

BIJLAGE 4

Richtlijn (7 juli 2008) over het verslag en de FAQ van het verpleegkundig consult

Het verslag van het verpleegkundig consult wordt gevoegd bij het verpleegkundig dossier, papieren of elektronische versie (in het laatste geval moet het verslag afdrukbaar zijn).

Het verslag omvat ten minste:

- de identiteitsgegevens van de patiënt (naam, voornaam, geboortedatum of vignet)
- de datum van het verpleegkundig consult
- het conceptueel model / de verpleegkundige classificatie van de functionele gezondheidspatronen welke gebruikt werden
- de lijst van de verpleegkundige gezondheidsproblemen van de patiënt
- de opsomming van de zorgdoelen voor de patiënt
- de identiteitsgegevens van de verpleegkundige die het verslag heeft opgemaakt, diens handtekening en diens RIZIV-identificatienummer
- in voorkomend geval, de datum waarop het verslag aan de behandelend geneesheer is bezorgd

Verpleegkundig gezondheidsprobleem:

Een verpleegkundig gezondheidsprobleem is een gezondheidsprobleem dat geïdentificeerd werd door een verpleegkundige, op basis van zijn specifieke competentie.

De verpleegkundige gezondheidsproblemen worden geïdentificeerd op basis van:

- ofwel een conceptueel model in de verpleegkunde zoals (niet-exhaustieve lijst):
 - V.Henderson – School van de behoeften
 - Hildegard Peplau – School van de interactie
 - C.Roy – School van de gewenste effecten
- ofwel een verpleegkundige classificatie van de functionele gezondheidspatronen zoals (niet-exhaustieve lijst):
 - M. Gordon
 - L. J. Carpenito

De identificatie van de verpleegkundige gezondheidsproblemen zal rekening houden met de professionele evolutie van de verpleegkunde

Zorgdoelen voor de patiënt :

Het zorgdoel behelst het te behalen resultaat met het oog op het oplossen van de verpleegkundige gezondheidsproblemen van een patiënt, aansluitend op de verpleegkundige competentie.

Het zorgdoel wordt in meetbare termen en met een te verwachten realisatietermijn geformuleerd. Het betreft persoonsgerichte zorgdoelen die worden vastgelegd in overleg met de persoon zelf of met zijn/haar onmiddellijke omgeving . Als dat overleg niet mogelijk is, motiveert de verpleegkundige dat in het verslag van het verpleegkundig consult

Model van verslag

Hierbij gaat een model van het verslag. Het betreft een minimaal verslag, waarvan alle rubrieken minstens dienen opgenomen te worden in het definitieve verslag. De verpleegkundige is niet verplicht dit model te gebruiken.

MODEL

Verslag van een verpleegkundig consult

Identiteitsgegevens patiënt VIGNET.....
(naam, voornaam, geboortedatum)

Datum consult

Het gebruikt conceptueel model/
De gebruikte classificatie van de
functionele gezondheidspatronen:

.....
.....
.....

De verpleegkundige
gezondheidsproblemen
(bijkomende informatie kan als bijlagen worden
toegevoegd)

.....
.....
.....
.....

De zorgdoelen
(bijkomende informatie kan als bijlagen worden
toegevoegd)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Identificatie zorgverlener
Riziv-identificatienummer

Handtekening

Dit verslag werd bezorgd aan :
(naam van de behandelend geneesheer)

Op
(datum)

Via
(schriftelijk, via fax, via mail, ...)

FAQ:

1. Wat is de duur van het verpleegkundig consult?

Dit wordt niet bepaald in het KB.

2. Kan de verstrekking aangerekend worden aan bestaande patiënten en vanaf wanneer begint de termijn van 28 dagen dan te lopen?

Alle patiënten die voldoen aan de criteria gesteld in het KB kunnen deze verstrekking genieten.

Deze 28 dagen zijn kalenderdagen en geen verzorgingsdagen.

3. Verpleegdossier versus verslag consult?

Het verpleegdossier moet bestaan vanaf de eerste verstrekking bij een patiënt. Het consult kan pas aangerekend worden nadat de patiënt reeds 28 dagen wordt verzorgd, maar kan eventueel al opgesteld worden in deze periode (groeiproces). Voor de palliatieve patiënt die op zijn minst tweemaal per week hygiënische verzorging nodig heeft, kan het consult geattesteerd worden vanaf de dag van de eerste hygiënische zorgverstrekking.

4. Modellen of classificatie van verpleegkundige gezondheidsproblemen: waar kan men deze raadplegen?

In de richtlijn worden een aantal voorbeelden gegeven.

Meer uitleg over de verpleegkundige diagnostiek vindt u in:

-KEROUAC S., PEPIN J., DUCHARME F., MAJOR F., La pensée infirmière, Groupe Beauchemin, Editeur ltée, 2^{ème} édition, Montréal 2003, 215 p.

-AMAR B, GUEGUEN J.P, Concepts et théories, démarche de soins, Nouveaux cahiers de l'infirmière, n° 2, Edition Masson, 2^{ème} Edition, Issy-les-moulineaux 2007, 242 p.

Meer informatie vindt u op volgende internet-sites:

<http://www.acendio.net>

<http://www.icn.ch/icnp.htm>

<http://www.nanda.org>

<http://www.afedi.com/> www.interrai.org

5. Is er voor deze verstrekking een voorschrift nodig?

Er is geen voorschrift nodig.

6. Indien de periode van 28 dagen onderbroken wordt, begint deze dan terug vanaf 0 te tellen?

Ja, want in het KB staat dat de hygiënische verzorging wordt verleend gedurende een ononderbroken periode van 28 dagen.

7. Kan een verpleegkundig consult aangerekend worden door een zorgkundige?

Neen, het verpleegkundig consult kan enkel door een verpleegkundige uitgevoerd en aangerekend worden.

8. De regelgeving voorziet dat het document voor het verpleegkundig consult gedateerd is op de datum van aanrekenen. In praktijk worden bij ons de patiënten besproken op dinsdagnamiddag en in het verslag staat uiteraard de datum van bespreking. Sommige patiënten worden vroeg na opstart besproken, andere zullen meer op het einde van de periode van 28 dagen besproken worden. Als wij het verpleegkundig consult aanrekenen na 28 dagen en de datum op het verplichte document dateert in de periode van 28 dagen voor het aanrekenen van het consult is er dan een probleem ?

De datum van het afsluiten van het verslag kan pas na 28 dagen van een ononderbroken zorgperiode zijn, tenzij voor palliatieve patiënten waar het vroeger kan.