijsbare, wijkgerichte zorg	Toewijsbare zorg
Doelgroep	Wijk / buurt	Individuele verzekerde
Taken	- Signaleren - Netwerktaken - Stimuleren	- Indiceren - Zorgverlening - Coördinatie van zorg
Inkoop	Door zorgverzekeraar op basis van afspraken met gemeenten	Door zorgverzekeraar

³ Het is van belang om te realiseren dat het weergegeven onderscheid tussen de niet-toewijsbare wijkgerichte zorg en toewijsbare zorg in de praktijk minder scherp zal zijn. Samenwerking tussen beide vormen van zorg en ondersteuning is van belang om tot een succesvolle inrichting en uitvoering te komen.

3. Inkoop wijkverpleging 2015

In 2015 wordt er via representatie ingekocht en daarom zijn er met de zorgverzekeraars uniforme uitgangspunten opgesteld ten aanzien van de zorginkoop wijkverpleging. Dit hoofdstuk beschrijft vanuit vier thema's het kader voor de zorginkoop wijkverpleging 2015, te weten 'financiële kaders', 'zorginkoop', 'zorglevering' en 'monitoring en declaratie'. Het geeft de eisen, voorwaarden en uitgangspunten weer op basis waarvan zorgverzekeraars een contract met zorgaanbieders kunnen sluiten⁴.

⁴ Zorgverzekeraars maken zelf een eigen inkoopbeleid op basis waarvan de daadwerkelijke zorginkoop plaatsvindt.

4. Financiële kaders

Dit hoofdstuk beschrijft achtereenvolgens het beschikbare budget, de NZa-prestaties en tarieven en vooruitbetaling.

4.1 Budget

Het beschikbare financiële kader voor 2015 voor de aanspraak wijkverpleging bedraagt voor zover op dit moment bekend € 3,019 miljard exclusief jaarlijkse indexatie voor loon- en prijsbijstelling. Het definitieve kader zal mede afhangen van keuzes over welke zorg exact overgeheveld wordt van de AWBZ naar de Zvw. Besluitvorming hierover is nog niet afgerond.

In onderstaande tabel wordt het voorlopige kader weergegeven (Zorg in Natura en Persoonsgebonden Budget) met daarin de verwerking van de taakstelling van € 440 miljoen.

Aanspraak wijkverpleging		2015	
Uitgaven start		3.022	
Waarvan:	PV		1.992
	VP		489
	Overig		542
Bij: groei		187	
Bij: extramuralisering		225	
Nominaal 2014		108	
Totaal		3.543	
Taakstelling		-440	
Resteert		3.103	
Intensivering wijkverpleging		40	
Totaal		3.019	

4.2 NZa-prestaties en tarieven en wijze van inkoop

Voor de prestaties die gekoppeld zijn aan toewijsbare zorg gelden maximumtarieven. Voor de niet-toewijsbare wijkgerichte zorg wordt uitgegaan van een aparte prestatie. De aparte prestatie met een vrij tarief maakt het mogelijk de niet toewijsbare zorg in te kopen op basis van afspraken met gemeenten in Wmo-regio verband.

De prestaties en tarieven zijn op het moment van vaststelling van de inkoopgids nog niet gepubliceerd door de NZa. Zodra de prestaties en tarieven er definitief zijn, wordt deze gepubliceerd op de website van ZN.

Door het vervallen van een aantal beleidsregels en onduidelijkheden rondom lopende experimenten, zoals Experiment Regelarme Instellingen, ontstaan er verschillende 'rafelranden'. Zodra hier meer duidelijkheid over is, wordt dit gepubliceerd op de website van ZN en zal aangegeven worden hoe hier in de inkoop mee wordt omgegaan.

4.3 Vooruitbetaling toewijsbare zorg

Ten gevolge van de overheveling ontstaat mogelijk bij instellingen een (beperkt) liquiditeitsprobleem in verband met frictiekosten van de transitie. De omslag tussen van vooraf naar achteraf betalen kan en mag niet tegelijk vallen met de transitie, omdat dit dan ten koste zou kunnen gaan van de veranderingen die organisaties moeten doorvoeren.

Binnen de Zvw is het alleen mogelijk om voor geleverde zorg te betalen. Om mogelijke liquiditeitsproblemen bij zorgaanbieders te voorkomen, wordt voor 2015 onder voorwaarden de mogelijkheid geboden om afspraken te maken over een vooruitbetaling voor reeds geleverde, maar nog niet gedeclareerde zorg. Hierbij zal uitgegaan worden van een maandelijkse declaratie vanuit de zorgaanbieder. De vooruitbetaling zal door de betrokken zorgverzekeraars indien mogelijk rond 20 januari 2015 worden overgeboekt. Dit betekent dat de vooruitbetaling nooit verder zal kunnen reiken dan de zorg die redelijkerwijs tot die datum geleverd is. Specifieke voorwaarden die gelden inzake vooruitbetaling worden beschreven in de 'standaardovereenkomst vooruitbetaling, geldend tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

Over de exacte invulling van de te volgen werkwijze bij de verstrekking van een vooruitbetaling worden afspraken gemaakt tussen ActiZ en Zorgverzekeraars Nederland die gelden voor 2015. In deze afspraken wordt ook opgenomen hoe omgegaan wordt met de vooruitbetaling ingeval onafhankelijke ketentesten uitwijzen dat declaraties van zorg nog niet mogelijk zijn per 1 januari 2015. Deze afspraken zullen gepubliceerd worden op de website van ZN.

4.4 Macro Beheers Instrument (MBI)

Overschrijdingen van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) die betrekking hebben op de wijkverpleging, worden achteraf geredresseerd met behulp van het macrobeheersinstrument (MBI). Het MBI is niet gedifferentieerd en is van toepassing op alle zorgaanbieders die zorg leveren binnen de aanspraak wijkverpleging, dus zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde aanbieders.

De werkwijze en reikwijdte van het MBI zal nader worden omschreven in de nog te publiceren beleidsregel van de NZa. Zodra deze is gepubliceerd, zal deze worden gepubliceerd op de website van ZN.

Zorgverzekeraars voelen zich mede verantwoordelijk om de inzet van het MBI te voorkomen, maar ze zijn wel gehouden aan het geven van invulling aan hun zorgplicht jegens hun verzekerden. Beheersing van het budget en daarmee het voorkomen van de inzet van het MBI kan alleen worden gerealiseerd in samenwerking met de zorgaanbieders.

5. Zorginkoop

Er geldt voor 2015 een landelijk inkoopmodel op basis van representatie. In dit hoofdstuk wordt dit model toegelicht. Waar nodig wordt onderscheid gemaakt tussen aan personen toewijsbare zorg en niet-toewijsbare, wijkgerichte zorg.

5.1 Representatie

Inkoop op basis van representatie betekent dat één zorgverzekeraar de zorginkoop verzorgt namens alle zorgverzekeraars. Vooraf worden tussen de representanten afspraken gemaakt over de rol en betrokkenheid van de tweede en eventuele derde representant bij de uitvoering van het inkoopbeleid. De gesloten overeenkomst met de zorginstellingen en de overeengekomen tarieven en aanverwante afspraken gelden daarbij voor alle zorgverzekeraars. De tweede representerende zorgverzekeraar ondertekent daartoe eveneens het te sluiten contract. Daar waar in deze inkoopgids gesproken wordt over de individuele zorgverzekeraar, wordt de representerende zorgverzekeraar bedoeld.

5.1.1 Toewijsbare zorg

Voor de verpleging en verzorging thuis (toewijsbare zorg) wordt er ingekocht op voormalig zorgkantoor-regioniveau. De volgende representanten worden aangewezen:

- 1e representant: het huidige zorgkantoor (concessiehouder)
- 2e representant: de marktleider van de zorgkantoorregio (of tweede marktleider als de eerste marktleider het zorgkantoor is). Het marktleiderschap is bepaald op basis van het aantal verzekerden in deze regio

In bijlage 1 is het overzicht opgenomen van de representatie per voormalig zorgkantoorregio met daarbij de representerende zorgverzekeraars.

Voor de bestaande praktijk mag er bovenregionaal worden ingekocht. Het is dus toegestaan om bij één zorgaanbieder over de regio's heen één afspraak te maken met dezelfde representant, zodat bestaande situaties niet opnieuw te hoeven worden ingericht.

Ondanks dat er in representatie wordt ingekocht, is er ook in 2015 ruimte voor couleur locale. Tijdens de onderhandeling zal de eerste representant de minimaal afgesproken landelijke kwaliteitseisen inbrengen die ook opgenomen zijn in de overeenkomst en de inkleuring van de couleur locale zichtbaar maken middels het door de representant geformuleerde inkoopbeleid.

5.1.2 Niet-toewijsbare wijkgerichte zorg

De inkoop van de niet-toewijsbare zorg vindt plaats op Wmo-regioniveau via representatie. Ten aanzien van de niet-toewijsbare wijkgerichte zorg worden door de representerende zorgverzekeraar afspraken gemaakt met gemeenten. Deze afspraken worden door de representerende zorgverzekeraar vertaald naar inkoopafspraken.

De volgende representanten worden aangewezen:

- 1e representant: het huidige zorgkantoor (concessiehouder) binnen de betreffende Wmo-regio. Het is mogelijk dat er per Wmo-regio meerdere concessiehouders zijn. De betreffende verzekeraars maken dan afspraken wie als 1e representant optreedt.
- 2e / 3e representant: tweede concessiehouder in de Wmo- regio indien dat aan de orde is en/of de zorgverzekeraar die te kennen heeft gegeven als representant betrokken te willen zijn in de Wmo-regio.

Er wordt voor de inkoop 2015 gewerkt binnen de Wmo-regio's. Als kader voor de gesprekken met de gemeente is er een focuslijst⁵ opgesteld. Deze lijst is een hulpmiddel voor zorgverzekeraars en gemeenten om op regioniveau tot afspraken te komen over de inzet van de wijkverpleegkundige in relatie tot het wijkteam en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning op wijkniveau. Van belang bij de gesprekken is ook de bewaking van de integraliteit van het verpleegkundige beroep, dus de relatie tussen de wijkgerichte taken en de toewijsbare zorg.

De indeling van Wmo-regio's met de representerende zorgverzekeraars is te vinden in bijlage 2.

5.2 Procedure inkoopafspraken

5.2.1 Toewijsbare zorg

Voor bestaande aanbieders is de basis voor het budget voor 2015 gebaseerd op de realisatie inkoopafspraken 2014 tot 1 juli 2014 (basis AW319) tenzij er afwijkende afspraken gemaakt zijn met een omzetplafond en daarbij behorend prestatiecontract. Het budget voor 2015 bedraagt maximaal $t = t-1$. Uitzondering hierop zijn de zorgaanbieders IKZ en afspraken rondom ketenzorg dementie, danwel PTZ, voor hen geldt een andere basis voor inkoopafspraken.

In verband met de onzekerheden rondom de uitwerking van de aanspraak wijkverpleging (zie hiervoor onder meer de onzekerheden zoals geschetst in de inleiding), en om de continuïteit van zorg zoveel als mogelijk te borgen, zal er bij de vaststelling van het budget voor 2015 rekening gehouden worden met ondermeer:

- Taakstelling⁶
- Extra- muralisering
- Niet-gecontracteerde zorg

⁵ Focuslijst verbinding wijkverpleging en sociaal domein, opgesteld in opdracht van VWS, VNG en ZN, mei 2014

⁶ Conform de bestuurlijke afspraken die zijn gemaakt tussen partijen, is de intentie om de taakstelling – in de regel - te realiseren via reductie van het zorgvolume per verzekerde in zorg.

- Introductie van PGB in de Zorgverzekeringswet
- Nieuwe aanbieders toewijsbare zorg

Op dit moment zijn er zorgaanbieders die voorzieningen realiseren zoals onplanbare zorg of nachtzorg, veelal op regionaal niveau. In 2015 worden de door deze organisaties gecreëerde basisvoorzieningen, zoveel mogelijk gecontinueerd. Faciliteiten die in 2014 gelden voor de inzet van zorg met technologische ondersteuning worden eveneens zoveel mogelijk in 2015 gecontinueerd.

De gemaakte inkoopafspraken dienen op basis van civiele contracten vastgelegd te worden. ZN stelt ter ondersteuning van de contractering een voorbeeldovereenkomst op. Deze overeenkomst wordt door de representerende verzekeraars gebruikt als basis voor het vastleggen van de gemaakte afspraken.

Er wordt tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder een totaalbudget voor de toewijsbare zorg afgesproken. Het individuele zorgplan is leidend voor de te declareren zorg. In het kader van de taakstelling wordt er verwacht dat zorgaanbieders alle verzekerden in zorg op 1 januari 2015 vóór 1 mei 2015 hebben geïndiceerd conform de nieuwe aanspraak wijkverpleging.

5.2.2 Niet-toewijsbare zorg

Over de niet-toewijsbare wijkgerichte zorg die in een Wmo-regio geleverd gaat worden in 2015 worden afspraken gemaakt met de vertegenwoordigende gemeenten namens de Wmo-regio.

Voor de afspraken met de gemeenten in Wmo-regioverband geldt dat de focuslijst leidend is betreffende de onderwerpen waarover afspraken worden gemaakt. De afspraken blijven maatwerk.

De zorg zal selectief in de wijken worden ingezet, daar waar de hoogste prioriteit wordt vastgesteld. Criteria inzake de bepaling van prioriteitswijken worden door de representant vastgesteld in het eigen inkoopbeleid en hebben onder andere relatie met:

- De wijk heeft een lage SES
- De gemeente investeert in de wijk waar een wijkverpleegkundige wordt ingezet.
- In de wijk lopen projecten op het gebied van wijkteams/wijknetwerken
- De wijk heeft een hoge zorgconsumptie in zowel de 1e als 2e lijn
- In de wijk moet er sprake zijn van problematiek op grote schaal inzake kwetsbare ouderen en/of chronisch zieken (bijv. DMII, COPD, CVRM)

Op basis van de met de gemeenten in Wmo-regioverband gemaakte afspraken wordt vervolgens de niet-toewijsbare zorg per Wmo-regio ingekocht. Deze zorg zal selectief worden ingekocht, dat betekent bij één of enkele aanbieders per Wmo-regio. De wijkverpleegkundige werkt daarbij professioneel onafhankelijk.

5.3 Overgangsregime

Het is van belang dat ook in het overgangsjaar de continuïteit van zorg geborgd blijft. Door de overheveling verschuiven de rechten van de verzekerde per 1 januari 2015 van een wettelijk recht op AWBZ-zorg naar een aanspraak op Zvw-zorg, dat is vastgelegd in de polivoorwaarden. Binnen de Zvw heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht. Dit betekent dat de verzekeraar ervoor moet zorgen dat zijn verzekerden zorg of een vergoeding van zorg krijgen als zij daar recht op hebben (bron: website NZa)

Verzekerden hebben op 1 januari 2015 een aanspraak op wijkverpleging op grond van de Zvw indien zij op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit voor verpleging en verzorging in de AWBZ hebben en waarvan de geldigheidsduur nog niet is verstreken/indien zij in zorg zijn⁷. Het is niet zo dat de zorg op 1 januari hetzelfde is als de zorg die cliënten gewend waren vanuit de AWBZ te ontvangen. In 2015 zal er, binnen het recht op zorg dat er in de Zvw is, een andere invulling aan de zorg gegeven gaan worden

Alle verzekerden die op 31 december 2014 in zorg zijn, kunnen op 1 januari 2015 zorg ontvangen van dezelfde aanbieder⁸ en de zorgverzekeraar zal deze zorg vergoeden. Om dit te faciliteren zullen met alle zorgaanbieders die in 2014 deze zorg binnen de AWBZ context verlenen afspraken worden gemaakt, mits zij voldoen en blijven voldoen aan de selectie-eisen en uitsluitingscriteria zoals geformuleerd in de bestuursverklaring. Deze bestuursverklaring zal worden gepubliceerd op de website van ZN.

Het is mogelijk dat verzekerden op 31 december 2014 in zorg zijn bij een zorgaanbieder die niet aan de hierboven gestelde voorwaarden voldoet. Voor wat betreft de verzekerden die onder het overgangsregime vallen geldt aanvullend dat deze verzekerden op 1 januari 2015 recht hebben op zorg van dezelfde zorgaanbieder als in 2014, ook als deze zorgaanbieder niet aan de toegangseisen en minimumeisen voldoet (deze eisen staan in navolgende alinea toegelicht). Indien deze situatie zich voordoet zal de zorgverzekeraar met deze zorgaanbieder specifieke afspraken maken ten behoeve van deze verzekerden.

Met de overheveling van de wijkverpleegkundige zorg naar de Zvw, zal voor een specifieke doelgroep een vorm van PGB worden geïntroduceerd. Hierover zijn afspraken gemaakt tussen Per Saldo en ZN. Voor bestaande budgethouders is een overgangsrecht afgesproken. Het PGB valt echter niet onder de scope van de zorginkoop wijkverpleging en wordt daarom niet verder behandeld.

⁷ Mits er geen intramurale indicatie aan ten grondslag ligt, want dan blijven de lage ZZP's nog een jaar in de Wlz met extramurale zorg. Hoge ZZP's komen sowieso in de Wlz.

⁸ Met uitzondering van ZZP'ers. Zie voor toelichting hierop de paragraaf 'mogelijke zorgaanbieders wijkverpleging'

5.4 Mogelijke zorgaanbieders wijkverpleging

Voor de zorginkoop wordt er een onderscheid gemaakt tussen bestaande aanbieders, nieuwe aanbieders, ZZP'ers en overige vormen zorgaanbieders.

5.4.1 Bestaande zorgaanbieders

Een bestaande zorgaanbieder is een aanbieder met een AWBZ-overeenkomst voor extramurale verpleging en/of verzorging in 2014 en/of een productieafspraken en/of heeft daadwerkelijk productie geleverd⁹.

5.4.2 Nieuwe zorgaanbieders

Er wordt een onderscheid gemaakt in de volgende typen nieuwe zorgaanbieders voor toewijsbare zorg:

- Geheel nieuw: zorgaanbieders die in 2014 geen overeenkomst hebben voor het leveren van AWBZ zorg. Dit geldt ook voor zorgaanbieders die in 2014 als onderaannemer hebben gewerkt of zorg hebben geleverd die door verzekeren met een PGB is ingekocht.
- Nieuw extramuraal: zorgaanbieders die in 2014 voor alleen de intramurale zorgprestaties een productieafspraken of historisch budget hebben afgesloten met enig zorgkantoor ongeacht de regio.
- Nieuwe organisatie vormen: Er worden op dit moment initiatieven opgestart waarbij kleine tot middelgrote zorgaanbieders samenwerken om aan de gestelde eisen vanuit de overheid en zorgverzekeraars te voldoen. Dit resulteert in de oprichting van onder andere stichtingen, consortia of afspraken via onderlinge dienstverlening. Eventuele specifieke eisen die aan deze nieuwe samenwerkingsvormen gesteld worden, worden bepaald door de individuele zorgverzekeraars.

5.4.3 ZZP'ers

In 2013 hebben ZZP'ers en zorgkantoren individuele overeenkomsten met elkaar gesloten voor het leveren van thuiszorg in natura, binnen een landelijke pilot. In mei 2014 is deze pilot uitgebreid op verzoek van het Ministerie van VWS. Op 31 december 2014 stopt deze pilot. Dit betekent dat ZZP'ers, om in aanmerking te komen voor een contract in 2015, aan dezelfde eisen zullen moeten gaan voldoen als die worden gesteld aan nieuwe zorgaanbieders.

Voor de continuïteit van zorg voor verzekeren die per 31 december in zorg zijn bij een in 2014 gecontracteerde ZZP'er zal een passende oplossing gevonden worden.

⁹ Contracten voor andere extramurale zorgvormen in de AWBZ die eveneens geheel of gedeeltelijk naar de aanspraak wijkverpleging worden overgeheveld, worden daarbij ook aangemerkt als overeenkomsten voor extramurale verpleging en/of verzorging.

5.5 Overige zorgvormen

De overheveling van de extramurale verpleging en verzorging naar de Zvw raakt ook een aantal andere zorgvormen, waaronder Intensieve Kindzorg, Palliatief Terminale Zorg en Ketenzorg dementie. Er zijn nog veel onzekerheden rondom de uitwerking van deze zorg binnen de Zvw. Zodra hier meer duidelijkheid over is, wordt dit opgenomen op de website van ZN. Ondanks de onzekerheden geldt ook voor deze zorg dat het borgen van de continuïteit van zorg van groot belang is. Het uitgangspunt is dan ook om de zorg die in 2014 is ingezet, zoveel als mogelijk te continueren in 2015 binnen de geldende voorwaarden. Overigens heeft niet iedere zorgverzekeraar alle genoemde zorgvormen ingekocht, wat betekent dat er onderlinge verschillen zullen bestaan tussen zorgverzekeraars.

5.6 Voorwaarden contractering

Er is één contractmoment voor 2015 en dit heeft tot gevolg dat het niet mogelijk is om buiten deze contractterronde alsnog een contract af te sluiten. Het gesloten contract heeft de looptijd van één jaar (van 1 januari 2015 t/m 31 december 2015).

De zorgverzekeraars kopen in beginsel zorg in bij alle zorgaanbieders waarmee zorgverzekeraars voor 2014 productieafspraken extramurale verpleging en verzorging AWBZ hebben gemaakt, waarvan het contract niet is ontbonden in 2014 en die gedurende het contractjaar voldoen aan de gestelde (geschiktheids)eisen dan wel dat de uitsluitingscriteria op hen niet van toepassing zijn. Uitgangspunt voor verzekeraars is dat zorgaanbieders de gelegenheid krijgen om de in 2014 gecontracteerde zorg aan bestaande klanten per 1 januari 2015 te continueren, voor zover deze zorg onderdeel blijft uitmaken van de extramurale verpleging en verzorging in 2015. Vanzelfsprekend voldoet de zorgaanbieder die we voor 2015 gaan contracteren aan overige gestelde eisen die navolgend worden toegelicht.

Zorgaanbieders kunnen aan de representerende zorgverzekeraar kenbaar maken dat zij in aanmerking willen komen voor een overeenkomst. Een zorgaanbieder die wordt gecontracteerd voor niet-toewijsbare wijkgerichte zorg, moet ook voldoen aan de gestelde eisen voor toewijsbare zorg.

Er worden een aantal voorwaarden gesteld voordat de zorgaanbieder in aanmerking kan komen voor een contract. Deze voorwaarden zijn stapsgewijs opgebouwd. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen bestaande en nieuwe aanbieders. Ten eerste moet worden voldaan aan de toegangseisen, die zijn bepalend of de zorgaanbieder in aanmerking kan komen voor een contract. Indien de zorgaanbieder voldoet aan de toegangseisen, gelden de minimumeisen. Tot slot gelden de differentiatie-eisen die betrekking hebben op de individuele eisen van de zorgverzekeraar. De representerende zorgverzekeraar bepaalt vervolgens op basis van haar inkoopbeleid met welke zorgaanbieders er een contract wordt gesloten en wat de omvang van het budget wordt. Voor nieuwe zorgaanbieders worden aanvullende eisen gesteld en geldt op voorhand dat zij aantoonbaar een zorgaanbod hebben welke onder de aanspraak wijkverpleging valt en welke nog niet of niet voldoende gecontacteerd wordt bij bestaande aanbieders.

1 Toegangseisen

Om in aanmerking te komen voor een contract geldt als uniform instapcriterium het aanleveren van de gecompleteerde bestuursverklaring.

Aanvullend wordt van nieuwe aanbieders gevraagd de volgende documenten te overleggen:

- Inschrijving Toelating WTZi, waaruit blijkt dat zij wijkverpleegkundige zorg mogen leveren en aantoonbaar voldoen aan de vereisten voor deze toelating.
- Inschrijving bij de Kamer van Koophandel (niet ouder dan 1 januari 2014) en de statuten van de inschrijvende zorgaanbieder.

2 Minimumeisen

Er worden een aantal uniforme eisen gesteld waar de zorgaanbieder minimaal aan moet voldoen. Dit betreft zowel bestaande als nieuwe zorgaanbieders.

Toewijsbare zorg

Voor de toewijsbare zorg gelden de volgende minimumeisen. De zorgaanbieder:

- Voldoet aan de eisen van bekwaamheid volgens de bestuursverklaring
- Heeft een klanttevredenheid (voor de extramurale zorg) welke hoger- of gelijk is aan het branchegemiddelde.
- De aanbieder moet in 2015 sturen op volume van geleverde zorg per verzekerde in zorg. De zorgverzekeraar zal dit monitoren. Dit wordt zichtbaar en controleerbaar als volgt vertaald:
 - zorg wordt waar mogelijk afgebouwd, de zelfredzaamheid van de klant en diens omgeving wordt bevorderd door advies, voorlichting en instructie.
 - er wordt alleen zorg ingezet waar professionele wijkverpleegkundige zorg nodig is verband houdende met geneeskundige zorg of ene hoog risico daarop (gepast gebruik).
 - er wordt geen dubbele zorg gedeclareerd of zorg die ook door ander geleverd moet/kan worden,
 - er wordt gebruik gemaakt van alternatieve oplossingen zoals e- health, domotica, etc. voor zover deze alternatieve oplossingen doelmatiger zijn dan de reguliere zorg
- Zal het huidige klantbestand screenen voor 1 mei 2015 en nieuwe arrangementen aanbieden waarin het steunsysteem rondom de verzekerde en de verbinding met sociale domein is meegenomen zodat alleen de noodzakelijke zorg wordt geboden.
- Toont aan dat er een samenwerkingsrelatie is met het sociaal domein binnen de gemeenten waar de zorgaanbieder actief is.
- borgt dat het zorgplan dat is afgesproken met de verzekerde continue up-to-date blijft voor aard, volume en duur (PDCA)
- Heeft voldoende verpleegkundige(n) niveau 5 in dienst die de toegang bepaalt, indiceert, coördineert en zorgplannen opstelt. Indien er niet voldoende verpleegkundigen op niveau 5 in dienst zijn, wordt een verbeterplan opgesteld.
- Heeft als uitgangspunt dat de wijkverpleegkundige bij de indicatiestelling volgens het normenkader van de V&VN werkt. En in het verlengde daarvan werkt de wijkverpleegkundige volgens de principes ontzorgen/eigen kracht/inzetten informele zorg/regie bij de verzekerde en actief betrekken bij het sociale domein. De aanbieder moet dit kunnen aantonen door resultaten te overleggen die aantonen dat de wijkverpleegkundige /aanbieder werkt volgens deze principes
- Garandeert dat bij elke klant **maximaal het aantal zorgverleners** wordt ingezet zoals opgenomen in volgend schema.

Zorgmomenten per week	Maximaal aantal zorgverleners
1-6	4
7-13	6
14-27	8
28 of meer	10

Aanvullend wordt van nieuwe aanbieders gevraagd een ondernemingsplan te overleggen, dat bestaat uit in ieder geval de volgende onderdelen:

1. Organisatie-inrichting

- Van nieuwe zorgaanbieders wordt verlangd dat zij in het ondernemingsplan beschrijven:
 - aanwezigheid en samenstelling Raad van Bestuur of directie;
 - aanwezigheid en samenstelling van onafhankelijk, statutair geborgd toezichthoudend orgaan (bijvoorbeeld Raad van Toezicht);
 - aanwezigheid en samenstelling onafhankelijke klachtencommissie;
 - implementatie van de Zorgbrede Governancecode;
 - levering van de zorg door voldoende gekwalificeerd personeel;
 - toelichting op een eventuele holding- of concernconstructie of andere samenwerkingsvorm.

2. Missie en strategie

Dit onderdeel is een korte beschrijving van de algemene bedrijfsdoelstelling en bevat:

- de algemene doelstelling (doelgroep, de behoefte van de potentiële cliënt die de zorgaanbieder gaat vervullen en de manier waarop dat gebeurt);
- beschrijving van de te leveren producten en diensten;
- de bedrijfsactiviteit (wat gaat er concreet gebeuren);
- de kwantitatieve vertaling (omzet, winst, cliënten, marktaandeel);
- de kwalitatieve vertaling (de bedrijfsfilosofie, te hanteren methodieken en de voor de sector geldende kwaliteitsstandaarden).

3. Omgevingsanalyse

De omgevingsanalyse resulteert in een duidelijk beeld van alle factoren die wel van invloed zijn op het bedrijfsplan, maar waar door de organisatie geen directe invloed op kan worden uitgeoefend. De volgende onderwerpen kunnen hierbij benoemd worden:

- De (toekomstige) rol en/of functie in samenwerkingsverbanden waaraan de nieuwe zorgaanbieder reeds deelneemt of gaat deelnemen. Op welke wijze gaat de nieuwe zorgaanbieder samenwerking zoeken met bijvoorbeeld gemeenten, ketenpartners, andere zorgaanbieders?
- Concurrenten: wie wordt gezien als de (grootste) concurrent, hoe ziet de marktverdeling er volgens de nieuwe zorgaanbieder uit, welk aandeel denkt de nieuwe zorgaanbieder te kunnen verwerven?

4. Bedrijfsplan

Een adequaat bedrijfsplan dat voldoet aan de richtlijnen van de Kamer van Koophandel en waaruit daarnaast ten minste blijkt:

- welke zorgprestaties de zorgaanbieder wil gaan leveren;
- waar de zorgaanbieder deze zorgprestaties wil gaan leveren;
- op welke doelgroep deze zorg zich richt;
- voor welke leemte in relatie tot het huidige zorgaanbod, in de regio waar de zorgaanbieder offreert, de zorgaanbieder een adequaat aanbod biedt;
- op welke wijze het geoffreerde aanbod zich onderscheidt van andere zorgaanbieders;
- hoe de zorgaanbieder gaat zorgen voor een snelle en juiste administratieve afhandeling van de geleverde zorg

5. Marketingplan

Een marketingstrategie uitgewerkt in een apart strategisch marketingplan waarbij de missie en visie van een onderneming worden vertaald naar een strategie. Onderwerpen die hier beschreven kunnen worden zijn:

- Promotie: wat is de promotiedoelgroep? Wanneer moet het doel bereikt zijn?
- Plaats: op welke fysieke plaats of in welke omgeving de dienst wordt geleverd, en met welke bestemming (bijvoorbeeld zorg in de wijk)?

6. Financieel plan

In het financiële plan worden verschillende financiële onderdelen van de startende zorgaanbieder behandeld. Zorgverzekeraars verwachten hierbij een solide, goed onderbouwd en beargumenteerd financieel plan, dat duidelijk en helder inzicht verschaft in de onderneming. Gebruik hiervoor de formats van de Kamer van Koophandel. Een aantal onderdelen moet hierbij helder en duidelijk zijn uitgewerkt:

- een investeringsbegroting;
- een realistische omzetprognose;
- een balans;
- een liquiditeitsprognose; en
- een resultatenrekening.

Niet-toewijsbare wijkgerichte zorg

De zorgaanbieder:

- moet kunnen voldoen aan de gestelde voorwaarden van toewijsbare zorg
- organiseert zich in de wijk en heeft draagvlak voor de methodiek van wijkteams.
- werkt volgens de geldende beroepsstandaarden en –protocollen
- conformeert zich aan het beschikbare budget voor toewijsbare en niet-toewijsbare zorg.
- Heeft (wijk)verpleegkundigen niveau 5 in dienst
- Positioneert de wijkverpleegkundige los van de moederorganisatie, zodat de wijkverpleegkundige professioneel onafhankelijk kan werken
- Stelt de wijkverpleegkundige randvoorwaardelijk in staat dat de verwijzing naar een zorgaanbieder onafhankelijk gebeurt en kan ook aantonen hoe dit is geregeld. De verzekeraar zal monitoren of er +/- naar rato van productieafspraken wordt verwezen naar aanbieders welke werkzaam zijn in het betreffende werkgebied van de wijkverpleegkundige

- Heeft als uitgangspunt dat de wijkverpleegkundige volgens het normenkader van de V&VN werkt. En in het verlengde daarvan werkt de wijkverpleegkundige volgens de principes ontzorgen/eigen kracht/inzetten informele zorg/regie bij de verzekerde en actief betrekken bij het sociale domein. De aanbieder moet dit kunnen aantonen door resultaten te overleggen die aantonen dat de wijkverpleegkundige / aanbieder werkt volgens deze principes
- Toont aan dat er een samenwerkingsrelatie is met het sociaal domein binnen de gemeenten waar de zorgaanbieder actief is.

3 Differentiatie-eisen

Deze eisen zijn niet uniform en hebben dan ook betrekking op de individuele eisen van de zorgverzekeraar. Ze zijn zichtbaar middels het door de representant geformuleerde inkoopbeleid. Dit geldt zowel voor de toewijsbare al de niet-toewijsbare zorg.

6. Zorglevering toewijsbare zorg

In dit hoofdstuk is op hoofdlijnen de toegang tot zorg beschreven, wordt het verpleegkundig indicatiestellen en de uniform geldende kwaliteitseisen nader toegelicht voor de toewijsbare zorg. Voor de niet-toewijsbare zorg geldt dat hierover afspraken gemaakt worden door de individuele representerende zorgverzekeraar en de aanbieder. Hierover worden geen nadere landelijke geldende afspraken gemaakt.

6.1 Zorgtoegangsproces

Onderstaand is globaal het zorgtoegangsproces beschreven.



De aanleiding tot het starten van het zorgtoegangsproces wijkverpleging is de constatering van een wijkverpleegkundige, huisarts of medisch specialist dat een verzekerde een zorgvraag heeft. Ook kan de verzekerde zelf of diens naaste omgeving de zorgvraag signaleren. Op basis van onafhankelijk advies van de wijkverpleegkundige, huisarts of ziekenhuis ofwel via de zorgverzekeraar of geheel zelfstandig, kiest de verzekerde voor een zorgaanbieder die verantwoordelijk wordt voor de toewijsbare zorg. Vervolgens worden er aanvullende vragen gesteld (de zorgintake), om te verhelderen of er voldoende aanleiding is om te starten met indiceren. Aansluitend kan direct door de verpleegkundige gestart worden met de indicatiestelling. Op basis van de indicatie wordt het zorgplan opgesteld en vastgesteld dat de basis vormt voor de te verlenen zorg.

6.2 Verpleegkundig indiceren

Ter ondersteuning aan de verpleegkundige indicatiestelling heeft V&VN een normenkader opgesteld. De normen maken duidelijk wat van de verpleegkundige mag worden verwacht, naast de algemeen geldende beroepsnormen. Het normenkader is een uniform instrument en leidend bij de verpleegkundige indicatiestelling. De normen zijn op het moment van schrijven in concept opgesteld en worden de komende tijd nog verder ontwikkeld. Wanneer het normenkader definitief is, zal deze op de website van ZN worden gepubliceerd.

De zorgverzekeraars sluiten zich uniform aan bij de opgestelde normen. Naast deze normen moet de verpleegkundige de rechtmatigheid toetsen, dus zich altijd afvragen of de zorg wel verzekerde zorg betreft en of dit onder de aanspraak wijkverpleging valt.

6.3 Kwaliteitseisen

Zorgverzekeraars hebben de verantwoordelijkheid om voor hun verzekerden te zorgen voor kwalitatief goede en betaalbare zorg. Zorgverzekeraars delen de visie dat zonder gemeenschappelijke uitgangspunten noodzakelijke kwaliteitsverbeteringen in de zorg niet gerealiseerd kunnen worden en daarom is bijvoorbeeld eenheid van taal van belang. Het uiteindelijke doel rondom kwaliteitsindicatoren is dan ook om een landelijke basisset te kunnen hanteren, waarbij iedere zorgverzekeraar naar eigen inzicht de informatie kan gebruiken voor de zorginkoop. Dit is voor 2015 echter niet haalbaar en daarom wordt teruggevallen op de eisen die gelden in 2014. Ondanks dat er in representatie wordt ingekocht, wat onder meer betekent dat er uniforme kwaliteitseisen gelden, is er nog wel de ruimte voor verschillen tussen zorgverzekeraars.

Drie kwaliteitsaspecten zijn nader uitgewerkt, te weten de indicatiestelling door verpleegkundige niveau 5, het zorgplan, en kwaliteitsbeoordeling.

6.3.1 Indicatiestelling door verpleegkundige niveau 5

Eén van de gestelde normen door de V&VN waaraan een aanbieder moet voldoen, is dat de indicatiestelling wordt uitgevoerd door een master of bachelor opgeleide verpleegkundige. De zorgverzekeraars volgen in principe deze norm. Concreet betekent dit een verpleegkundige niveau 5 (art. 3a, wet BIG, hbo-bachelor) of verpleegkundig specialist (art. 14, wet BIG, hbo-master). Om landelijk aan deze norm te kunnen gaan voldoen, zal door partijen ingezet moeten worden op (bij)scholing en omscholing. Naast een landelijke aanpak zal een zorgaanbieder die geen of onvoldoende niveau 5 verpleegkundigen ter beschikking heeft plan van aanpak dienen op te stellen waarin staat aangegeven hoe en wanneer in 2015 aan deze norm kan worden voldaan. Daarbij dient als uitgangspunt te worden genomen dat er zo min mogelijk verschillende zorgverleners bij de cliënt komen.

In het plan van aanpak dienen daarom te worden aangegeven:

- Aantal te verwachten indicatiestellingen in de regio waar de betreffende zorgaanbieder werkzaam is.
- Hoeveel indicatiestellers (niveau 5) de zorgaanbieder verwacht nodig te hebben in 2015.
- Het aantal verpleegkundigen dat geschoold moet worden, inclusief van welk niveau naar welk niveau.
- Het aantal verpleegkundigen dat aangenomen moet worden, inclusief van welk niveau.
- Gehanteerde visie, instrumenten en activiteiten om dit doel te bereiken
- Het tijdspad (uiterlijk 31 december 2015) waarin men zal voldoen aan de norm.
- Wijze waarop geborgd wordt dat de in indicatiestelling van het vereiste niveau is zoals gesteld in het normenkader, zolang deze nog niet door niveau 5 verpleegkundigen kan worden uitgevoerd. Hier in kan bijvoorbeeld worden voorzien door niveau 4 te laten indiceren onder auspiciën van niveau 5.

6.3.2 Het zorgplan

Een van de centrale kwaliteitseisen die zorgverzekeraars stellen is het werken met een zorgplan. Het zorgplan vormt de basis voor de te leveren zorg. Een zorgplan is een dynamische set van afspraken van de verzekerde¹⁰ en zorgverlener(s) over zorg en zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de verzekerde. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand (Bron: NHG,

¹⁰ verzekerde en/of diens vertegenwoordiger

NPCF, Vilans, Kwaliteitsinstituut). Zorgverzekeraars stellen daarom bij de zorginkoop eisen aan het zorgplan en volgen hiervoor mede de richtlijn 'Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging' die de beroepsgroep V&VN heeft opgesteld (Bijlage 3).

Daarnaast is het zorgplan van belang bij de declaratie van zorg. Declaratie is alleen mogelijk als er een zorgplan is (zie voor nadere toelichting hierop 'Wijze van declaratie'). Naast de eisen vanuit de richtlijn van V&VN, zijn de onderstaande uitgangspunten leidend:

- De verzekerde moet instemmen met het plan.
- De verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger dient het zorgplan te ondertekenen.
- De regie en zeggenschap over het zorgplan ligt bij de verzekerde.
- De verzekerde heeft te allen tijde inzage in het zorgplan.
- Zelfmanagement en eigen kracht zijn leidend bij het opstellen van de doelen in het zorgplan.
- Aard, omvang en beoogde duur van zorgverlening is altijd onderdeel van het zorgplan. Het zorgplan vermeldt daarnaast de prestaties
- Er moet altijd een zorgplan worden geschreven, inhoud en omvang is afhankelijk van complexiteit zorgvraag.
- De evaluatie van het zorgplan is afhankelijk van de context, maar wordt in ieder geval bijgesteld indien meer dan 10% van de zorgvraag afwijkt.

6.3.3 Kwaliteitsbeoordeling

De kwaliteitsbeoordeling voor de verpleging en verzorging wordt uitgevoerd in het verlengde van de beoordeling ten behoeve van de AWBZ-inkoop 2014. Dat betekent een voortzetting van de procedure 2014 voor de extramuraal verpleging en verzorging. De uniforme gegevens uit het meetjaar 2013 zullen gebruikt worden bij de beoordeling ten behoeve van de zorginkoop 2015. De representerende zorgverzekeraar conformeert zich hierbij aan de criteria en procedure die ten behoeve van 2014 resp. 2015 door het zorgkantoor resp. zorgverzekeraar worden gebruikt.

Voor de sector VV&T in de AWBZ is voor de kwaliteitsgegevens van meetjaar 2013 (zorginkoop 2015) een uniforme normering voor zorgkantoren ontwikkeld. Zorgkantoren beschikken daarmee over eenzelfde waardering voor iedere organisatorische eenheid (OE) in de VV&T. De normering wordt bepaald op basis van twee kwaliteitsaspecten: professionele kwaliteit en ervaren kwaliteit. Een selectie van de bekende zorginhoudelijke indicatoren en de CQ-index geldt als basis van de normering.

De representerende zorgverzekeraar zal voor de inkoop van de wijkverpleging voor 2015 dit als uitgangspunt nemen. De representerende zorgverzekeraar stemt met het zorgkantoor af welke gegevens gebruikt worden voor de inkoop wijkverpleging. Welke consequenties de zorgverzekeraar verbindt aan de uitkomsten van de normering is onderdeel van het inkoopbeleid en kan verschillen per zorgverzekeraar.

7. Monitoring en declaratie toewijsbare zorg

In dit hoofdstuk wordt nader omschreven hoe de zorgverzekeraars de kwaliteit en het budget willen monitoren. Vervolgens wordt ingegaan op het zorgplan als basis voor de declaratie van de zorg. Voor de niet-toewijsbare zorg geldt dat over monitoring en declaratiewijze afspraken gemaakt worden door de individuele zorgverzekeraar en de aanbieder. Hierover worden geen nadere landelijke geldende afspraken gemaakt.

7.1 Monitoring kwaliteit en budget

De zorgverzekeraars voelen zich mede verantwoordelijk voor het monitoren en beheersen van de kwaliteit en het budget. Omdat de beheersing van zorgkosten in het transitiejaar 2015 van eminent belang is, zullen de zorgverzekeraars in het kader van de representatie nauw samenwerken op dit thema. Uitgangspunt daarbij zijn de bestuurlijke afspraken die zijn vastgelegd tussen de betrokken partijen.

Een tijdige informatievoorziening over afgesproken budgetten, zorglevering, zorgkosten en declaraties is van vitaal belang voor inzicht in de doelmatigheid van de zorgverlening en daarmee het slagen van de zorgkostenbeheersing. Daarom zullen zorgverzekeraars naast de declaratiestroom indien nodig ook de maandelijks zorgkostenmonitor voortzetten/inzetten. Dit om tijdig overschrijdingen/fricties te kunnen signaleren. De zorgkostenmonitor zal waarschijnlijk worden ingericht om naast de kostengegevens en zorgvraagzwaarte ook informatie over onderstaande doelgroepen te verkrijgen:

- Kortdurend: ontslagen uit ziekenhuis (naast MSVT)
- Dementerende ouderen,
- Chronisch zieken (<75),
- Terminale zorgcliënten
- Kwetsbare ouderen (>75)
- VG/ZG/LG (voor zover niet vallend onder IKZ)
- Intensieve kindzorg

De zorgaanbieder is daarbij verantwoordelijk voor het aanleveren van de genoemde doelgroepen.

7.2 Wijze van declaratie

De zorgaanbieder declareert in 2015 de zorg bij de zorgverzekeraar waar de desbetreffende verzekerde is verzekerd en hierbij zijn de desbetreffende voorwaarden leidend.

Leidend binnen de aanspraak wijkverpleging is het zorgplan. Declaratie van zorg is alleen mogelijk als er een zorgplan is. Basisgedachte is dat de zorg zoals opgenomen in het zorgplan gemiddeld over de zorgperiode

wordt verleend, het zorgplan is maximale totale realisatie. Als de zorgbehoefte verandert, dan dient het zorgplan te worden aangepast. Voor 2015 geldt dat er nog gedeclareerd wordt op basis van prestaties en dit betekent dat het gaat om uren die zijn geleverd ten behoeve van de verzekerde.

Op dit moment is er, omdat de betreffende beleidsregels van de NZa nog niet gereed zijn, nog geen uitsluitel over de exacte tijdseenheden waarin dient te worden gedeclareerd. Zodra de beleidsregels zijn vastgesteld en helderheid kan worden verschaft over de te declareren tijdseenheden zal dit op de website van ZN worden gepubliceerd.

In de externe verantwoording moet de zorgaanbieder aannemelijk kunnen maken dat hij de zorg levert die in het zorgplan is afgesproken. Kortom, het moet toetsbaar zijn wat de zorgaanbieder levert, onder andere in het kader van de materiële controle (Bron: Bijlage 9 bij Kamerbrief BPZ/ADV-3137720). De controle vindt daarbij plaats op de locatie van de zorgaanbieder.

Bijlage 1 – Representatie toewijsbare zorg

Zorgkantoor	1e representant (concessiehouder)	2e representant	3e representant
Amstelland en De Meerlanden	Zorg en Zekerheid	Achmea	
Amsterdam	Achmea	CZ	
Apeldoorn/Zutphen	Achmea	VGZ	
Arnhem	Menzis	Achmea	ONVZ
Delft Westland Oostland	DSW	Achmea	
Drenthe	Achmea	VGZ	
Flevoland	Achmea	VGZ	ASR
Friesland	De Friesland	Achmea	
Groningen	Menzis	VGZ	
Haaglanden	CZ	Achmea	
Kennemerland	Achmea	VGZ	
Midden-Brabant	VGZ	CZ	
Midden-Holland	VGZ	Achmea	
Midden-IJssel	Eno	Achmea	
Nieuwe Waterweg Noord	DSW	Achmea	
Nijmegen	VGZ	CZ	
Noord- en Midden Limburg	VGZ	CZ	
Noord Holland Noord	VGZ	Achmea	
Noord-Oost Brabant	VGZ	CZ	
Rotterdam	Achmea	VGZ	
't Gooi	Achmea	VGZ	ONVZ
Twente	Menzis	Achmea	
Utrecht	Achmea	VGZ	ASR
Waardenland	VGZ	Achmea	
West Brabant	CZ	VGZ	
Zaanstreek/Waterland	Achmea	VGZ	
Zeeland	CZ	Achmea	
Zuid Holland Noord	Zorg en Zekerheid	Achmea	
Zuid Hollandse Eilanden	CZ	Achmea	
Zuid Oost Brabant	CZ	VGZ	
Zuid-Limburg	CZ	VGZ	
Zwolle	Achmea	VGZ	

Bijlage 2 – Representatie niet-toewijsbare wijkgerichte zorg

(Peildatum: juni 2014)

Wmo-regio	Sub-regio (indien van toepassing)	Zorgverzekeraar
Achterhoek		Menzis
Alblasserwaard-Vijfheerenlanden		VGZ
Amsterdam	Amsterdam	Achmea
	Amstelland	Zorg en Zekerheid
Drechtsteden		VGZ
Drenthe	Zuid-West Drenthe	Achmea
	Zuid-Oost Drenthe	Achmea
	Noord-Midden Drenthe	Achmea
Eemland		Achmea / ASR
Flevoland		Achmea / ASR
Food Valley		Achmea / Menzis
Friesland		De Friesland
Gooi- en Vechtstreek		Achmea / ONVZ
Groningen		Menzis
Haarlemmermeer		Zorg en Zekerheid
Hoeksche Waard		CZ
Holland-Rijnland		Zorg en Zekerheid
IJsselland	Salland	Eno
	IJsselvecht	Achmea
Kop van Noord-Holland		VGZ
Lekstroom		Achmea
Midden-Brabant		VGZ
Midden-Holland		VGZ
Midden-IJssel / Oost-Veluwe		Achmea, Eno
Midden-Kennemerland (IJmond)		Achmea
Midden-Limburg		VGZ
Noord-Limburg		VGZ
Noord-Oost Brabant	Meierij	VGZ
	Oost	VGZ (Oss) / CZ (Overig)

Wmo-regio	Sub-regio (indien van toepassing)	Zorgverzekeraar
Noord-Veluwe		Achmea / Eno
Peelregio		CZ
Regio Alkmaar / Noord-Kennemerland		VGZ / Achmea
Regio Arnhem		Menzis / ONVZ
Regio Nijmegen		VGZ
Rivierenland		VGZ / Menzis
Stadsregio Haaglanden	Delft, Westland, Midden- Delfland, Rijswijk, Pijnacker-Nootdorp	DSW
	's Gravenhage, Lansingerland, Leidschendam-Voorburg, Voorschoten, Wassenaar, Zoetermeer	CZ / Menzis / VGZ/ Zorg en Zekerheid
Stadsregio Rijnmond	BAR	CZ
	Rotterdam	Achmea / VGZ
	NWN	DSW
	Cappele en Krimpen a/d IJssel	Achmea / VGZ
	Voorne-Putten	CZ
	Goeree Overflakkee	CZ
Twente		Menzis
Utrecht-Stad		Achmea
Utrecht-West		Achmea
West-Brabant		CZ / VGZ
West-Friesland		VGZ
Zaanstreek-Waterland		Achmea
Zeeland		CZ
Zuid-Kennemerland		Achmea
Zuid-Limburg	Westelijke Mijnstreek	CZ
	Maastricht-Heuvelland	CZ / VGZ
	Parkstad	CZ
Zuid-Oost Brabant	Eindhoven	VGZ
	A2	CZ
	Dommelvallei+	VGZ / CZ
	Kempen	CZ
	Veldhoven, Best, Oirschot	CZ
Zuid-Oost Utrecht		Achmea



Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Utrecht, 8 september 2011



INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	7
Samenstelling stuurgroep en expertgroep.....	14
Voorwoord.....	17
Hoofdstuk 1 Inleiding.....	20
1.1 Begrippen	20
1.2 Aanleiding.....	20
1.3 Totstandkoming	21
1.4 Doelgroep en zorgsectoren.....	22
1.5 Doel en inhoud	23
1.6 Verspreiding en implementatie	23
1.7 Eigenaarschap en herziening	23
1.8 Juridische status van de richtlijn	24
Hoofdstuk 2 De verpleegkundige en verzorgende verslaglegging.....	26
2.1 Doel van verslaglegging	26
2.2 Uitgangspunten	27
2.3 De onderdelen van de verslaglegging.....	29
2.3.1 Gegevensverzameling.....	30
2.3.2 Ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses.....	31
2.3.3 Zorgplan.....	31
2.3.4 Voortgangsrapportages.....	32
2.3.5 Evaluaties	33
2.3.6 Overdracht	34
2.4 De verslaglegging.....	35
2.4.1 Te noteren en op te nemen gegevens.....	35
2.4.2. Gegevens die niet in het dossier horen	36
2.4.3 Wijze van noteren	36
2.4.4 Verslaglegging in het EPD	19
2.5 Classificaties en eenduidig taalgebruik	37
Hoofdstuk 3 Rechten en plichten.....	39
3.1 Rechten cliënt.....	40
3.1.1 Inzage en afschrift.....	40
3.1.2 Toevoegen verklaring patiënt	40
3.1.3 Vastleggen toestemming patiënt	41
3.1.4 Vernietiging, aanvulling, verbetering, afscherming	41
3.1.5 Geheimhouding.....	41
3.1.6 Informatie over verwerking persoonsgegevens	45
3.1.7 Informeren cliënt	45
3.2 Plichten hulpverlener	46
3.2.1 Dossierplicht	46

3.2.2 Bewaarplicht en bewaartermijnen	47
3.2.3 Verwerking van persoonsgegevens.....	48
3.2.4 Bewaarplaats dossier	49
3.3 Regels zorginstelling.....	49
Hoofdstuk 4 verantwoordelijkheden.....	51
4.1 Verantwoordelijkheden zorginstellingen.....	51
4.2 Verantwoordelijkheden zorgprofessionals.....	51
Afkortingen.....	53
Documentatie	56
Bijlage 1 Te noteren gegevens op grond van landelijke regels en afspraken	63
Bijlage 2 Juridische status van de normen en regels.....	79

SAMENVATTING

A. Algemeen

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

B. Doel van verslaglegging

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

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

C. De onderdelen van de verslaglegging

Goede verslaglegging bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Gegevensverzameling of anamnese

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

2. Ondersteuningsvragen / zorgproblemen / verpleegkundige diagnoses

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

Beschrijf een zorgprobleem bij voorkeur met behulp van de PES-structuur.

Formuleer verpleegkundige diagnoses met behulp van een gangbare classificatie.

3. Zorgplan

Is van belang voor de te verlenen zorg.

Het bevat in ieder geval:

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

4. Voortgangsrapportages

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

Besteed in ieder geval aandacht aan:

- de vastgestelde ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses, aanpassingen daarin en redenen voor aanpassing
- afwijkende en nieuwe interventies en handelingen en de redenen daarvoor
- bijstelling van beoogde resultaten en de redenen daarvoor
- informatie die van invloed is op de totale (multidisciplinaire) zorgverlening en behandeling
- observaties van omstandigheden of gebeurtenissen die tot bijstelling van de zorg kunnen leiden.

5. Evaluaties

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

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

6. Overdracht

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

Houd rekening met de kennis en kunde van de ontvanger.

Besteed in ieder geval aandacht aan:

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

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

D. De verslaglegging zelf

1. Te noteren gegevens

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

2. Wijze van noteren

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

3. Gegevens die niet in het dossier horen

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

E. Classificaties en eenduidig taalgebruik

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

F. Rechten en plichten

Rechten van de cliënt

Een cliënt heeft recht op:

1. Inzage en afschrift van het dossier

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

2. Toevoegen van een eigen verklaring aan het dossier

3 Vastleggen van toestemming van de cliënt

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

4. Vernietiging, aanvulling, verbetering, afscherming

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

5. Geheimhouding

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

Toestemming is niet vereist als het gaat om:

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

6. Informatie over gegevensverwerking

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

7. Informatie over cliëntenrechten

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

Plichten van de hulpverlener

1. Dossierplicht

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

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

2. Bewaarplicht en bewaartermijnen

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

Regels zorginstelling

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

SAMENSTELLING STUURGROEP EN EXPERTGROEP

Stuurgroep

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

Expertgroep

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

Met ondersteuning van

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

VOORWOORD

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

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

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

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

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

1.1 Begrippen

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

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

1.2 Aanleiding

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

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

1.3 Totstandkoming

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

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

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

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

1.4 Doelgroep en zorgsectoren

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

1.5 Doel en inhoud

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

1.6 Verspreiding en implementatie

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

1.7 Eigenaarschap en herziening

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

1.8 Juridische status van de richtlijn

Een richtlijn is een document dat beroepsbeoefenaren ondersteunt bij de zorgverlening aan de cliënt. Een richtlijn biedt houvast bij het nemen van beslissingen en het leveren van goede zorg. Breed gedragen en landelijk erkende richtlijnen zoals deze richtlijn verslaglegging maken deel uit van de professionele standaard van beroepsbeoefenaren. Dit betekent dat van verpleegkundigen en verzorgenden wordt verwacht dat zij deze richtlijn toepassen.

Afwijken van een richtlijn is toegestaan maar dit zal altijd goed moet worden gemotiveerd en gerapporteerd. Voor een richtlijn als deze geldt dat de toepasbaarheid mede bepaald wordt door keuzes van de instelling. In die situaties is het van belang dat verpleegkundigen en

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

HOOFDSTUK 2 DE VERPLEEGKUNDIGE EN VERZORGENDE VERSLAGLEGGING

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

2.1 Doel van verslaglegging

Verslaglegging is van belang voor het:

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

2.2 Uitgangspunten

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

2.3 De onderdelen van de verslaglegging

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

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

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

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

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

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

Hieronder worden de onderdelen toegelicht.

2.3.1 Gegevensverzameling

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

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

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

2.3.2 Ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses

Ondersteuningsvragen en zorgproblemen

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

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

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

Zorgprobleem

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

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

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

2.3.3 Zorgplan

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

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

- de bij de cliënt vastgestelde ondersteuningsvragen, zorgproblemen en/of verpleegkundige diagnoses
- gedelegeerde werkzaamheden en opdrachten van andere disciplines
- de interventies en andere handelingen die voortvloeien uit a. en b.
Bij handelingen gaat het om alle werkzaamheden die een zorgprofessional in het kader van haar beroepsuitoefening verricht. Bij interventies gaat het om cliëntgebonden handelingen die gekozen zijn op basis van besluitvorming door zorgprofessionals.²
- de beoogde resultaten/doelen
- de termijn waarbinnen een resultaat/doel behaald moet zijn
- de wijze waarop nagegaan wordt of het resultaat/doel behaald is (evaluatiecriteria) en wie (de onderdelen van) het zorgplan uitvoert.

2.3.4 Voortgangsrapportages

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

In de voortgangsrapportage moet de zorgprofessional aandacht besteden aan:

- de vastgestelde ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses;
- omstandigheden of gebeurtenissen die aanleiding waren om ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses aan te passen
- interventies en handelingen die niet volgens het zorgplan uitgevoerd zijn en de reden(en) daarvoor
- interventies en handelingen die niet in het zorgplan opgenomen waren en de reden(en) daarvoor
- beoogde resultaten die bijgesteld zijn en de redenen daarvoor
- informatie die van invloed is op de totale (multidisciplinaire) zorgverlening en behandeling
- observaties van omstandigheden of gebeurtenissen die tot bijstelling van de zorg kunnen leiden.

² zie Mostert en Kruijswijk Jansen 1997 p. 145

2.3.5 Evaluaties

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

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

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

2.3.6 Overdracht

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

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

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

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

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

2.4 De verslaglegging

2.4.1 Te noteren en op te nemen gegevens

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

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

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

2.4.2. Gegevens die niet in het dossier horen

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

- gegevens die niet van belang zijn voor een goede zorgverlening
- persoonlijke werkaantekeningen.
Dit zijn tijdelijke aantekeningen: geheugensteuntjes voor de eigen gedachtevorming, indrukken, vermoedens of vragen. Maar: als persoonlijke werkaantekeningen van belang zijn of worden voor de zorgverlening, dan moeten ze opgenomen worden in het dossier.
Nb: Dossiers of formulieren met cliëntgegevens en kopieën daarvan voor persoonlijk gebruik of gebruik door het team vallen niet in de categorie 'persoonlijke werkaantekeningen' maar maken deel uit van het cliëntendossier.
- MIP en FONA meldingen
- keuringsgegevens
- correspondentie over schadeclaims en klachten.

2.4.3 Wijze van noteren

De verslaglegging moet aan de volgende criteria voldoen:

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

2.4.4 Verslaglegging in het EPD

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

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

2.5 Classificaties en eenduidig taalgebruik

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

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

HOOFDSTUK 3 RECHTEN EN PLICHTEN

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

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

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

3.1 Rechten cliënt

3.1.1 Inzage en afschrift

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

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

3.1.2 Toevoegen verklaring patiënt

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

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

3.1.3 Vastleggen toestemming patiënt

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

3.1.4 Vernietiging, aanvulling, verbetering, afscherming

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

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

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

3.1.5 Geheimhouding

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

Uitzonderingen op de geheimhoudingsplicht

Rechtstreeks betrokkenen bij de behandeling

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

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

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

Ketenzorg

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

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

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

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

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

Vertegenwoordiger

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

Wettelijke verplichting

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

Wetenschappelijk onderzoek

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

Conflict van plichten

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

3.1.6 Informatie over verwerking persoonsgegevens

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

3.1.7 Informeren cliënt

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

3.2 Plichten hulpverlener

3.2.1 Dossierplicht

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

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

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

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

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

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

3.2.2 Bewaarplicht en bewaartermijnen

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

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

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

3.2.3 Verwerking van persoonsgegevens

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

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

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

3.2.4 Bewaarplaats dossier

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

3.3 Regels zorginstelling

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

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

HOOFDSTUK 4 VERANTWOORDELIJKHEDEN

4.1 Verantwoordelijkheden zorginstellingen

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

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

4.2 Verantwoordelijkheden zorgprofessionals

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

AFKORTINGEN

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

DOCUMENTATIE

1. Verpleegkundige en verzorgende beroepsinhoud

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

2. Medische beroepsinhoud

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

3. Wet- en regelgeving

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

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

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

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

5. Jurisprudentie

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

6. Inspectie voor de Gezondheidszorg

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

7. Landelijke organisaties en samenwerkingsverbanden

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

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

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

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

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

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

1. Alle cliëntendossiers

WGBO

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

Tuchtrechter

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

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

Beroepscode

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

⁶ Stand van zaken t/m september 2010

2. Bopzdossier

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

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

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

3. Thuiszorgdossiers

In thuiszorgdossiers mogen de volgende onderdelen niet ontbreken:

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

In het thuiszorgdossier mogen de volgende gegevens niet ontbreken:

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

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

4. Zorg(leef)plan

Besluit zorgplanbespreking AWBZ d.d. 2 maart 2009

Te noteren gegevens

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

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

Te noteren gegevens

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

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

Te noteren gegevens

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

5. Signaleringsplan

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

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

6. Vrijheidsbeperkende interventies in het algemeen

Te noteren gegevens:

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

*Bron: Richtlijn 'Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de Zorg'
Opsteller: Verpleegkundige Wetenschappelijke Raad van het CBO; 2001*

7. Vrijheidsbeperkende interventies en individueel zorgplan

Algemeen

Te noteren gegevens:

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

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

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

Toepassen onrustbanden

Te noteren gegevens:

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

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

De circulaire is naar alle zorginstellingen gestuurd.

8. Vrijheidsbeperking in verpleeg- en verzorgingshuizen

Te noteren gegevens:

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

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

9. Separeren

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

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

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

10. Medicatieoverdracht en medicatieoverzicht

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

Het medicatieoverzicht moet ten minste de volgende gegevens bevatten:

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

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

Bron: Richtlijn Medicatieoverdracht in de Keten

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

11. Verantwoordelijkheden

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

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

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

Bron: Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg

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

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

12. Informatie over incidenten

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

Bron: Beleidsdocument Veilig Melden

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

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

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

BIJLAGE 2 JURIDISCHE STATUS VAN DE NORMEN EN REGELS

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

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

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

Wet- en regelgeving

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

Jurisprudentie

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

Normen en regels IGZ

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

Normen en regels beroepsorganisaties

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

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

Normen en regels landelijke organisaties en samenwerkingsverbanden.

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

Zorgverzekeraars Nederland

Postbus 520

3700 AM Zeist

T 030-6988911

E info@zn.nl

W www.zn.nl

Zeist, juni 2014