

Herziening Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging en Overdracht

ZonMW d.d. 23.01.2017



Project Verpleegkundige Verslaglegging & Overdracht 01-09-2016 / 01-03-2018

Betrokken projectgroepleden



-
- Hanzehogeschool, lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek
 - NIVEL
 - V&VN
 - NU '91
 - ZorgBelang
 - Nictiz

Adviesgroepleden



Afvaardiging van:

- Verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep (V&VN / Nu'91) / GGZ / OGGZ / wijkzorg, ziekenhuiszorg, ouderenzorg]
- Verpleegkundige informatica
- Middelbaar- en hoger beroepsonderwijs
- Werkgeversorganisaties
- Patiëntenfederaties / Patiëntenverenigingen
- Juridisch advies
- KNMP / KNMG
- NHG
- Zorgverzekeraars Nederland

[VVT

Projectfasen



- Voorbereidingsfase
- Ontwikkelfase
- Afrondingsfase

Vorbereidingsfase



1. Vaststellen van de project- en adviesgroep
2. Vaststellen van uitgangspunten: wat verstaan we onder 'herzien van de richtlijn'?

Uitgangspunten:

- Bestaande richtlijn uit 2011 is het uitgangspunt
- Verpleegkundig proces staat centraal

[Gegevensverzameling, ondersteuningsvragen, zorgproblemen / zorgvragen / verpleegkundige diagnoses – zorgplan in diagnoses, interventies en zorgresultaten – voortgangsrapportages en overdracht]

- Specifieke aanvulling betreft 'de overdracht'

Vaststellen van doelstelling:

- Kwalitatief hoogstaande documentatie en overdracht die de veiligheid en betrokkenheid van de zorgvrager ondersteund en bijdraagt aan de continuïteit, efficiëntie en effectiviteit van de zorgverlening.

Ontwikkelfase



-
- A. Deskresearch (september 2016 – december 2016) Afgerond
 - B. Focusgroeponderzoek (september 2016 – december 2016) Afgerond (rapportagefase)
 - C. Vragenlijstonderzoek (januari 2017 – februari / maart 2017) Afgerond (analysefase)
 - D. Paragraaf juridische aspecten (Maart 2017)
 - E. **Bespreking knelpunten met adviesgroep & projectgroep (maart 2017)**
 - F. Internationale review (2017)
 - G. Concept herziening [user cases, advies voor gebruik, advies voor implementatie]
 - H. **Voorleggen van concept aan breed kader inclusief adviesgroep (juni-september 2017)**
 - I. Pilot implementatie (september 2017- januari 2018)

Afrondingsfase



-
- A. Bijstellen concept en start proefimplementatie (oktober 2017 – januari 2018)
 - B. Opleveringsbijeenkomst definitieve versie richtlijn (februari 2018)
 - C. Opleveren definitieve richtlijn (maart 2018)

Samenwerking



Samenwerking door:

- Adviesvraag op verzoek van de projectgroep (individueel of per deelgroep van de gehele adviesgroep) Denk aan: technologisch advies, juridisch advies, advies vanuit de VVT of GGZ.
- Adviesvraag in adviesgroep-bijeenkomsten (b.v. consensusbespreking).
- Adviesvraag per e-mail (reflecteren op stukken, inhoudelijk, taalkundig, op toepasbaarheid etc.).
- Adviesvraag per telefoon /SKYPE (b.v. bespreken van specifieke dilemma's of overwegingen).

Mandatering

- Mandatering Beroepsorganisaties (V&VN / NU 91)
- Mandatering Patiënten federaties (ZorgBelang)
- Mandatering Zorgverzekeraars (ZVN)
- Mandatering Medische Beroepen (Ter bespreking)

Knelpuntenanalyse: eerste resultaten desktopresearch



- Beleid en managementondersteuning
- Kennis, opleiding en ondersteunende middelen
- Zorgvrager-perspectief

Eerste resultaten 01-09-2016 / 01-12-2016 (Knelpuntenanalyse)



Beleid en managementondersteuning:

Weinig aandacht vanuit management voor verpleegkundige en verzorgende verslaglegging.

Geen cultuur waarbij sturen op adequate verslaglegging plaatsvindt.

Hoge ervaren werkdruk, registratielast en complexe 'nurse staffing-vraagstukken'.

Trans-sectorale, interdisciplinaire verslaglegging en overdracht is niet georganiseerd; de zorgpraktijk is gesegmenteerd en onoverzichtelijk.

Eerste resultaten 01-09-2016 / 01-12-2016 (Knelpuntenanalyse)



Kennis, opleiding en ondersteuning van middelen

Kennisniveau over professionele normen en richtlijn en 'eenheid van taal' laag

Hoger versus lager opgeleid; een diffuse zoektocht naar competenties

Middelen sluiten niet aan op beroepseisen en verwachtingen

Eerste resultaten 01-09-2016 / 01-12-2016 (Knelpuntenanalyse)



Het zorgvragerperspectief

Zorgvrager in zijn / haar sociale systeem te weinig in beeld

- Veel redundantie in het uitvragen van informatie, (trans)-sectoraal, inter- en monodisciplinair;
- Er wordt onvoldoende invulling aan het recht van uitleg en correctierecht gegeven;
- Onvoldoende ervaren betrokkenheid bij verslaglegging en overdracht van mantelzorgers;
- Onvoldoende mogelijkheid om over 'eigen data' te kunnen beschikken;
- Belangrijke informatie is niet tijdig beschikbaar (voor de intramurale zorgverleners, (hoofd)behandelaar, mantelzorger, thuiszorg);

Het zorgvragerperspectief



- Te weinig aandacht van artsen en verpleegkundigen voor de verslaglegging en overdracht van co-morbiditeit, nevendiagnosen en de gevolgen van een ziekte of behandeling van de zorgvrager;
- Medicatie wordt niet tijdig aangepast in de verslaglegging en niet / onvolledig overgedragen (naar de thuiszorg, huisarts, apotheker);
- Overdracht is incorrect, zorgvrager / mantelzorger moet aanvullen en corrigeren;
- Gebrek aan standaardisatie in de overdracht, bijvoorbeeld door het ontbreken van gestandaardiseerde database, formulieren, procedures en dossiers;
- Er is geen eenduidig begrippenkader tussen beroepsgroepen onderling en tussen zorgorganisaties waardoor misverstanden ontstaan (in de betekenis van zorgvragen en de wijze van het uitvoeren van behandelingen);
- Onduidelijke rollen en verantwoordelijkheden bij de zorgverleners (waardoor interventies niet of (te) laat ingezet worden);

Het zorgvragerperspectief



- Fragmentatie van het zorgaanbod door onvoldoende informatie bij overdracht;
- Gebrek aan samenhang tussen zorg, welzijn en wonen, voor zo ver dit een relatie heeft met verpleegkundige en medische aspecten (waardoor geen, of te weinig communicatie tussen de sectoren plaatsvindt en bijvoorbeeld sociaal-psychologische hulpverlening los staat van medische en verpleegkundige hulpverlening, zonder dat er sprake is van een overdracht of informatiedeling);
- Gebrek aan coördinatie tussen zorgverleners (waardoor o.a. onnodige, hinderlijke redundantie / onvolledigheid optreedt);
- Gebrek aan geïntegreerde computersystemen (waardoor informatie niet of slecht uitwisselbaar is);
- Ontijdige ontslagplanning met incorrecte overdracht (te laat, of onvolledige overdracht waardoor thuiszorg te laat wordt ingezet, en/of met onvoldoende zorgmogelijkheden);

Het zorgvragerperspectief



- Gebrek aan samenwerking en afstemming tussen disciplines en sectoren (incongruente informatiedeling);
- Lage bereikbaarheid indien er vragen zijn over de ontslagbrief, overdracht;
- Overdragende partij weet vaak niet van de ontvangende partij welke informatie gewenst is;
- Ontvangende partij neemt niet altijd de tijd of het initiatief om aanvullende informatie te verkrijgen wanneer een overdracht niet compleet blijkt te zijn;
- Informatie is niet duidelijk leesbaar, daardoor slecht toegankelijk en niet meer overdraagbaar tussen beroepsgroepen onderling en/of zorgorganisaties'.

Recente referentie



[An Internationally Consented Standard for Nursing Process-Clinical Decision Support Systems in Electronic Health Records.](#)

Müller-Staub M, de Graaf-Waar H, Paans W.

Comput Inform Nurs. 2016 Nov;34(11):493-502.

PMID: 27414705

[Similar articles](#)

Kennismaking met lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek



- www.hanze.nl/verpleegkundigediagnostiek
- Google / Youtube type in: Modern Times in Nursing
- <https://www.youtube.com/watch?v=1TcmOtCBz54>