RAPPORTEREN
voor verpleegkundigen

ESCULAAP

Definitie
Als zorgverlener observeer je je patiënten. Je analyseert en interpreteert signalen en mogelijke symptomen om vervolgens vast te stellen welke interventies je moet inzetten. Deze gegevens leg je vast in een rapportage. Voor de overdracht van gegevens en een goede samenwerking met collega's is eenduidigheid in de communicatie noodzakelijk. Uit onderzoek blijkt echter dat het maken van rapportages niet altijd even zorgvuldig en eenduidig gebeurt. Niet alleen als het gaat om de inhoud, maar ook qua structuur en opbouw.

Doel
- Het waarborgen van de continuïteit en kwaliteit van de zorg
- Terug kunnen zoeken wat er is gebeurd of waarom iets op een bepaalde manier gegaan is
- Afleggen van verantwoording voor het handelen

Tips voor een goede rapportage
De rapportage zorgt ervoor dat de patiënt de juiste vorm van zorg kan krijgen door een team van professionals. De overdracht van informatie en kennis wordt gedaan via deze rapportage. Tevens is rapportage inzichtelijk voor patiënt en diens contactpersoon.

Let daarom op het volgende:
- Rapporteer respectvol
- Formuleer eenduidig
- Vermijd etikettering
- Alleen feiten, geen meningen
- Overzichtelijk en beknopt
- Rapporteer op tijd (recent)
- Gebruik weinig/geen afkortingen
- Noem collega's of artsen bij naam en functie

Hulpvragen om tot een goede rapportage te komen
Subjectief: Op welke manier uit de patiënt zijn probleembeleving?
(Wat zegt hij? Welke geluiden maakt hij? Welke bewegingen zijn er?)
Objectief: Wat is je observatie van de situatie?
Hoe ervaar jij de problematiek van de patiënt?
Analyse/Evaluatie: Welke conclusie trek je op basis van de subjectieve en objectieve informatie?
Plan: Welke interventies ga je treffen en op welke manier doe je dit?
Wie moeten daarbij evt. worden betrokken en hoe worden deze personen geïnformeerd?

SBARR

Overdracht met behulp van SBARR-methode:

Situation / Situatie
1. Stel jezelf voor (je naam & functie).
2. Check of je met de juiste persoon spreekt.
3. Noem de naam van de patiënt en locatie.
4. Noem de reden van de oproep.
5. Noem de vitale functies (ABCDE) en actuele uitslagen (vitale waarden, lab, röntgen).

Background / Achtergrond
1. Reden van opname (indien van toepassing).
2. Relevante medische voorgeschiedenis.
3. Relevante medicatie.
4. Meld eventuele behandelbeperkingen (bijv. Niet reanimeren).

Assessment / Beoordeling
1. Ik denk dat het probleem het volgende is...
2. De patiënt gaat achteruit zonder duidelijke oorzaak .
3. De patiënt is instabiel.
4. Ik denk dat het mogelijk respiratoir / circulair / neurologisch / anders is, namelijk...

Reccommendation / Aanbeveling
1. Geef duidelijk en concreet aan wat je van de arts verwacht.
2. Wat moet er volgens jou gebeuren?
3. Vraag of stel voor wat je zelf vast kunt doen.
4. Tel. advies: Hoe vaak controles uitvoeren en wanneer opnieuw contact met de arts?

Reply / Samenvatting
1. Herhaal wat je samen hebt afgesproken en maak daarvan notitie in het dossier.

SOEP/SOAP

SOEP / SOAP-methodiek
De SOAP-methodiek helpt je om de gezondheidssituatie van de patiënt te monitoren. Het is een van de meest gebruikte rapportagemethodieken. Door het toepassen van de SOAP-methodiek, structureer je de rapportage en komen inhoudelijk gezien de juiste aspecten aan bod. Ook het op- of bijstellen van zorgplannen wordt bevorderd.

S	**Subjectief**	Wat de patiënt zegt over zijn eigen belevingen.
O	**Objectief**	De observatie van de situatie door de zorgverlener.
A/E	**Analyse/ Evaluatie**	De conclusie die de zorgverlener trekt uit de subjectieve en objectieve gegevens die zijn verzameld.
P	**Plan**	Wat de zorgverlener vervolgens gaat doen. (Acties)

Voorbeeld 1
S Dhr. geeft aan zich warm en klam te voelen.
O De temperatuur is bij meting 38.5 °C.
A/E Verhoging ten gevolge van griep.
P In overleg met de huisarts 4x daags 2 paracetamol 500mg innemen.

Voorbeeld 2
S Mw. is vanmorgen in de badkamer gevallen tijdens het douchen.
Mw. geeft pijn aan in haar linker heup.
O Linker heup laat oedeem en rode verkleuring zien. Beenlengteverschil zichtbaar.
A/E Patiënt heeft vermoedelijk een gebroken heup ten gevolge van de val.
P Ambulance gebeld. Patiënt gaat ter controle en voor een röntgenfoto mee naar het ziekenhuis. Dochter van patiënt is telefonisch op de hoogte gebracht.

Voorbeeld 3
S Dhr. zegt pijn op de borst te hebben en voelt zich benauwd.
O Dhr. klinkt benauwd bij inspanning, heeft zichtbaar moeite met ademhaling.
A/E Patiënt heeft POD klachten met uitstraling in linker arm en kaak.
P Ambulance gebeld. Patiënt wordt na controle direct opgenomen op de Eerste Hart Hulp in het ziekenhuis.

SBARR

SBARR-methodiek
De SBARR-methodiek helpt je om de gezondheidssituatie van de patiënt te monitoren. Het is een van de meest gebruikte rapportagemethodieken. Door het toepassen van de SBARR-methodiek, structureer je de rapportage en komen inhoudelijk gezien de juiste aspecten aan bod. Ook het op- of bijstellen van zorgplannen wordt bevorderd.

S	**Situation**	Hoe is de situatie?
B	**Background**	Relevante informatie over de achtergrond van pt.
A	**Assessment**	Wat is jouw beoordeling van de situatie.
R	**Reccommendation**	Wat is jouw aanbeveling, wat wil je dat er gebeurt?
R	**Reply**	Wat is er afgesproken?

Voorbeeld
S Ik ben ..... van afdeling .....
Ik bel over patiënt ..... met geboortedatum .....
Ik wil overleggen over ..... (medische conditie, medicatie etc.)

B Patiënt heeft in de voorgeschiedenis ..... (ziektebeelden)
Patiënt gebruikt de volgende medicatie: .....
Patiënt is bekend met een Niet reanimeren beleid.

A Ik zie dat patiënt ..... indruk maakt. Geeft de volgende klachten aan .....
Verder is het volgende nog van belang (anamnese)
We denken dat er sprake is van .....
(Of: We weten niet wat het probleem is, maar vertrouwen het niet.)

R Ik stel voor dat .....
Het volgende kan ik zelf al doen .....

R We hebben het volgende afgesproken .....

© 2026 Esculaap.nl - Alle rechten voorbehouden - Versie 2.0