

# Verantwoord Rapporteren

voor hulp- en dienstverlening



Noordhoff Uitgevers

**Karin de Graaff, Esther Donkers, Irma Onrust**

1<sup>e</sup> druk



# Verantwoord Rapporteren voor hulp- en dienstverlening

**Karin de Graaff**

**Esther Donkers**

**Irma Onrust (eindredactie)**

---

Eerste druk

Noordhoff Uitgevers Groningen/Houten

*Ontwerp omslag:* Rocket Industries, Groningen

*Omslagillustratie:* Rocket Industries, Groningen

Eventuele op- en aanmerkingen over deze of andere uitgaven kunt u richten aan:  
Noordhoff Uitgevers bv, Afdeling Hoger Onderwijs, Antwoordnummer 13, 9700 VB  
Groningen, e-mail: [info@noordhoff.nl](mailto:info@noordhoff.nl)



0 / 17

© 2017 Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Houten, The Netherlands.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

*All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.*

ISBN (ebook) 978-90-01-86501-6

ISBN 978-90-01-86500-9

NUR 810

# Woord vooraf

Rapporteren is een wezenlijk onderdeel van het werk van een hulp- of zorgverlener. Hier komt meer bij kijken dan je aanvankelijk misschien denkt. De student rapporteert niet alleen zijn bevindingen na het verlenen van zorg. Soms maak je een verslag voor andere disciplines, bijvoorbeeld als een cliënt van de ene zorginstelling naar de andere verhuist of met ontslag gaat. Het kan ook zijn dat je een kort verslag maakt voor een cliëntbespreking of een multidisciplinair overleg (MDO).

*Verantwoord Rapporteren voor hulp- en dienstverlening* stimuleert de studenten om zelf aan het werk te gaan. In het werkboek komen alle aspecten van het rapporteren aan bod. Dit betekent dat van de student gevraagd wordt om zelf actief aan de gang te gaan om informatie te vergaren over de verschillende onderwerpen. Daarnaast staan er opdrachten in waarmee de student alleen of in kleine groepjes aan de slag gaat. Rapporteren gaat niet alleen over de ander (de cliënt); rapporteren gaat ook over de student zelf. Regelmatig wordt van de student gevraagd om over zichzelf na te denken en zichzelf bewust te worden van zijn eigen oordelen en aannames over de cliënt en zijn omstandigheden.

We zijn ervan uitgegaan dat basiskennis over het verlenen van hulp en zorg bij de student aanwezig is en hanteren terminologie in dit boek dan ook als zodanig. Wij hebben in dit boek voornamelijk het woord 'cliënt' gebruikt voor degene die hulp of zorg afneemt, maar dat zou ook voor patiënt, bewoner of zorgvrager kunnen staan. *Verantwoord Rapporteren voor hulp- en dienstverlening* is vooral geschikt voor studenten die een hogere sociaalagogische opleiding volgen zoals: Creatieve Therapie, Culturele en Maatschappelijke Vorming, Pedagogiek, Maatschappelijke Werk en Dienstverlening, Sociaal-Pedagogische Hulpverlening en Social Work.

Het Nederlands kent mannelijke en vrouwelijke woordvormen (verzorger, verzorgster enzovoort) en verwijzingen naar die vormen (hij, zijn, hem, haar). In het boek gebruiken we de mannelijke woorden in een neutrale hoedanigheid, zonder onderscheid te willen maken tussen mannen en vrouwen.

*Verantwoord Rapporteren voor hulp- en dienstverlening* bevat de volgende hoofdstukken:

- 1 Het hoe en waarom van rapporteren
- 2 Rapporteren over waarnemingen en observaties
- 3 Factoren die van invloed zijn op het observeren
- 4 Aanmelding en intake
- 5 Werken met plannen
- 6 Rapportagevormen
- 7 Dilemma's bij het rapporteren en casuïstiek

De hoofdstukken bestaan uit de volgende vier vaste onderdelen:

Leerdoelen

Vragen, opdrachten en casuïstiek voor de student

Reflectie

Theorie ter ondersteuning van het beantwoorden van de vragen

Karin de Graaff, Santpoort-Noord  
Najaar 2016

# Inhoud

- 1 Het hoe en waarom van rapporteren 9**
  - 1.1 Leerdoelen 10
  - 1.2 Werkvelden in hulp- en zorgverlening 10
  - 1.3 Eisen voor rapportage 11
  - 1.4 Interne en externe rapportages 11
  - 1.5 Rechten en plichten van cliënten en hulpverleners 12
  - 1.6 Doel, aanleiding en lezers van het rapport 13
  - 1.7 Reflectie 15
  - 1.8 Theorie 15
  
- 2 Rapporteren over waarnemingen en observaties 35**
  - 2.1 Leerdoelen 36
  - 2.2 Waarnemen 36
  - 2.3 Objectief en subjectief 37
  - 2.4 Observeren 39
  - 2.5 Signaleren en het signaleringsproces 40
  - 2.6 Observatieplan 40
  - 2.7 Interpretieren 41
  - 2.8 Reflectie 41
  - 2.9 Theorie 41
  
- 3 Factoren die van invloed zijn op het observeren 47**
  - 3.1 Leerdoelen 48
  - 3.2 Analyse van factoren 48
  - 3.3 Reflectie 49
  - 3.4 Theorie 49
  
- 4 Aanmelding en intake 55**
  - 4.1 Leerdoelen 56
  - 4.2 Methodisch handelen 56
  - 4.3 Cliënt meldt zich aan bij instelling 56
  - 4.4 Intake 57
  - 4.5 Reflectie 60
  - 4.6 Theorie 60

## **5 Werken met plannen 75**

- 5.1 Leerdoelen 76
- 5.2 Fase 1 Analyse 76
- 5.3 Fase 2 Planning 78
- 5.4 Fase 3 Uitvoering 79
- 5.5 Fase 4 Evaluatie 79
- 5.6 Reflectie 80
- 5.7 Theorie 80

## **6 Rapportagevormen 95**

- 6.1 Leerdoelen 96
- 6.2 Objectief rapporteren 96
- 6.3 Gespreksverslag 97
- 6.4 Overdrachtsrapportage of dagrapportage 97
- 6.5 Intern: voortgangsrapportage 99
- 6.6 Intern: groepsrapportage 99
- 6.7 Extern: verwijsrapport 100
- 6.8 Extern: adviesrapport 101
- 6.9 Gebruik van bronnen 102
- 6.10 Reflectie 103
- 6.11 Theorie 104

## **7 Dilemma's bij het rapporteren en casuïstiek 109**

- 7.1 Leerdoelen 110
- 7.2 Dilemma's bij het rapporteren 110
- 7.3 Lastige situaties in de leefgebieden 114
- 7.4 Reflectie 121
- 7.5 Theorie 121

**Literatuurlijst 124**

**Register 126**

**Illustratieverantwoording 129**

**Over de auteurs 130**





RAPPORTEREN  
IS DE SITUATIE  
VASTLEGGEN

EN HOE ZIT HET DAN  
MET DE VOORTGANGS-  
RAPPORTAGE?



WAAROM RAPPORTEREN?

# 1

# Het hoe en waarom van rapporteren

- 1.1**    **Leerdoelen**
- 1.2**    **Werkvelden in hulp- en zorgverlening**
- 1.3**    **Eisen voor rapportage**
- 1.4**    **Interne en externe rapportages**
- 1.5**    **Rechten en plichten van cliënten en hulpverleners**
- 1.6**    **Doel, aanleiding en lezers van het rapport**
  - 1.6.1**    **In de hulpverlening**
  - 1.6.2**    **In de zorg**
- 1.7**    **Reflectie**
- 1.8**    **Theorie**
  - 1.8.1**    **Theorie 1A Interne en externe rapportages**
  - 1.8.2**    **Theorie 1B Rechten en plichten van cliënten en hulpverleners**
  - 1.8.3**    **Theorie 1C Aanleiding om een rapport te schrijven**
  - 1.8.4**    **Theorie 1D Rapporteren in de zorg**
  - 1.8.5**    **Theorie 1E Geschiedenis hulpverlening en zorg**

In dit eerste hoofdstuk verwerf je de basis voor het daadwerkelijk rapporteren. Voordat je gaat schrijven is er namelijk een aantal zaken die je eerst helder moet krijgen. Zoals: voor wie is mijn rapport eigenlijk bestemd? Is mijn rapportage zo geschreven dat deze voor alle lezers voldoende toegankelijk is? Wat is het doel van mijn rapport en aan welke wettelijke richtlijnen heb ik mij te houden? Rapporteren betekent tegelijkertijd verantwoordelijkheid nemen voor wat je opschrijft.

Maar je begint met een analyse van de verschillende werkvelden in de zorg- en hulpverlening. Wanneer je de verschillende werkvelden kent, zal je merken dat de samenwerking en afstemming beter verloopt.

## 1.1 Leerdoelen

- Je kent de verschillende werkvelden in jouw vakgebied.
- Je weet wat het belang van rapporteren is.
- Je weet welke verantwoordelijkheden je als rapporteur hebt.
- Je weet aan welke voorwaarden een rapport moet voldoen.
- Je bent op de hoogte van de rechten en plichten van de cliënt of patiënt.
- Je weet wat de aanleiding en het doel van de rapportage is en wie het rapport lezen.
- Je kent het verschil tussen interne en externe rapportages.
- Je kent de rechten en plichten van de cliënt of patiënt.
- Je weet wat dit betekent voor de rapportages die je schrijft.

## 1.2 Werkvelden in hulp- en zorgverlening

De werkvelden die we onderscheiden zijn:

- het algemeen ziekenhuis
- het psychiatrisch ziekenhuis
- de geestelijke gezondheidszorg
- de forensische zorg (FPK; TBS/FPC; PI/PPC; reclassering)
- het verpleegtehuis
- de gehandicaptenzorg (geestelijk of lichamelijk)
- de thuiszorg
- maatschappelijke dienstverlening
- maatschappelijke opvang
- jeugdzorg

Inmiddels lopen jullie stage en hebben jullie al kennisgemaakt met het werkveld van je keuze. Toch is het goed om ook de andere werkvelden te leren kennen.

---

### OPDRACHT 1.1

Bekijk op YouTube in twee- of drietallen filmmateriaal over een aantal werkvelden die hiervoor vermeld staan. Door die filmpjes wordt jou duidelijk hoe die werkvelden eruitzien. Welke cliënten worden hier behandeld, welke disciplines werken hier?

- Maak een kort verslag van de werkvelden van jouw keuze, waarin je de antwoorden op deze vragen verwerkt.
  - Bespreek de verslagen met elkaar.
- 

---

### OPDRACHT 1.2

Bereid een presentatie voor over jouw werkveld of over de instelling waar jij stage loopt. Vertel iets over de geschiedenis en achtergronden van deze instelling, over de cliënten die er wonen of opgenomen zijn en hoe een gemiddelde stagedag er voor jou uitziet. Deze presentatie houd je voor de andere studenten. Wanneer er meer mensen stage lopen in eenzelfde werkveld kun je gezamenlijk een presentatie houden.

---

## 1.3 Eisen voor rapportage

Met schriftelijke rapportage realiseer je de volgende doelen:

- Rapporteren is een *geheugensteun* en zorgt ervoor dat je geen vergissingen maakt of dingen vergeet.
- Rapporteren zorgt voor *continuïteit* en *coördinatie* van de zorg of van de begeleiding.
- Rapportages bieden mogelijkheden tot *evaluatie*: zowel over de manier waarop het begeleidings- of zorgproces is verlopen, als over het resultaat van de interventies.
- Door rapportages wordt *kwaliteitsbewaking* mogelijk. Schriftelijk weergeven van de inspanningen die je geleverd hebt in de begeleiding van de cliënt laat zien hoe je te werk bent gegaan, wat goed gegaan is en waar bijstelling nodig is. Op die manier krijgen lezer en organisatie zicht op de kwaliteit van het werk.

### OPDRACHT 1.3

- a Probeer in tweetallen zo veel mogelijk antwoorden te bedenken op de volgende vragen:
1. Waarom is rapporteren belangrijk?
  2. Aan welke eisen moet volgens jullie een goed rapport voldoen?
  3. Waarom is het van belang dat een rapportage zorgvuldig en objectief geschreven wordt?
- b Wissel jullie antwoorden uit met medestudenten.
- c Zoek daarna uit of jullie antwoorden kloppen door hier theorie bij te zoeken.

## 1.4 Interne en externe rapportages

In de zorg- en hulpverlening worden verschillende rapportages gebruikt. Deze paragraaf vertelt je daar meer over. Tabel 1.1 geeft een overzicht van de meest voorkomende interne en externe rapportages.

TABEL 1.1 Overzicht interne en externe rapportages

Interne rapportage	Externe rapportage
Cliëntendossier Intakerapport Gespreksverslag Voortgangsrapport Begeleidingsplan Groepsrapportage Overdrachtsrapportage Incidentenrapportage Signaleringsrapportage	Verwijsrapport Adviesrapport Bezwaar- of beroepschrift Aanvraag voorzieningen Signaleringsrapportage

**OPDRACHT 1.4**

- a Lees de theorie over interne en externe rapportages (subparagraaf 1.8.1 theorie 1A) en beantwoord in tweetallen de volgende vragen:
- 1 Wat is het verschil tussen interne en externe rapportage?
  - 2 Welke interne rapportages bestaan er?
  - 3 Welke externe rapportages bestaan er?
  - 4 Omschrijf kort wat de functie is van de verschillende vormen van externe rapportage.
  - 5 Doe hetzelfde met de vormen van interne rapportage.
- b Dit is een individuele opdracht. Onderzoek op jouw stageplek welke interne en externe vormen van rapportage er gebruikt worden. Benoem welke disciplines gebruikmaken van welke rapportagevorm en maak hier een overzicht van.

Alle gegevens van de cliënt komen in een *elektronisch cliëntendossier (ECD)* of *elektronisch patiëntendossier (EPD)*.

**OPDRACHT 1.5**

Beantwoord de volgende vragen:

- a Wat is een ECD/EPD?
- b Zoek op internet naar beeldmateriaal over of toelichting op het ECD/EPD. In hoeverre komt hetgeen je op deze filmpjes gezien hebt of wat je gelezen hebt overeen met jouw praktijk? En waar zitten de eventuele verschillen? Motiveer je antwoord.
- c Wat zit er precies in het ECD/EPD en hoe wordt dit dossier bij jouw instelling genoemd?
- d Wie hebben daar op jouw stageplek allemaal toegang toe?
- e Worden er nog rapportagesystemen gebruikt naast het elektronisch cliëntendossier? Zo ja, welke? En mag dat wettelijk?

## **1.5** Rechten en plichten van cliënten en hulpverleners

Als rapporteur werk je volgens richtlijnen. Er zijn verschillende rechten en plichten waar je als rapporteur aan moet voldoen. Uiteraard zijn wetten altijd aan verandering onderhevig.

Lees eerst subparagraaf 1.8.2 theorie 1B voordat je de opdrachten gaat maken.

**OPDRACHT 1.6**

- a Bespreek in subgroepjes met elkaar wat de rechten en plichten voor jou als medewerker van een instelling betekenen: welke invloed heeft dit op jouw rapportage? Waar moet je rekening mee houden? Welke dilemma's kan je hierbij tegenkomen?
- b Maak hiervan een korte presentatie en presenteer dit klassikaal.

## 1.6 Doel, aanleiding en lezers van het rapport

Voordat je begint met schrijven is het van belang om vast te stellen wat het doel en de aanleiding van je rapportage is. Bij het schrijven houd je rekening met wie de lezers van jouw rapportage zullen zijn en je past je taalgebruik op deze doelgroep aan. Door hiermee rekening te houden, kom je de lezer tegemoet en nodig je hem uit om jouw rapportage te lezen. In deze paragraaf maken we onderscheid tussen hulpverlening en zorg.

### 1.6.1 In de hulpverlening

Lees eerst subparagraaf 1.8.3 theorie 1C en vervolgens casus 1.1. Voer daarna opdracht 1.7 uit.

#### CASUS 1.1

### Mark kan zijn schulden niet meer betalen

Je bent werkzaam als maatschappelijk werker. Mark de Wit komt vandaag voor het eerst bij jou op gesprek. Mark is een 39-jarige alleenstaande man die jou telefonisch heeft benaderd omdat 'de situatie hem boven het hoofd groeit'. Hij vertelt dat hij al jaren verslaafd is aan met name cocaïne. Desondanks heeft hij al die tijd gewerkt als medewerker buitendienst bij een commerciële organisatie. Hij beweert dat hij de drugs nodig had om succesvol in zijn werk te zijn. De cocaïne hielp om opdrachten van klanten voor het bedrijf binnen te halen en om de druk te kunnen hanteren van het presenteren. Hij verdiende genoeg om zichzelf te voorzien van cocaïne. De laatste twee jaar ontwikkelde hij echter een gokverslaving. Hierdoor maakte hij schulden. Doordat hij ook 's nachts lang doorging met gokken op internet, kwam hij steeds vaker te laat op afspraken bij klanten. Om alert te blijven, begon hij steeds meer cocaïne te gebruiken. Na herhaaldelijk te zijn gewaarshuwd door zijn leidinggevende, werd hij afgelopen week ontslagen. Twee klanten klaagden over zijn te late komst bij een afspraak en zijn geagiteerde gedrag tijdens het gesprek. Voor de werkgever was hiermee de maat vol. Hij vond het jammer om Mark kwijt te raken, omdat hij al die jaren prima heeft gefunctioneerd. Maar zo kan het niet langer. Inmiddels zijn de schulden zo hoog opgelopen, dat hij al een aantal maanden geen hypotheek meer heeft betaald. Daarbij heeft hij bij familieleden, vrienden en collega's geld geleend. Gisteren stond er een medewerker van een incassobureau op de stoep. Mark ervaart het gedrag van die medewerker als intimiderend. Mark is vreselijk geschrokken. Bovendien hoorde hij afgelopen week op zijn voicemail dat de bank actie gaat ondernemen in verband met de betalingsachterstand op zijn hypotheek. Hij heeft hier niet op gereageerd, net als op de brieven en mails die de bank hem de afgelopen maanden stuurde. Sowieso ligt er een berg post die hij al maanden niet heeft opengemaakt. Mark is ten einde raad en vraagt jou om hulp bij het oplossen van zijn problemen.

#### OPDRACHT 1.7

Deze opdracht maak je alleen. Stel dat jij over de situatie van Mark rapporteert naar de verschillende instanties waarmee hij te maken heeft. Geef antwoord op de volgende vragen:

- Met welke instanties moet er contact worden opgenomen?
- Wat doe jij en wat is de rol van Mark hierin?

- c Stel de aanleiding voor het rapport vast, dus: 'Waarom schrijf ik dit rapport?'
- d Stel vast welk doel je met je rapportage wilt bereiken.
- e Stel vast wie de lezers zullen zijn van je rapport.
- f Waarom is het van belang om voorgaande vragen eerst te beantwoorden voordat je het rapport schrijft?
- g Welke rol heeft Mark in het schrijven van het rapport?
- h Schrijf het rapport en wissel dit vervolgens uit met een of twee medestudenten. Geef elkaar feedback op het rapport.

### 1.6.2 In de zorg

Lees subparagraaf 1.8.4 theorie 1D, vervolgens casus 1.2 en maak dan opdracht 1.8.

#### CASUS 1.2

### Leendert eet en drinkt niet meer

Leendert Smit (79) is sinds drie weken opgenomen in verpleeghuis de Akerboom. Leendert is dementerend en alleenstaand. De burens en zijn jongere zus hebben hem lang thuis verzorgd en zagen hoe hij steeds sneller achteruitging. Toen Leendert zichzelf niet meer kon wassen en aankleden, bijna brand veroorzaakte door het gas onder een pan aan te laten staan en 's nachts over straat ging zwerven, heeft zijn zus maatregelen genomen. Gelukkig kon Leendert vrij snel in de Akerboom terecht. Nu moet hij wennen aan een nieuwe leefomgeving. Dat gaat hem nog niet goed af. Hij is onrustig, zoekt steeds zijn spullen en begrijpt niet waar hij is. Vandaag is hij erg boos geworden tijdens het eten. Zijn bord met stampot zuurkool heeft hij op de grond gegooid, hij schold een tafelgenote uit voor heks en was lastig te kalmeren door het personeel. 's Ochtends was hij ontstemd tijdens het aankleden; hij wilde het graag zelf doen en accepteerde geen hulp, maar het lukte hem niet om zijn broek en trui aan te krijgen. De broek ging steeds over zijn armen en zijn benen stak hij in de trui.

Het valt op dat Leendert door de bank genomen weinig eet en drinkt per dag. Ook vandaag slaat hij al het drinken dat hij aangeboden krijgt af, terwijl het erg warm is. Zijn gezicht ziet grauw en zijn lippen zijn gebarsten. Het is tijd dat er actie wordt ondernomen.

#### OPDRACHT 1.8

Deze opdracht doe je alleen. Jij rapporteert vandaag over Leendert in het ECD. Probeer dit zo objectief mogelijk te doen. Geef eerst antwoord op de volgende vragen:

- a Stel de aanleiding voor het rapport vast, dus: 'Waarom schrijf ik dit rapport?'
- b Stel vast welk doel je met je rapportage wilt bereiken.
- c Stel vast wie de lezers zullen zijn van je rapport.
- d Waarom is het van belang om voorgaande vragen eerst te beantwoorden voordat je het rapport schrijft?
- e Bestudeer de samenvattingskaart van de richtlijnen voor rapporteren op de site van de V&VN (<https://mijn.venvn.nl>).  
Schrijf het rapport volgens deze richtlijnen en wissel dit vervolgens uit met een of twee medestudenten. Geef elkaar feedback op het rapport.



## 1.7 Reflectie

Heb je de leerdoelen van dit hoofdstuk behaald?

- Zo ja:
  - Beschrijf waarom.
  - Hoe heb je dit aangepakt?
  - Wat ging goed en wat ging minder goed?
  - Hoe ben je omgegaan met de 'problemen' die je hierbij tegenkwam?
- Zo nee:
  - Welke leerdoelen heb je nog niet behaald?
  - Wat zijn jouw concrete actiepunten om aan de openstaande leerdoelen te voldoen?
  - Wat heb je hierbij nodig?

## 1.8 Theorie

De theorieën behandelen achtereenvolgens:

- interne en externe rapportages
- rechten en plichten van cliënten en hulpverleners
- aanleiding om een rapport te schrijven
- rapporteren in de zorg
- geschiedenis hulpverlening en zorg

### 1.8.1 Theorie 1A Interne en externe rapportages

In de verschillende werkvelden wordt gewerkt met interne en externe rapportages.

We spreken van interne rapportage wanneer:

- het gaat om rapportage binnen de instelling
- als alle rapportages over de cliënt ondergebracht zijn in het cliëntdossier
- de rapportage binnen de instelling blijft en niet meegaat met de cliënt wanneer hij overgeplaatst wordt naar een andere instelling

We spreken van externe rapportage wanneer:

- het gaat om doorverwijzing of overplaatsing van een cliënt naar een andere instelling of organisatie
- je een advies uitbrengt over de hulp- of dienstverlening
- het correspondentie over juridische kwesties betreft

In sommige gevallen kent de ontvanger van jouw rapportage de cliënt niet en zal je wat meer moeten vertellen over de voorgeschiedenis van jouw cliënt. Wanneer de ontvanger al op de hoogte is, kun je minder uitgebreid zijn. Op basis van jouw rapportage over deze cliënt worden beslissingen genomen over het verdere traject. Het spreekt dan ook voor zich dat jouw rapportage een helder beeld moet geven van het verloop tot nu toe en van de voorgeschiedenis van de cliënt.

### Interne rapportages

In de schriftelijke interne rapportage leg je binnen een instelling de informatie over de cliënt of over een groep cliënten vast. Het doel hiervan is de lezers van de rapportage te informeren over de planning, het verloop en het effect

van de begeleiding of zorg. De meest voorkomende vormen van schriftelijke interne rapportages zijn:

- 1 intakerapport
- 2 gespreksverslag
- 3 voortgangsrapport
- 4 begeleidings-, zorg- of verpleegplan
- 5 groepsrapportage
- 6 overdrachtsrapportage
- 7 incidentenrapportage
- 8 signaleringsrapportage

Deze rapportages staan in het cliënten- of patiëntendossier. We bespreken nu eerst het cliënten- of patiëntendossier en daarna de verschillende rapportages die daarin staan.

### **Cliënten- of patiëntendossier**

In het cliënten- of patiëntendossier worden alle rapportages over de cliënt verzameld. Naast de verschillende interne rapportages zijn ook de rapportages van en naar andere hulp- of zorgverleners of andere instellingen in relatie tot de cliënt, terug te vinden in het cliëntendossier. Zo'n dossier gaat mee met de cliënt wanneer hij binnen de instelling wordt overgeplaatst. Nagenoeg alle organisaties maken tegenwoordig gebruik van *elektronische dossiervorming*. In het elektronische dossier staan alle rapportages over de cliënt, waardoor op elk moment de informatie voor de verschillende disciplines binnen de instelling toegankelijk is. Verschillende organisaties die zich met dezelfde cliënt bezighouden, maken er gebruik van. Dit systeem stelt hen in de gelegenheid elkaars informatie over de cliënt in te zien en aan te vullen. Zo'n *cliëntvolgsysteem* ligt maatschappelijk gevoelig. Veel cliënten maken zich zorgen over hun privacy en vragen zich af of dit systeem wel voldoende beveiligd is. Niet iedereen werkt hier dan ook aan mee. Voorbeelden van elektronische patiënten-cliëntsystemen zijn:

- *EPD*: elektronisch patiëntendossier. Dit is een landelijk systeem, opgedeeld in 44 regio's waarmee huisartsen, apothekers en medisch specialisten binnen hun regio patiëntengegevens kunnen uitwisselen wanneer hun patiënt daar toestemming voor gegeven heeft.
- *EVD*: elektronisch verpleegkundig dossier. Dit kan bestaan uit de volgende onderdelen: anamnese, scores naar aanleiding van onderzoeken, het verpleegplan, rapportage, communicatie tussen zorgverleners.
- *ECD*: elektronisch cliëntendossier. Hierin heeft een organisatie alle rapportages ondergebracht die betrekking hebben op de cliënt. In een ECD wordt de relatie gelegd tussen de behandeldoelen en de uitvoering van de zorg of begeleiding. In het ECD zijn de doelen en wensen van de cliënt ondergebracht.
- *LSP*: landelijk schakelpunt. Dit is de opvolger van het EPD.
- Alternatieve systemen: hiermee wordt geëxperimenteerd.
- *POINT* (Punt voor Overdracht Informatie Naslag en Transfers): dit is een elektronisch overdrachtdossier dat het werkproces met betrekking tot de overdracht van de patiënt vanuit het ziekenhuis naar een externe zorg-aanbieder ondersteunt.

De *functies van een dossier* zijn:

- alle bestaande gegevens van de cliënt of patiënt herbergen
- de hulpverlener de mogelijkheid bieden om te reflecteren op het hulpverleningsproces

- de mogelijkheid bieden om binnen eenzelfde instelling met elkaar te communiceren over het hulpverleningsproces
- zicht geven op het verloop van het hulpverleningsproces en de gelegenheid bieden tot bijstelling hiervan
- bij een klacht of discussie over de handelwijze van hulpverleners terugrijpen naar het dossier

Een dossier dient ordelijk, volledig en toegankelijk te zijn. In de meeste gevallen kent het een chronologisch verloop. Het ontbreken van gegevens kan vervelende consequenties hebben voor hulpverlener en cliënt. De toegankelijkheid voor de lezer wordt vergroot door een overzichtelijk en inzichtelijk systeem te hanteren.

### **Rapportages in het cliënten- of patiëntendossier**

De hiervoor genoemde acht vormen van schriftelijke interne rapportage worden hierna besproken.

#### *1 Intakerapport*

Een van de eerste documenten die je in het dossier van de cliënt aantreft, is het intakerapport.

Een intake bestaat meestal uit één of soms meer gesprekken. In deze gesprekken:

- worden de gegevens verzameld over de cliënt en zijn achtergrond
- wordt de hulpvraag van de cliënt verhelderd
- wordt de motivatie van de cliënt voor hulp getoetst

Het intakerapport vormt de basis voor het hulpverleningstraject en voor het vaststellen van het begeleidingsplan. Een goed intakerapport geeft heldere en concrete informatie over de cliënt en voorkomt dat de cliënt in de toekomst zijn verhaal steeds opnieuw moet vertellen.

In hoofdstuk 4 gaan we verder in op de intakeprocedure en de intakerapportage.

#### *2 Gespreksverslag*

In een gespreksverslag geef je weer wat er besproken is met de cliënt en hoe dit gesprek verlopen is. Het is handig om tijdens het gesprek met de cliënt aantekeningen te maken en deze uit te werken tot een gespreksverslag. Door aantekeningen te maken, onthoud je het gesprek beter. Geef dit van tevoren aan, waarbij je duidelijk maakt dat deze aantekeningen bedoeld zijn om je geheugen te ondersteunen zodat je een verslag kunt schrijven. Het gespreksverslag lees je terug voordat je opnieuw met de cliënt in gesprek gaat. Op deze manier kun je terugrijpen op wat eerder besproken is. Zo houd je de rode draad van het begeleidingstraject vast. De meeste gespreksverslagen blijven binnen de instelling. Gespreksverslagen vormen de basis voor de voortgangsrapportage of andere rapportages aan derden, zowel binnen als buiten de eigen instelling.

#### *3 Voortgangsrapport*

Het voortgangsrapport beschrijft de voortgang in het *begeleidingsproces* (figuur 1.1). Het doel van deze rapportage is:

- het overdragen van informatie aan collega's en andere disciplines
- het waarborgen van de continuïteit van het begeleidingsproces
- het begeleidingstraject te kunnen evalueren op resultaat en verloop van het proces

Op de voortgangsrapportage komen we in hoofdstuk 6 terug.

FIGUUR 1.1 Voorbeeld voortgangsrapportage



**Voortgangsrapportage**

**Cliëntgegevens**

Naam: \_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_ Cliëntnummer: \_\_\_\_\_

**Voortgangsrapportage**

Voortgangsrapportage:  
 Datum rapportage:  
 Rapportageperiode: \_\_\_\_\_ t/m \_\_\_\_\_

(\* ) Cliënten die starten in het eerste traject bij TRACK krijgen tijdens de 3 maanden voortgangsevaluatie de volgende vragen voorgelegd waarvan de reacties in deze voortgangsrapportage worden vastgelegd:

1. Hoe is de cliënt bij TRACK terechtgekomen?: \_\_\_\_\_
2. Heeft de cliënt voldoende informatie gekregen over de trajectaanpak?:  Ja  Nee
3. Heeft de cliënt bij aanmelding het welkomspakket ontvangen?:  Ja  Nee
4. Was de informatie in het welkomspakket duidelijk en volledig?:  Ja  Nee

**Voortgang leer- en begeleidingsdoelen uit trajectplan**  
 \_\_\_\_\_

Bron: [www.invoorzorg.nl](http://www.invoorzorg.nl)

#### 4 Begeleidings-, zorg- of verpleegplan

Afhankelijk van het werkveld waarin je werkzaam bent, krijg je te maken met begeleidings-, zorg- of verpleegplannen. De benaming heeft alles te maken met het werkveld waarin de plannen gebruikt worden. Inhoudelijk komen de plannen in grote lijnen met elkaar overeen. Wel is het zo dat iedere instelling daar zijn eigen *format* voor gebruikt of werkwijze in hanteert.

In hoofdstuk 5 komen we op dit onderwerp terug.

De term *begeleidingsplan* is de meest algemene term. In het begeleidingsplan beschrijf je:

- de begeleidingsdoelen
- de acties en de taakverdeling die volgen uit de begeleidingsdoelen
- de mate waarin de doelen gehaald zijn en de eventuele bijstelling van de doelen

Na verloop van tijd (variërend van zes weken tot drie maanden) volgt een evaluatie van het plan. Vragen die dan onder andere aan de orde komen zijn:

- Zijn de gestelde doelen behaald?
- Hoe is het werken aan de doelen verlopen?

## 5 Groepsrapportage

Wanneer je als hulpverlener met groepen werkt, krijg je te maken met groepsrapportage. Werkvelden waarin je werkt met groepsverslagen zijn bijvoorbeeld de jeugdopvang, de psychiatrie of het gevangeniswezen.

In een groepsrapportage gaat het over

- de gehele groep of
- het gedrag van individuen binnen die groep of
- het gedrag van individuen in relatie tot die groep.

Situaties die de gehele groep aangaan, staan hierin centraal. In deze rapportage analyseer je de gebeurtenissen en beschrijf je het gedrag van een individu in relatie tot andere groepsleden. In jouw verslag staat in ieder geval het volgende:

- de rol die de verschillende groepsleden in zo'n situatie spelen
- de factoren die een positieve of negatieve invloed hebben op het groepsproces
- onderbouwing van jouw bevindingen over deze groepssituaties
- signaleringen
- de effecten van de ingezette interventies

## 6 Overdrachtsrapportage

Het schrijven van de overdrachtsrapportages, ook wel *dagrapportages* genoemd, is een steeds terugkerende en belangrijke taak binnen de hulpverleningspraktijk.

We onderscheiden twee soorten overdrachtsrapportages:

- 1 *Interne overdrachtsrapportage*: in het kader van de overdracht aan de collega's vermeld je in deze rapportage relevante gebeurtenissen van de dag, zoals ontwikkelingen, gebeurtenissen, incidenten en mededelingen over de cliënt. Degenen die de dienst overnemen zijn op die manier op de hoogte van wat er die dag is gebeurd en weten op welke manier ze per cliënt te werk moeten gaan. In de meeste organisaties is de overdrachtsrapportage hetzelfde als de voortgangrapportage en wordt het vaak ook wel dagrapportage genoemd. Er zijn organisaties die elke zes weken of drie maanden een samenvatting maken van de dagelijkse rapportages over die periode. Deze samenvatting dient als leidraad bij de evaluatie van het begeleidingsplan en het vaststellen of bijstellen van de begeleidingsdoelen. In hoofdstuk 5 komen we hierop terug.
- 2 *Externe overdrachtsrapportage*: hierbij gaat het om de overdrachtsrapportage die geschreven wordt wanneer de cliënt naar huis gaat, overgeplaatst wordt of verder begeleid wordt door een andere instelling of organisatie.

In deze overdrachtsrapportage beschrijf je:

- het verloop van het hulpverleningstraject waar de cliënt in begeleiding was
- het doel van de overplaatsing
- praktische informatie over de cliënt

Een goede overdracht geeft een duidelijk beeld van het voorafgaande traject. Een overdrachtsrapport vormt voor degene die de cliënt overneemt de basis voor het vaststellen van de verdere hulp- of dienstverlening.

Houd bij het schrijven rekening met de kennis en kunde van de ontvanger. Besteed in ieder geval aandacht aan de volgende punten:

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

### 7 Incidentenrapportage

In je werk krijg je te maken met incidenten. Incidenten zijn ongewenst gedrag dat impact heeft op de cliënt, de medewerker, de groepsleden en de organisatie. Het kan om gebeurtenissen gaan waarbij er sprake is van verbale of fysieke agressie van een cliënt jegens een hulpverlener of medeciënten, vechtpartijen, beschuldigingen of dreigementen. Het uitgangspunt is om zo veel mogelijk incidenten te melden en te analyseren. Medewerkers bij een organisatie zijn namelijk verantwoordelijk voor de mentale en fysieke veiligheid van cliënten en collega's. Naar aanleiding van incidenten kunnen medewerkers besluiten het beleid aan te passen. Dit vraagt een objectieve weergave en een concrete beschrijving van wat voorgevallen is. Medewerkers zijn verplicht om de volgende incidenten in het cliëntendossier te vermelden:

- incidenten waar cliënten bij betrokken zijn en nadeel of schade van hebben ondervonden
- alle genomen maatregelen om de schade voor de cliënt zo goed mogelijk te herstellen

De instelling kan op deze manier verantwoording afleggen aan de cliënt en zo nodig aan de inspectie.

Bij ernstige incidenten en incidenten die te maken hebben met de veiligheid van de medewerkers werk je met een meldingsformulier. Op het *meldingsformulier* staat minimaal vermeld:

- datum
- tijdstip
- locatie waar het incident plaatsvond
- toedracht of oorzaak van het incident
- eventuele gevolgen voor de cliënt of medewerker
- wanneer daar sprake van is: omschrijving van het letsel
- omschrijving van het incident en de maatregelen die naar aanleiding daarvan genomen zijn om herhaling te voorkomen

Vermijd bij de beschrijving van het incident het gebruik van subjectieve woorden, maar omschrijf zo objectief mogelijk het gedrag dat de cliënt liet zien. Dit geldt ook voor dreigementen. Probeer dreigingen als een citaat in de rapportage op te nemen. Een *citaat* is een letterlijke weergave van wat er gezegd is. Het gaat erom dat je op objectieve wijze je waarnemingen op papier zet. In tabel 1.2 staan voorbeelden van een subjectieve en een objectieve omschrijving van een incident.

**TABEL 1.2** Subjectief en objectief

<b>Subjectieve omschrijving</b>	Cliënt was agressief, woedend, boos Cliënt schold mij uit
<b>Objectieve omschrijving</b>	Cliënt schopte tegen de deur, stond met gebalde vuist vlak voor me Cliënt noemde mij een idioot

Het melden en rapporteren van incidenten is voor hulpverleners een professionele, maar soms ook een juridische plicht.

### 8 Signaleringsrapportage

Zie punt 5 bij externe rapportages hierna.

#### Externe rapportages

Wanneer een cliënt bij jou in de instelling verbleven heeft of door jou begeleid is, kan het voorkomen dat je contact met andere hulp- of dienstverleners wilt opnemen.

We spreken van externe rapportage wanneer:

- een cliënt naar een andere instelling of organisatie wordt doorverwezen
- je een advies uitbrengt over de hulp- of dienstverlening
- het correspondentie over juridische kwesties betreft. Dit kunnen kwesties zijn die te maken hebben met schulden of woon-, gezins- of relatiegebeurtenissen. Wanneer je rechtshulp wilt inschakelen, zal het nodig zijn om informatie uit te wisselen.

Als de lezer van jouw rapportage de cliënt niet of onvoldoende kent, heeft hij jouw informatie over de voorgeschiedenis van je cliënt nodig. Als de lezer al op de hoogte is over je cliënt, volstaat het om minder uitgebreid te rapporteren.

Hier volgende de belangrijkste vormen van externe rapportage:

- 1 verwijsrapport
- 2 adviesrapport
- 3 bezwaar- of beroepschrift
- 4 aanvraag voorzieningen
- 5 signaleringsrapportage

#### 1 Verwijsrapport

Een verwijsrapport, de naam zegt het al, is een rapportage die geschreven wordt wanneer

- de cliënt overgeplaatst wordt naar een andere instelling
- de cliënt voor een specifieke hulpvraag naar een andere begeleider of behandelaar moet

Omdat het cliëntdossier in de instelling blijft, moet er een aparte rapportage geschreven worden voor de instelling of hulpverlener waar de cliënt naar toe gaat. Deze rapportage betreft alle informatie over

- de voorgeschiedenis
- het verloop van het begeleidings- of zorgtraject van de cliënt

Een verwijsrapport kan ook geschreven worden voor andere disciplines binnen eenzelfde instelling, zoals een psychiater, een psycholoog of een

dramatherapeut. Voordat je het verwijfsrapport schrijft, bepaal je welke informatie relevant is en aansluit bij de functie van de ontvanger van de rapportage. Voorbeelden:

- Je schrijft een verwijzing voor een psycholoog. De psycholoog wil lezen hoe het staat met de psychische en psychosociale problematiek van de cliënt.
- Je schrijft een verwijzing voor een medewerker van de Raad voor de Kinderbescherming. De medewerker is geïnteresseerd in de gezinssituatie en de opvoedingsproblematiek.

In alle gevallen geeft een rapport een antwoord op de reden en doelstelling van de verwijzing.

## 2 Adviesrapport

Met een adviesrapport richt je je tot iemand die op basis van dit rapport een beslissing moet nemen over de cliënt. Als schrijver van dit rapport stel je ook nu weer van tevoren vast met welke vragen de lezer zit. De lezer wil weten wat hij vanuit zijn functie en vakgebied moet denken, vinden of doen met deze cliënt. Hierover wil de lezer duidelijkheid krijgen. Als rapporteur beantwoord je deze vragen in je rapport. De lengte van het advies kan variëren:

- Als het om simpele kwesties gaat, schrijf je zonder uitgebreide onderbouwing een *kort en bondig* advies. Zoals een advies voor het aflossen van een huurachterstand.
- Als het over complexe kwesties gaat, schrijf je een *uitgebreid advies*. Zoals een adviesrapport aan de rechter over het gedrag en de omstandigheden van de cliënt in de relatie tot het delict dat hij gepleegd heeft of een advies aan de arbeidsdeskundige van het UWV over het re-integratietraject van een cliënt.

Afhankelijk van de vraagstelling komen de volgende onderwerpen in een adviesrapport aan bod:

- de voorgeschiedenis
- de huidige situatie, de huidige behandeling of begeleiding
- toelichting door derden, zoals de huisarts of andere hulpverleners
- een objectieve beschrijving van jouw bevindingen en analyses
- een conclusie en een advies

Deze uitgebreide beschrijvingen en onderbouwing zijn nodig om de ontvanger van het rapport een duidelijk beeld te geven van de situatie van de cliënt. Zo kan hij een gefundeerd besluit nemen over de cliënt.

## 3 Bezwaar- of beroepschrift

Bij een bezwaarschrift of een beroepschrift gaat het om beslissingen of beschikkingen die officiële instanties genomen hebben over de cliënt, zoals de Belastingdienst of de uitkeringsinstantie UWV of DUO (Dienst Uitvoering Onderwijs). Hiervoor gelden vaste procedures en termijnen. Op deze beslissing of beschikking kun je bezwaar of beroep aantekenen. In een bezwaar- of beroepschrift toon je aan dat de ontvanger van de beschikking wordt benadeeld met de uitspraak. Hierbij gaat het om feitelijke informatie. Emotionele of psychosociale argumentatie past niet in een bezwaarschrift.



#### 4 Aanvraag voorzieningen

Het kan zijn dat een cliënt als gevolg van een lichamelijke beperking of een ziekte een voorziening nodig heeft. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om een aanvraag van een rolstoel of een aangepaste auto. De verstrekker wil specifieke feiten weten over de cliënt. Hij wil dat je de noodzaak van een voorziening aantoont aan de hand van feitelijke informatie over de relatie tussen de gezondheidsklachten of beperking en de voorzieningen die nodig zijn om zo zelfstandig mogelijk te functioneren.

#### 5 Signaleringsrapportage (zowel voor interne als externe rapportages)

Het kan zijn dat je als hulpverlener cliënten tegenkomt die te maken hebben met vergelijkbare problematiek. Een voorbeeld: uit dezelfde buurt komen klachten van meerdere bewoners over overlast, veroorzaakt door eenzelfde gezin. Of op de afdeling waar jij werkt zie je dat door het gedrag van één cliënt meerdere medecliënten angstig worden. Of je bemerkt een gedragsverandering bij de cliënt op. Dat zijn zaken waarover jij je zorgen maakt. Een belangrijke verantwoordelijkheid voor jou als hulp- of dienstverlener is om deze signaleringen te bespreken en te rapporteren.

In hoofdstuk 3 komen we terug op het onderwerp 'signaleren'.

### 1.8.2 Theorie 1B Rechten en plichten van cliënten en hulpverleners

Achtereenvolgens komen aan de orde:

- WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst)
- Wbp (Wet bescherming persoonsgegevens)
- recht op inzage en afschrift
- recht op aanvulling
- recht op geheimhouding
- recht op vernietiging
- BIG-register

#### WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst)

De rechten van de patiënt zijn vastgelegd in de WGBO, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. De WGBO is van belang voor iedereen die met medische zorg te maken krijgt. Wanneer een arts een patiënt gaat onderzoeken of behandelen, is er sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. De wet is bedoeld om de positie te versterken van patiënten die medische zorg nodig hebben.

Deze wet draait om twee fundamentele rechten van de patiënt:

- 1 instemming die gebaseerd is op *informatie* (informed consent)
- 2 *verantwoorde omgang* met patiëntgegevens

De patiënt heeft recht op *informatie* over de aard en het doel van de verrichtingen, de risico's, de gevolgen, de alternatieven en de prognoses, zodat hij kan instemmen of niet ('informed consent'). Informatie verstrekken is dus geen service in de zorgverlening, maar een fundamenteel recht van de patiënt.

De patiënt heeft recht op een *verantwoorde omgang* met zijn patiëntgegevens. Hij moet worden geïnformeerd over de omgang met die gegevens in het dossier en zijn rechten met betrekking tot het dossier (V&VN, 2011).

Meer informatie vind je op: [www.dwangindezorg.nl](http://www.dwangindezorg.nl).

• [www.dwangindezorg.nl](http://www.dwangindezorg.nl)

## Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

**De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) beschrijft de rechten en plichten van cliënten in de zorg.**

De WGBO is van belang voor iedereen die met medische zorg te maken krijgt. Wanneer een arts een patiënt gaat onderzoeken of behandelen, is sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. De wet is bedoeld om de positie te versterken van patiënten die medische zorg nodig hebben.

### Rechten

De WGBO regelt:

- recht op informatie over de medische situatie
- toestemming voor een medische behandeling
- inzage in het medisch dossier
- recht op privacy en geheimhouding van medische gegevens (beroepsgeheim)
- recht op vrije artskenkeuze
- vertegenwoordiging van patiënten die niet zelf kunnen beslissen

### Wbp (Wet bescherming persoonsgegevens)

De Wbp, de Wet bescherming persoonsgegevens, geeft een wettelijk kader dat in principe voor iedereen in de zorg, de medische sector en de dienst- en hulpverlening van toepassing is. Instellingen en medewerkers in deze werkvelden dienen zorgvuldig en vertrouwelijk om te gaan met de persoonsgegevens van hun cliënten of patiënten. De verantwoordelijkheid voor de privacybescherming wordt gelegd bij de organisaties die persoonsgegevens verzamelen, vastleggen, bewaren, bewerken of gebruiken. Bijvoorbeeld: het vastleggen van gegevens die nodig zijn voor een cliënten- of patiëntenadministratie, de vorming van een dossier of het schrijven van een rapport door de hulpverlener. Zowel geautomatiseerde als handmatige verwerkingen vallen onder deze wet. De Wbp geldt niet voor persoonlijke werkaantekeningen, behalve als ze in de dossiers worden opgenomen. *Persoonlijke werkaantekeningen* zijn aantekeningen die jij voor eigen gebruik maakt. Tijdens het voeren van een gesprek maak je bijvoorbeeld aantekeningen om later te verwerken in een gespreksverslag.



Home Actueel **Onderwerpen** Ministeries Regering Documenten Prinsjesdag

Home > Alle onderwerpen

## Persoonsgegevens

Overzicht Inhoud Nieuws Vraag en antwoord Documenten

De overheid en andere organisaties hebben uw persoonsgegevens nodig voor hun werk. Bijvoorbeeld voor het heffen van belasting of om uw pensioen uit te betalen. De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) regelt wat er wel en niet mag met deze gegevens. Zo moeten organisaties uw gegevens beveiligen. En heeft u recht op informatie over het gebruik van uw persoonsgegevens.

### Vraag en antwoord

- Wanneer moet ik mij in de Basisregistratie Personen (BRP) laten inschrijven?
- Hoe kom ik aan een burgerservicenummer (BSN)?
- Welke organisaties mogen mijn burgerservicenummer (BSN) gebruiken?
- Mogen organisaties mijn persoonsgegevens aan anderen doorgeven?
- [Meer vragen en antwoorden](#)

Informatie Rijksoverheid over de Wet bescherming persoonsgegevens  
Bron: [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

### Recht op inzage en afschrift

Het recht op inzage en afschrift verplicht de hulpverlener een dossier van de cliënt bij te houden. De cliënt heeft het wettelijk recht de gegevens in te zien die over hem worden bijgehouden in het dossier. Per instelling is geregeld hoe dit precies in zijn werk gaat. Het dossier is eigendom van de hulpverlener of de instelling bij wie hij werkt en de cliënt heeft daarom niet het recht het dossier mee te nemen. Wel kan de cliënt, tegen een redelijke vergoeding, een kopie van zijn dossier ontvangen.

Wordt de cliënt niet meer in de instelling verpleegd of begeleid dan kan deze een schriftelijk verzoek tot inzage indienen. Meer informatie vind je bijvoorbeeld op [www.zorgbelang-nederland.nl](http://www.zorgbelang-nederland.nl).

[www.zorgbelang-nederland.nl](http://www.zorgbelang-nederland.nl)

## Adviespunt Zorgbelang

Bij het *Adviespunt Zorgbelang* kunt u terecht met uw vraag of klacht over de zorg. Onze medewerkers kennen uw patiëntenrechten en de zorgsector in iedere regio.

- Cliëntondersteuning gezondheidszorg
- Cliëntondersteuning langdurige zorg
- Vertrouwenspersoon jeugdhulp
- Cliëntondersteuning sociaal domein

### Recht op aanvulling

Een dossier kan worden aangevuld met een verklaring van de cliënt over de inhoud van het dossier, volgens het recht op aanvulling. Dit kan gebeuren als het dossier volgens de cliënt een onvolledig of onjuist beeld geeft van zijn persoon of van zijn gezondheidstoestand. De verklaring kan een aanvullende zienswijze van de patiënt zelf zijn of van een andere zorg- of hulpverlener ('second opinion'). De verpleegkundige of hulpverlener is verplicht zo'n verklaring in het dossier op te nemen, ook als hij het niet eens is met de inhoud. Meer informatie vind je bijvoorbeeld op [www.uvw.nl](http://www.uvw.nl).

### Recht op geheimhouding

Alle artsen hebben een *geheimhoudingsplicht*. Ook overige hulpverleners, zoals apothekers, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen, hebben een plicht tot zwijgen. Vaak worden anderen bij de hulpverlening betrokken, zoals (co)assistenten, secretaresses en laboratoriummedewerkers. Zij hebben geen eigen, maar een afgeleide geheimhoudingsplicht, namelijk via de hulpverlener voor wie zij werken. Een hulp- of zorgverlener mag geen gegevens van een cliënt aan anderen verstrekken. Dit geldt ook na het eventuele overlijden van een patiënt. Dit *beroepsgeheim* mag alleen worden doorbroken:

- in communicatie met anderen die bij de behandelingsovereenkomst zijn betrokken (art. 7.457 WGBO)
- na toestemming van de patiënt (art. 7.457 WGBO)
- op grond van een wettelijk voorschrift (bijvoorbeeld de Wet bestrijding infectieziekten, art. 7.457 WGBO)
- bij een conflict van plichten (bijvoorbeeld als er sprake is van kindermishandeling)
- ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de volksgezondheid (art. 7.458 WGBO)

### Recht op vernietiging

Het dossier wordt in principe vijftien jaar bewaard, maar de cliënt kan schriftelijk een verzoek indienen om het dossier eerder te vernietigen. De cliënt kan een arts of instelling vragen zijn gegevens te vernietigen voor het verstrijken van de bewaartermijn. De arts vernietigt de gegevens binnen drie maanden na het verzoek van de cliënt. De arts kan het verzoek weigeren als:

- de gegevens nodig zijn voor verdere behandeling
- de informatie in zijn dossier van belang is voor andere patiënten
- de cliënt gedwongen was opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis

### BIG-register: beroepen in de individuele gezondheidszorg

Zorgverleners kunnen zich registreren in het BIG-register. Het BIG-register is een taak die voortkomt uit de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). In het register zijn die personen opgenomen die een relevante, door de overheid erkende beroepsopleiding hebben gevolgd. Er staan meer dan 340.000 zorgverleners geregistreerd in het BIG-register. Iedereen kan het register raadplegen.

Het gaat hierbij om de volgende beroepsgroepen:

- verpleegkundigen
- artsen
- psychologen
- apothekers
- fysiotherapeuten

- psychotherapeuten
- tandartsen
- verloskundigen

Alleen wie in het register is ingeschreven is door de wet bevoegd deze beschermde titel te voeren. De deskundigheid van de geregistreerde beroepsbeoefenaren is hiermee voor iedereen herkenbaar. Meer informatie vind je bijvoorbeeld op [www.bigregister.nl](http://www.bigregister.nl).

• [www.bigregister.nl](http://www.bigregister.nl)

## Wat is het BIG-register?

Zorgverleners kunnen zich registreren in het BIG-register. Een BIG-registratie geeft duidelijkheid over de bevoegdheid van een zorgverlener.

Ook erkennen wij diploma's van zorgverleners met een buitenlands diploma die in Nederland willen werken.

### 1.8.3 Theorie 1C Aanleiding om een rapport te schrijven

Wanneer je rapporteert is hier meestal een goede aanleiding voor. De situatie zoals beschreven in de casus van Mark (casus 1.1) is de aanleiding voor het schrijven van een rapport. Het doel daarvan is Mark bij te staan in de oplossing van de problemen waarmee hij te maken heeft. Het opschrijven van de aanleiding voor het rapport helpt je bij het maken van een eerste schifting in de vele problemen van de cliënt. Voor de lezer is dan ook meteen duidelijk waarom hij het rapport ontvangt.

We geven nu antwoord op de vragen wat het doel is van het rapport en wie het rapport leest.

#### Wat is het doel van een rapport?

Zoals aangegeven, bepaal je van tevoren wat je met het rapport wilt bereiken. Een rapport kan verschillende doelen hebben:

- Het kan zijn dat je wilt dat de lezer jouw advies opvolgt. In dat geval is het zaak dat je sterke argumentaties voor jouw beweegredenen opneemt in je rapportage.
- Het kan ook zijn dat je de lezer ergens over wilt informeren. In dat geval gaat het om relevantie. Je schrijft op wat je vindt dat de lezer moet weten, niet meer en niet minder. Relevante, concrete en betrouwbare informatie is hierbij van belang.
- Ten slotte is het mogelijk dat je de lezer iets verzoekt. Dan wil je dat de lezer gehoor geeft aan je verzoek en goed begrijpt waarom hij dat moet doen. Hierbij gaat het om een helder geformuleerd, uitvoerbaar en haalbaar en onderbouwd verzoek.

Door de aanleiding en het doel van het rapport duidelijk te hebben, maak je een schifting in de vele problemen die er zijn. Informatie die niet direct met dit doel te maken heeft, houd je op die manier buiten beschouwing.

### Wie leest het rapport?

Zowel een professional als de cliënt zelf kan het rapport lezen. Daar houdt je als rapporteur altijd rekening mee.

De professionele lezer is meestal iemand die vanwege zijn functie het rapport onder ogen krijgt. Het doel van de rapportage is:

- deze lezer te informeren over de situatie en de voortgang van de cliënt
- of deze lezer te verzoeken in actie te komen naar aanleiding van vragen in de rapportage

Voordat je gaat schrijven, verdiep je je in de mogelijke vragen van de lezer van jouw rapport. Zo ontvangt hij een rapportage die 'to the point' en relevant is. Het is belangrijk om de lezer niet te vermoeien met irrelevante of overbodige informatie. Vaak ken je degene aan wie je rapporteert, omdat je eerder contact met elkaar hebt gehad over cliënten. In andere gevallen weet je wel aan welke instelling je het rapport toestuurt, maar niet bij wie het rapport nu precies terecht komt. Of je de lezer nu goed kent of helemaal niet, schat voordat je gaat schrijven in wie de lezer van jouw rapport is en wat zijn rol is ten opzichte van jou en je cliënt. Hoe beter de inhoud van het rapport is afgestemd op de lezer, hoe serieuzer hij het rapport zal lezen en tot actie zal komen.

Ook de lezer heeft vragen, waarop hij graag een helder en concreet antwoord wil hebben. De *vragen van de lezer* zijn:

- Waarom ontvang ik dit rapport?
- Wat moet ik naar aanleiding van dit rapport doen?
- In hoeverre zijn de doelen in dit rapport haalbaar?
- In hoeverre zijn deze uitvoerbaar binnen de functie die ik bekleed?
- Welke actie wordt er van mij precies verwacht?

Een selectie maken uit de grote hoeveelheid informatie over de cliënt maakt het makkelijker wanneer je weet welke vragen de lezer mogelijk zal hebben. Als je wilt dat de lezer iets voor jou en jouw cliënt doet, bedenk dan ook voor welke argumentatie de lezer gevoelig zal zijn en maak daar gebruik van.

#### 1.8.4 Theorie 1D Rapporteren in de zorg

Rapporteren is een wezenlijk onderdeel van het werk van een zorgverlener. Het bevat meer onderdelen dan je aanvankelijk misschien denkt. Je rapporteert niet alleen je bevindingen na het verlenen van zorg. Soms maak je een verslag voor andere disciplines, bijvoorbeeld als een cliënt van de ene zorginstelling naar de andere verhuist, of met ontslag gaat. Het kan ook zijn dat je een kort verslag maakt voor een *cliëntbespreking* of een *multidisciplinair overleg (MDO)*. Bij een anamnese voor een zorgplan of zorgleefplan beschrijf je de gegevens die je verzamelt. In een *zorgplan* beschrijf je doelen, problemen, resultaten, interventies en evaluaties.

Volgens de richtlijnen van de V&VN over verslaglegging voor verpleegkundigen en verzorgenden bestaat goede verslaglegging uit gegevensverzameling en anamnese, verpleegkundige diagnoses en ondersteuningsvragen opstellen, het zorgplan opstellen, voortgangsrapportages schrijven, zorgevaluaties schrijven en overdrachtsrapportages maken. Werken in de zorg betekent dus ook veel schriftelijk werk. Daar wordt wel eens over gemopperd; er is veel administratie bij gekomen de afgelopen decennia. Gelukkig zijn er allerlei regels en hulpmiddelen om dit zo efficiënt mogelijk te kunnen doen (zie de richtlijnen van de V&VN).

Rapporteren in de zorg kun je ook wel *verslaglegging* noemen. In de rapportagemap of het onderdeel rapportage in het zorg(leef)plan of ECD (elektronisch cliëntendossier) doe je immers verslag van de zorg die je als zorgprofessional of hulpverlener hebt verleend. Daarin kun je de mening en gevoelens van de cliënt kwijt, maar ook jouw objectieve observaties en beschrijvingen van behandelde doelen en problemen. Dit noem je *signs and symptoms*: je rapporteert je eigen bevindingen, maar ook wat de cliënt zelf benoemt (ik heb pijn, ik ben warm, ik voel me niet goed enzovoort). Daarnaast heb je allerlei metingslijsten waar je metingen als temperatuur, bloeddruk, ademfrequentie, saturatie en pijnscore van de patiënt kunt registreren.

Binnen jouw werkring moeten er afspraken zijn over hoe je rapporteert. Voortgangsrapportage valt altijd terug te voeren op een zorgplan. Het is wettelijk verplicht om voor elke cliënt of patiënt een zorgplan, zorgleefplan of begeleidingsplan op te stellen. Vanuit de zorgvragen, zorgbehoeftes en zorgproblemen die in het zorgplan beschreven staan of die zich nieuw voordoen, wordt gerapporteerd. Hierover moeten in elk geval per zorgsetting en -afdeling afspraken bestaan.

### 1.8.5 Theorie 1E Geschiedenis hulpverlening en zorg

Zorgen en verplegen van zieken hoort bij de mensheid en er zijn dan ook al heel oude getuigenissen van. Rapporteren is echter nog niet zo oud. Bij het professionaliseren van verplegen kwam ook het rapporteren naar voren als nuttig onderdeel hiervan. We beschrijven in het kort de geschiedenis van de ziekenverpleging en de GGZ (geestelijke gezondheidszorg).

#### Vóór de twintigste eeuw

Tot 1880 lieten mensen die ziek waren, zich thuis verplegen door familieleden of kerkgelovigen. Als je geen naasten had, kon je in een gasthuis terecht voor zorg. Pas in de tweede helft van de negentiende eeuw ontstonden er ziekenhuizen, waar beslist nog geen verpleegkundigen in te vinden waren. Ongeschoolde zaalknechten en zaalmeiden verzorgden de zieken. Het belang van hygiëne en handen wassen was nog maar net ontdekt.

Doordat de medische wetenschap zich ontwikkelde, kwam er behoefte aan een goede scholing voor verpleegsters, met name dames dus, vaak uit goede kringen. Zorg verplaatste zich van thuis naar ziekenhuizen. In Amsterdam werd in 1843 de 'Vereeniging voor Ziekenverpleging' opgericht. Deze vereniging startte met opleidingen voor verpleegsters en stichtte in 1857 het Prinsengracht Ziekenhuis. Vanwege de verzuiling wilde elke religie zijn eigen ziekenhuis met zelf opgeleid personeel.

Van oudsher lag ziekenverpleging in handen van religieuzen, die het zielenheil van een mens belangrijker achtten dan niet-religieuzen. Men is er nog niet over uit vanuit welke religie de professionalisering van verplegen is begonnen, maar dat geloof er een grote rol in speelde is zeker.

Verplegen en liefdadigheidswerk werden gezien als geaccepteerde bezigheden voor vrouwen uit de goeude stand. Door de toename van ziekenhuizen en de behoefte aan geschoold personeel werden eind negentiende eeuw ook langzaam dames uit minder goeude milieus op verpleegstersopleidingen aangenomen.

#### Ontwikkelingen in de twintigste eeuw

Rond 1900 waren de opleidingen nog niet landelijk geregeld. Dit veranderde in 1921 met het aannemen van de 'Wet tot wettelijke bescherming van het

diploma voor ziekenverpleging'. Deze wet beschermde het beroep Ziekenverpleger, maar regelde niet dat niet-gediplomeerden niet mochten verplegen. Iedereen mocht dus nog steeds zieke mensen verzorgen. Pas in 1970 zou de opleiding ingrijpend veranderd worden. De wet deelde de opleidingen in A (ziekenhuisverpleging) en B (krankzinnigenverpleging). Ondertussen was ook wijkverpleging in opkomst. Vanaf 1928 konden A-verpleegsters hiervoor een aantekening halen, net als voor kinderverpleging en kraamzorg. Er waren ook banen voor verpleegsters bij de kinderpolitie, in gevangenissen en in opvoedgestichten, en als schoolverpleegster of verpleegster op zee.

In 1991 werd een nieuwe vakbond voor verpleegkundigen opgericht: Nu'91.

● [www.nu91-leden.nl](http://www.nu91-leden.nl)

## EVEN VOORSTELLEN: NU'91

NU'91 is de enige onafhankelijke organisatie van verpleegkundigen en verzorgenden die zowel de beroepsinhoudelijke als de arbeidsvoorwaardelijke belangen van gezondheidzorgers – en van haar leden in het bijzonder – behartigt.

In de jaren daarna werd het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV) opgericht met als doel de belangen van verpleegkundigen en verzorgenden te verbeteren.

● [www.alternet.nl](http://www.alternet.nl)

## Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging

Het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) is als onafhankelijk kenniscentrum gericht op kwaliteitsverbetering van de zorg. Onder het motto 'kennis maakt zorg beter' streeft het LEVV naar het versterken van de beroepsuitoefening van verpleegkundigen en verzorgenden. U kunt bij het LEVV terecht voor ondersteuning bij het professionaliseren van de verpleegkundige en verzorgende beroepsuitoefening in alle sectoren van de zorg. Rondom verschillende thema's biedt het LEVV diensten aan op het gebied van informatievoorziening, advies, deskundigheidsbevordering en implementatie. Deze thema's komen tot stand afhankelijk van de actualiteit en behoeften bij professionals in het werkveld.

De website bevat een webshop waar bezoekers publicaties kunnen bestellen. Verder is er een maatwerkapplicatie gemaakt waarmee een drietal content databases kunnen worden geraadpleegd. Een deel van deze databases is slechts te bekijken na het afnemen van een abonnement.



In 1994 werd de Commissie Verzorging geïnstalleerd om de problemen bij verzorgenden en helpenden in kaart te brengen. Er ontstond een nieuwe kwalificatiestructuur en een samenhangend opleidingsstelsel voor de diverse niveaus in de zorg. Deze nieuwe opleidingen startten in 1997. De oude in-serviceopleiding werd opgeheven. Door middel van een beroepsopleiding op mbo- of hbo-niveau kon je helpende, verzorgende of verpleegkundige worden.

Geachte Voorzitter,

De Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende (Commissie-Werner) werd in 1990 op aandringen van de Eerste Kamer geïnstalleerd door de toenmalige staatssecretaris van WVC Simons. Aanleiding vormden onder meer de acties die door ontevreden verpleegkundigen en verzorgenden werd gevoerd door de protestbeweging 'Witte Woede'. Deze protestbeweging ontstond naar aanleiding van de salarisachterstand, hoge werkdruk en het gebrek aan erkenning als gevolg van de bezuinigingen in de jaren tachtig.

Bron: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, maart 2010

In 1996 richtten ruim vijftig verenigingen de koepelorganisatie AVVV (Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden) op. Die werd de spreekbuis van de talrijke vakverenigingen die lid waren.

TROUW 31 JULI 2016

## Nieuwe beroepsvereniging voor zorgpersoneel

**(Novum) – Het personeel in de zorg wordt vanaf dinsdag vertegenwoordigd door een nieuwe beroepsvereniging. De vereniging krijgt de naam Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en vertegenwoordigt de grootste beroepsgroep van Nederland: vierhonderdduizend verpleegkundigen en verzorgenden. Dat heeft de vereniging in oprichting maandag bekendgemaakt.**

V&VN wil ervoor zorgen dat 'het vak mooi blijft en zich verder ontwikkelt'. Door de vergrijzing en de kostenbesparingen in de gezondheidszorg komt de zorg steeds verder onder druk te staan, weet de beroeps-

vereniging. Daarom is het belangrijk dat één organisatie alle verpleegkundigen en verzorgenden vertegenwoordigt. De V&VN wil die taak op zich nemen.

De beroepsvereniging is ontstaan uit een fusie van koepelorganisatie AVVV en vijftien gespecialiseerde beroepsverenigingen van verpleegkundigen en verzorgenden. In december volgt nog een fusie met zeventien andere beroepsverenigingen. Het is de bedoeling dat de voormalige beroepsverenigingen herkenbare afdelingen blijven.

De lancering van de V&VN vindt dinsdag plaats in zorgcentrum 't Huis in Utrecht.

In 2006 fuseerden een groot aantal van deze vakverenigingen tot de beroepsvereniging V&VN.

In 1993 werd de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) van kracht. Verpleegkundige werd bij wet een beschermde titel. Elke verpleegkundige is vanaf dat jaar opgenomen in het BIG-register. Ook vielen verpleegkundigen vanaf 1997 onder het tuchtrecht en zijn zij wettelijk aansprakelijk voor hun handelen.

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is:

de tot dusverre geldende wettelijke regeling op het gebied van de uitoefening van de geneeskunst, inhoudende een het gehele gebied der geneeskunst bestrijkend verbod van beroepsuitoefening zonder hiertoe wettelijk verleende bevoegdheid, te vervangen door een regeling welke een ruimer gebied van individuele gezondheidszorg bestrijkt en waarbij slechts het verrichten van bij de wet aangewezen categorieën van handelingen wordt voorbehouden aan categorieën van daartoe overeenkomstig de wet gekwalificeerden, terwijl het voeren van wettelijk beschermde beroepstitels uitsluitend toekomt aan degenen die in de voor de desbetreffende beroepen overeenkomstig de wet ingestelde registers ingeschreven staan en ten aanzien van andere beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg voorzien wordt in de mogelijkheid tot het regelen van de opleiding tot die beroepen;

voor onderscheidene categorieën van overeenkomstig de wet gekwalificeerden een aan de gebleken behoeften aangepaste regeling van tuchtrecht-spraak in het leven te roepen;

Bron: [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl)

Verpleegkundigen probeerden in de jaren tachtig ook in toenemende mate zeggenschap te krijgen in het zorgbeleid van een instelling. De eerste verpleegkundige en/of verzorgende adviesraden (VAR's) werden opgericht. Vanaf 2000 nam de invloed van de wetenschap toe in de verpleegkunde en werden beroepen ontwikkeld als de 'nurse practitioner'. Ook wordt er steeds meer gewerkt op basis van 'evidence-based practice' (EBP): het uitvoeren van een handeling door een beroepsbeoefenaar op zo'n wijze dat de uitvoering is gebaseerd op de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid.

Over de geschiedenis van verpleegkundig rapporteren is weinig geregistreerd. Wel is bekend dat bijvoorbeeld kraamverpleegkundigen in de jaren dertig van de vorige eeuw al rapporten moesten uitbrengen over hun patiënten aan de huisarts en verloskundige. Vanaf de jaren vijftig werden ziekenhuisafdelingen ingericht met verpleegposten, waar de verpleegsters konden zitten om te rapporteren en over te dragen. Rond het begin van de jaren zeventig verschenen de eerste studieboekjes over verpleegkundig rapporteren, zoals *Rapportage Voor Verpleegkundige en Verzorgende Beroepen* (Dekkers & Dooren, 1975). In dit boekje wordt aandacht besteed aan duidelijk schrijven, de juiste woordkeus, het vermijden van kleineren van de patiënt, volledig-

heid van een rapport, telefonische overdracht, maar ook aan de indeling van het rapport, de verschillende soorten rapportage en het verzamelen van gegevens.

Vanaf 1966 werd het beroep 'verpleegster' benoemd tot 'verpleegkundige,' ook omdat steeds meer mannen de opleiding gingen volgen. Wettelijk werd het beroep beter beschermd en de aantekeningen, zoals de Intensive Care-aantekening en wijkverpleegkundige werden beter geregeld.