



Verantwoordingsrapport

Ontwikkeling van de informatiestandaard
eOverdracht (2010-2018)

If there is no assurance of nursing documentation holding valid and reliable data, there would be no value to discuss its quality.

Citaat van Wang, Haily and Yu (2011; blz.1870)*

* Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2011;67:1858-75. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x.

Uitgegeven door:



V&VN
2023

Auteur: Renate Kieft

Co-auteur: Erna Vreeke (Nictiz)

Met medewerking van:

Annemarie van Ooijen (tot en met juni 2022) (V&VN)

Anouk Apeldoorn (V&VN)

Christiaan Verschoor (V&VN)

Danielle van der Meer (tot en met januari 2022) (Nictiz)

Erik van der Velde (V&VN)

Floor Jeurink (V&VN)

Frank Berens (V&VN)

Giel Smidt (Nictiz)

Itske Lindhout (V&VN)

Jan Willem Wolters (V&VN)

Lisanne van der Molen (tot en met november 2020) (Nictiz)

Rosa Mennes (tot en met mei 2022) (V&VN)

Voorwoord

Verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden (de beroepsgroep) werken onderling en met de patiënt of cliënt en zijn/haar mantelzorger samen om de juiste persoonsgerichte zorg en ondersteuning te kunnen bieden. De afspraken die gemaakt zijn over de zorg, de status en voortgang worden genoteerd in het elektronisch zorgdossier. Maar patiënten of cliënten kunnen vanuit de thuissituatie tijdelijk of langdurig opgenomen worden in bijvoorbeeld een ziekenhuis, GGZ-organisatie of revalidatiecentrum. Het is van belang dat de betrokken verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden samenwerken, zodat ze naadloos, vanuit één plan en mét dezelfde gegevens de juiste zorg en ondersteuning kunnen organiseren, ongeacht waar de patiënt of cliënt verblijft. Daarmee overstijgt verpleegkundige zorg de organisatiegrenzen.

De beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) kreeg in het eerste decennium van 2000 verschillende signalen en knelpunten over de administratieve lasten en de kwaliteit van verslaglegging. Voor V&VN aanleiding om hier nader onderzoek naar te doen. Een van de belangrijkste oorzaken bleek het ontbreken van eenduidige gegevens in het elektronisch zorgdossier. Hierdoor kunnen de afspraken, het plan, de status en voortgang inclusief de bijbehorende gegevens niet uitgewisseld en hergebruikt worden; met alle risico's van dien. De beroepsgroep typt dagelijks gegevens over als een patiënt of cliënt wordt overgeplaatst. De zorg en de afspraken die in afstemming met de patiënt of cliënt zijn gemaakt sluiten daarom niet goed aan op de afspraken of de zorgbehoefte van de patiënt of cliënt omdat gegevens niet actueel, niet eenduidig en volledig zijn.

De afgelopen jaren zijn verschillende ontwikkelingen in gang gezet om afspraken te maken over de gegevens die vastgelegd worden in het elektronisch zorgdossier. Zorgprofessionals kunnen op deze manier relevante informatie uitwisselen ook al werken ze met verschillende systemen.

V&VN heeft zich de afgelopen jaren hard gemaakt voor gegevensuitwisseling en het kunnen hergebruiken van gegevens. De beroepsgroep moet zonder extra registratielasten en zonder informatieverlies kunnen beschikken over gegevens die nodig zijn voor de zorg aan patiënten of cliënten.

In dit verantwoordingsrapport wordt beschreven en verantwoord hoe V&VN de afgelopen jaren heeft toegewerkt naar eenduidige gegevens voor de verslaglegging en overdracht. In afstemming met alle zorgpartijen heeft V&VN – samen met Nictiz – de eerste informatiestandaard voor de beroepsgroep opgeleverd: de eOverdracht. De informatiestandaard eOverdracht is een vastgestelde set met afspraken over welke gegevens en op welke wijze deze moeten worden genoteerd in het elektronisch zorgdossier. Deze wordt gebruikt om informatie in het elektronisch zorgdossier op een gestandaardiseerde manier op te slaan, te structureren en te communiceren. Het doel hiervan is dat gegevens gemakkelijk uitgewisseld, hergebruikt en begrepen kunnen worden door zowel de beroepsgroep als de systemen waarmee zij werken, ongeacht waar de patiënt of cliënt verblijft.

Via de eOverdracht zijn dus afspraken gemaakt over welke gegevens op welke manier moeten worden gedocumenteerd in het elektronisch zorgdossier. Een belangrijke ontwikkeling omdat de beroepsgroep daarmee zeggenschap heeft over welke gegevens relevant en betekenisvol zijn voor het zorgproces. De totstandkoming (en implementatie) van de eOverdracht kent vele cycli van ontwikkelen, proberen, leren en aanpassen samen met de beroepsgroep, IT-leveranciers, werkgevers en de overheid.

De verwachting is dat via de eOverdracht:

- ✓ Administratieve lasten verminderen
- ✓ Informatieverlies wordt beperkt
- ✓ Eenduidige diagnostiek tot stand komt
- ✓ Zorg gecontinueerd wordt zodat de patiënt zijn/haar verhaal niet steeds hoeft te vertellen
- ✓ Minder fouten worden gemaakt
- ✓ De maatschappelijke meerwaarde van het beroep veel beter over het voetlicht kan worden gebracht

De verwachtingen zijn hoog en de maatschappelijk opgave om de eOverdracht te implementeren is stevig. Elektronische gegevensuitwisseling kent namelijk nog veel uitdagingen, zoals het toewerken naar eenduidige vaktaal in de zorgketen (cross-sectoraal).

De realisatie van een succesvolle implementatie en gebruik van de eOverdracht is een gezamenlijke opgave voor alle belanghebbende zorgpartijen. V&VN neemt als houder het voortouw en nodigt zorgpartijen uit om mee te doen. V&VN wil dat de eOverdracht actueel blijft en door ontwikkelt op de voortschrijdende verpleegkundige praktijk en continu veranderende zorgcontext.

Leeswijzer

Dit verantwoordingsrapport is bedoeld voor verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden die geïnteresseerd zijn in de ontwikkeling van de informatiestandaard eOverdracht en voor beleidsmakers of -medewerkers die zich bezighouden met de informatiestandaard eOverdracht.

Het verantwoordingsrapport bestaat uit drie delen:

Deel I:	De aanleiding en opzet van het meerjarenprogramma eOverdracht
Hoofdstuk 1	Algemene inleiding
Deel II:	Kennis en inzicht krijgen in de verpleegkundige overdracht
Hoofdstuk 2	Verpleegkundige verslaglegging
Hoofdstuk 3	De verpleegkundige overdracht: een internationaal perspectief
Hoofdstuk 4	De verpleegkundige overdracht: een Nederlands perspectief
Hoofdstuk 5	Synthese van de bevindingen
Deel III:	De ontwikkeling en vaststelling van de eOverdracht
Hoofdstuk 6	Algemene inleiding
Hoofdstuk 7	Harmonisatie naar zibs en SNOMED (standaardisatie)
Hoofdstuk 8	Het validatieproces
Hoofdstuk 9	Wijzigingsverzoeken
Hoofdstuk 10	Wijzigingen aan de eOverdracht
Hoofdstuk 11	Wijzigingen voor het onderdeel zorgplan
Hoofdstuk 12	De release van de informatiestandaard eOverdracht
Hoofdstuk 13	Informatiestandaard eOverdracht = landelijke standaard
Hoofdstuk 14	De koers van V&VN voor de komende jaren
Hoofdstuk 15	Referenties
Hoofdstuk 16	Bijlagen

Inhoudsopgave

Deel I

1 Algemene inleiding	9
-----------------------------	----------

Deel II

2 Verpleegkundige verslaglegging	16
2.1 Het primair en secundair belang van gegevens	17
2.2 Geen eenduidige verpleegkundige gegevens: de factoren	17
2.3 Geen eenduidige verpleegkundige gegevens: de gevolgen	20
2.3.1 Geen gegevensuitwisseling of hergebruik: administratieve lasten	20
2.3.2 Geen gegevensuitwisseling of hergebruik: informatieverlies	21
3 De verpleegkundige overdracht: een internationaal perspectief	22
3.1 Inleiding	22
3.1.1 Vraagstelling	23
3.1.2 Theoretisch kader	23
3.2 Aanpak	25
3.2.1 Design25	
3.2.2 Datacollectie	25
3.2.3 Data-analyse	26
3.3 Bevindingen	27
3.3.1 Studiekarakteristieken	27
3.3.2 Kwaliteitsbeoordeling	29
3.3.3 De uitwerking van de verpleegkundige overdracht: een overzicht	29
3.4 Reflectie op de bevindingen	30
3.4.1 Onderzoeksmethoden van de geïnccludeerde studies	30
3.4.2 Hoofd-, deel- en gegevenselementen	31
3.4.3 Methodologische reflectie	32
3.5 Conclusie	33
4 De verpleegkundige overdracht: een Nederlands perspectief	34
4.1 Inleiding	34
4.1.1 Vraagstelling	35
4.1.2 Theoretisch kader	35
4.2 Aanpak	36
4.2.1 Design36	
4.2.2 Datacollectie	36
4.2.3 Data-analyse	37
4.3 Resultaten	37
4.3.1 De verpleegkundige overdrachten per sector	38
4.3.2 Hoofdelementen, deelelementen en gegevenselementen	38
4.4 Reflectie op bevindingen	40
4.4.1 Diversiteit in structuur en uitwerking	40
4.4.2 Het verpleegkundig zorgplan	41
4.4.3 Methodologische beperkingen	42
4.5 Conclusie	42
5 Synthese van de bevindingen	43
5.1 Aanpak	43
5.1.1 Design43	
5.1.2 Data collectie	43
5.1.3 Data analyse	43
5.2 Bevindingen	43
5.2.1 De hoofdelementen	43
5.2.2 De deelelementen	44
5.2.3 De gegevenselementen	46
5.3 Conclusie en aanbevelingen	47

Deel III

6	Algemene inleiding	49
6.1	Een landelijke aanpak voor standaardisatie van gegevens	49
6.2	De aanpak voor de ontwikkeling van de eOverdracht	51
7	Harmonisatie naar zibs en SNOMED (standaardisatie)	53
7.1	Aanpak	53
7.1.1	De projectorganisatie	53
7.1.2	Dataverzameling	55
7.1.3	Data analyse	55
7.2	Resultaat	56
8	Het validatieproces	57
8.1	De praktijk: de mening en opvatting van de beroepsgroep	57
8.2	De verslaglegging in het zorgdossier	58
8.2.1	Dataverzameling	58
8.2.2	Data analyse	58
8.3	Update van de literatuurstudie	59
8.3.1	Studiekenmerken	59
8.3.2	Kwaliteitsbeoordeling	61
8.3.3	Bevindingen update literatuur	61
8.4	Validatie leidt tot wijzigingen	61
9	Wijzigingsverzoeken	62
10	Wijzigingen aan de eOverdracht	64
10.1	Onderscheid in doelgroepen	64
10.2	De eOverdracht ingedeeld in hoofdstukken en secties	64
10.2.1	Administratieve gegevens	65
10.2.2	Algemene patiënten context	65
10.2.3	Medische context	66
10.2.4	Verpleegkundige context: het verpleegkundig zorgplan	66
10.2.5	Verpleegkundige context: specifieke gezondheidstoestand	67
11	Wijzigingen voor het onderdeel zorgplan	68
11.1	Hoe toegroeien naar eenduidige vaktaal voor het zorgplan?	68
11.2	Scenario 1: Niets doen	69
11.3	Scenario 2: Een mapping maken tussen classificaties	69
11.4	Scenario 3: Een eenduidig zorgplan ontwikkelen en beheren	70
11.4.1	Doel van het project	70
11.4.2	Uitgangspunten	70
11.4.3	Eenduidige patiëntproblemen	71
11.4.4	Eenduidige interventies	71
11.4.5	Eenduidige zorguitkomsten	72
11.4.6	Beheer van de Kernsets	73
11.5	Een eenduidig zorgplan in relatie tot het klinisch redeneerproces	73
11.6	Het beproeven en implementeren van een eenduidig zorgplan	73
12	De release van de informatiestandaard eOverdracht	74
12.1	Het releaseproces	74
12.1.1	Informatiestandaard eOverdracht versie 4.0	74
12.1.2	Afspraken op vijf niveaus (via het vijflagenmodel)	74
12.2	Het besluitvormingsproces of de governance	75
13	Informatiestandaard eOverdracht = landelijke standaard	77
13.1	eOverdracht opgenomen in de basisinfrastructuur	77
13.2	eOverdracht geprioriteerd domein: gegevensuitwisseling wordt verplicht	78
14	De koers van V&VN voor de komende jaren	79
15	Referenties	81
16	Bijlagen	85
16.1	Bijlage 1: Begrippenlijst en begrippen toegelicht	85
16.2	Bijlage 2: Uitwerking Mesh-termen en zoekstring	88
16.3	Bijlage 3: Classificaties en terminologieën	92
16.4	Bijlage 4: Tabellen overdrachten	96

Deel I

Aanleiding en opzet meerjarenprogramma eOverdracht

In deel I van dit verantwoordingsrapport wordt ingegaan op de aanleiding en het belang om te komen tot eenduidige gegevens in het elektronisch zorgdossier. In dit deel worden verschillende begrippen toegelicht, maar in bijlage 1 is eveneens een begrippenkader toegevoegd.

Verder wordt een toelichting gegeven op het meerjarenplan en de uitgangspunten en theoretisch model dat ten grondslag ligt aan de ontwikkeling van de informatiestandaard.

1

Algemene inleiding

Voor iedere burger is het bijna vanzelfsprekend dat gegevens elektronisch uitwisselbaar zijn. Met een aantal eenvoudige handelingen kun je direct geld van de ene naar de andere bankrekening overboeken ongeacht bij welke bank je bent. Bedenk hoe makkelijk het is om je gegevens over te zetten als je een nieuwe mobiele telefoon hebt gekocht of een foto via Whatsapp uitwisselt met vrienden. Als je een vakantie wilt boeken zie je direct welk hotel beschikbaar is.

Gegevensuitwisseling vereist dat gegevens eenduidig zijn. Dat wil zeggen dat gegevens niet voor meerdere interpretaties vatbaar zijn. Het geldbedrag op je bankrekening is voor iedereen duidelijk. Dit geldt ook voor een foto of je contactgegevens, die van je oude naar nieuwe mobiel worden overgenomen. Gegevensuitwisseling kan omdat gebruik wordt gemaakt van dezelfde brongegevens. Brongegevens die op een eenduidige manier zijn vastgelegd kunnen worden hergebruikt.

Met *de bron* wordt - in dit verband - bedoeld dat een gegeven op een eenduidige manier op de juiste plek wordt vastgelegd, zodat dit gegeven kan worden gebruikt om onderling, met de patiënt¹ of met andere zorgprofessionals uit te wisselen of voor secundair gebruik [1].

Een gegeven houdt een weergegeven begrip of concept in die geschikt is voor de overdracht, interpretatie of verwerking door een persoon of apparaat [1].

In de zorg is elektronische gegevensuitwisseling beperkt mogelijk. Gegevens tussen zorgorganisaties zijn vaak niet elektronisch uitwisselbaar. Als een patiënt is opgenomen bij een zorgorganisatie dan kunnen de bijbehorende gegevens - behalve op papier of via e-mail - niet uitgewisseld worden met een andere zorgorganisatie. Een verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende² die de zorg overneemt moet daardoor gegevens uit de verpleegkundige overdracht overtypen of kopiëren/plakken in het zorgdossier van de eigen zorgorganisatie. Dat komt omdat de gegevens niet op dezelfde manier worden vastgelegd in verschillende elektronische zorgdossiers (ook wel EPD of ECD genoemd). Onder een *elektronisch zorgdossier* wordt de verzameling van alle elektronisch vastgelegde persoonlijke gegevens van een patiënt bij een zorgorganisatie [1]. Er is een grote diversiteit aan gegevens die voortkomen uit verschillende kwaliteitseisen, wet- en regelgeving en verschillen tussen registratiesystemen.

Het is belangrijk dat de beroepsgroep gegevens kan delen en (her)gebruiken. Dat kan alleen als deze gegevens voor de ene verpleegkundige of patiënt dezelfde betekenis heeft als voor de andere. Dit wordt *eenheid in of eenduidige vaktaal* genoemd [1].

Daarnaast is *eenheid in techniek* ook van belang, wat inhoudt dat aan het elektronisch zorgdossier dezelfde eisen wordt gesteld, zodat uitwisseling tussen systemen mogelijk wordt [1].

Eenduidige vaktaal en eenheid in techniek dragen bij aan het eenduidig vastleggen van gegevens in het zorgdossier: gegevens zijn niet alleen voor één uitleg vatbaar, ook computers kunnen uitwisselen omdat dezelfde codering en structuren worden gebruikt.

1 De term patiënt is een overkoepelende term voor cliënt, zorgvrager of bewoner.

2 In dit rapport wordt de term beroepsgroep of de term verpleegkundige gebruikt als overkoepelende term voor verpleegkundig specialist, (wijk, regie)verpleegkundige of verzorgende (IG).

1.1 Eenduidige gegevens via de verpleegkundige overdracht

Het ombuigen van een diversiteit naar eenduidige gegevens in het zorgdossier betekent dat verpleegkundigen onderling (op beroepsgroep-niveau) afspraken moeten maken over welke gegevens relevant zijn voor het verpleegkundig verslagleggingsproces. Welke termen worden gebruikt, zijn deze synoniem en vergelijkbaar? Hoe en waar worden deze vastgelegd tijdens het verpleegkundig proces (de anamnese, het zorgplan en de overdracht). Het is belangrijk dat de beroepsgroep hierover tot consensus komt. Uit een verkennende analyse van Nictiz [2] blijkt namelijk dat verpleegkundigen dagelijks beperkingen ervaren in het kunnen uitwisselen en hergebruiken van gegevens in hun dagelijkse praktijk. Verpleegkundigen profiteren nog onvoldoende van de voordelen van elektronische verslaglegging.

Daarom heeft V&VN gekozen om een concreet onderdeel op te pakken waar veel van de eerdergenoemde knelpunten samenkomen, namelijk de verpleegkundige overdracht. Via de verpleegkundige overdracht worden gegevens namelijk elektronisch uitgewisseld tussen verschillende elektronisch zorgdossiers. Via de verpleegkundige overdracht zullen verpleegkundigen afspraken moeten maken over welke gegevens relevant zijn om over te dragen. Via deze afspraken wordt *elektronische gegevensuitwisseling en hergebruik* namelijk mogelijk gemaakt.

De keuze om via de verpleegkundige overdracht te komen tot eenduidige verslaglegging, sluit eveneens aan bij de aanbeveling van de World Health Organization (WHO), de Joint Commission (JC) en Joint Commission International (JCI). Deze internationale organisatie bevelen al tientallen jaren aan om de overdracht tussen professionals te standaardiseren en te uniformeren [3]. Ook via de Europese Unie zijn programma's opgezet die onderzoek en innovatie stimuleren in relatie tot elektronische gegevensuitwisseling (cross-borders) [17].



Elektronische gegevensuitwisseling via de verpleegkundige overdracht: wat betekent dit?

Elektronische gegevensuitwisseling betekent dat gegevens worden uitgewisseld zonder informatieverlies en extra administratieve lasten.

Als een verpleegkundige – ongeacht waar zij werkzaam is – een verpleegkundige overdracht aanmaakt, worden de gegevens automatisch uit het systeem op de juiste plek in de verpleegkundige overdracht geplaatst. Zonder dat de verpleegkundige de gegevens hoeft over te typen.

De verpleegkundige die de zorg overneemt – ongeacht waar zij werkzaam is – kan de gegevens uit de verpleegkundige overdracht hergebruiken. Deze gegevens komen dan

automatisch op de juiste plek in het zorgdossier van de patiënt te staan.

Elektronische gegevensuitwisseling: dit houdt in dat eenduidige gegevens op de juiste plek in het zorgdossier in de hele zorgketen van de patiënt beschikbaar zijn. Eenduidige vaktaal en eenduidige techniek is randvoorwaardelijk. Daarom wordt toegewerkt naar een gestandaardiseerde verpleegkundige overdracht, omdat verpleegkundigen uit diverse zorgsectoren of zorgsettings met elkaar moeten vaststellen welke gegevens relevant zijn en hoe deze moeten worden uitgewisseld, zodat hergebruik mogelijk wordt.

De impact van het werken met eenduidige gegevens op de verpleegkundige overdracht (en daarmee ook de kwaliteit van de verslaglegging) is naar verwachting fors. In de Verenigde Staten is een schatting gemaakt naar het aantal overdrachten: het aantal wordt geschat op meer dan 300 miljoen overdrachten in de zorg per jaar. In Engeland komen naar schatting meer dan 100 miljoen overdrachten per jaar voor en in Australië is dit aantal geschat op meer dan 40 miljoen jaar [5].

In Nederland zijn geen exacte aantallen bekend van het totaal aantal overdrachten in de zorg per jaar (zoals het aantal medische en verpleegkundige overdrachten). Het aantal verpleegkundige overdrachten wordt geraamd op 460.000 per jaar [6].

Hoewel deze aantallen geschat worden, zal het verbeteren van de verpleegkundige overdracht een grote impact kunnen hebben op het verminderen van de registratielast en informatieverlies.

Daarnaast zal de impact ook zichtbaar kunnen zijn op de mogelijk risico's van misinterpretaties en fouten of incidenten. Williams *et al* [7] hebben de meest voorkomende oorzaken van incidenten bij de overplaatsing van een patiënt naar huis onderzocht. Van de 598 incidenten zijn respectievelijk 151 incidenten (25%) en 136 incidenten (23%) gerelateerd aan een onduidelijke communicatie en onvolledige niet actuele schriftelijke overdracht [7]. In de studie van Tran & Johnson (2010) kwamen vergelijkbare bevindingen naar voren: van de 241 gemelde incidenten in een Australisch ziekenhuis was 22% gerelateerd aan onduidelijke communicatie [8].

1.2 V&VN meerjarenprogramma

Om elektronische gegevensuitwisseling via de verpleegkundige overdracht te realiseren is binnen V&VN een meerjarenprogramma opgezet, die de volgende opdracht kreeg:

Ontwikkel een informatiestandaard voor de verpleegkundige overdracht die:

- Relevante gegevens bevat voor elektronische uitwisseling tussen zorgsectoren waar verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland werkzaam zijn.
- Bruikbaar en toepasbaar is in de verpleegkundige praktijk
- Van toepassing is op het verpleegkundig zorgproces.
- Gegevens bevat die herbruikbaar zijn voor secundaire doeleinden.

i

Aanvullende informatie

Een overdracht is gestandaardiseerd als gebruik wordt gemaakt van vaste velden met eenduidig gecodeerde gegevens. Deze gegevens zijn in dit geval met behulp van dezelfde standaard-codes gecodeerd. De gegevens kunnen gedurende het hele zorgproces (her) gebruikt worden. Dit vergemakkelijkt het zoeken en filteren van gegevens in het zorgdossier (voor secundaire doeleinden). Maar een ander groot voordeel is dat de gegevens ook uitgewisseld kunnen worden: de gegevens worden niet alleen automatisch in de verpleeg-

kundige overdracht ingelezen; als een patiënt is overgeplaatst, dan worden de gegevens op de juiste plek in het (ontvangende) zorgdossier van de patiënt. Overtypen of kopiëren/plakken is niet meer nodig. Om een standaard voor de verpleegkundige overdracht te ontwikkelen zijn landelijke afspraken, welke zijn vastgelegd in een informatiestandaard.

Meer algemene informatie over een informatiestandaard:

Wat is de kracht van een informatiestandaard?

Het V&VN meerjarenprogramma eOverdracht is uitgevoerd in de periode van 2010 tot en met 2018. Er zijn in deze periode verschillende actielijnen uitgezet, die uiteindelijk hebben geleid tot een zorgbrede vaststelling van een verpleegkundige informatiestandaard: de eOverdracht. Daarnaast zijn ook uitgangspunten, de scope en een theoretisch model vastgesteld, die leidend zijn geweest voor het meerjarenprogramma.

1.3 Uitgangspunten en scope

- De doelgroep, degenen die de verpleegkundige overdracht gebruiken, zijn verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen & verzorgenden, die werkzaam zijn in verschillende zorgsectoren: verpleeghuis, thuiszorg, ziekenhuis, revalidatie, verstandelijk gehandicaptenzorg, lichamelijk gehandicaptenzorg of geestelijke gezondheidszorg. Patiënten ‘bewegen’ door deze sectoren en settings. Er worden dan ook veel gegevens uitgewisseld tussen verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen & verzorgenden. Dit wordt ook wel cross-sectorale gegevensuitwisseling genoemd.
- De verpleegkundige overdracht moet gegevens bevatten die relevant zijn voor de dagelijkse praktijk, zodat de zorg gecontinueerd kan worden ongeacht waar de patiënt naartoe wordt overgeplaatst.
- Een uitgangspunt is dat de beroepsgroep in Nederland gegevens kan uitwisselen zonder informatieverlies en administratieve last te ervaren.
- Een uitgangspunt is het principe van registratie aan bron. De eenduidige gegevens worden eenmalig vastgelegd, zodat deze voor meerdere doeleinden gebruikt kunnen worden. Met registratie wordt bedoeld: het vastleggen, noteren, documenteren of verslagleggen van gegevens in het zorgdossier [1].
- De verpleegkundige overdracht heeft betrekking op de zorg van patiënten die worden overgeplaatst. Het is belangrijk dat patiënten bij de verpleegkundige overdracht betrokken worden.

In de volgende paragraaf wordt een toelichting gegeven op het theoretisch model dat ten grondslag ligt aan de ontwikkeling van de informatiestandaard.

1.4 Theoretisch model: het vijflagenmodel

Professionals werken samen, communiceren onderling en wisselen gegevens uit, zodat veilige zorg gecontinueerd kan worden zonder informatieverlies of zonder extra administratieve lasten. Dit betekent dat gegevensuitwisseling tussen verschillende elektronische zorgdossiers mogelijk moet zijn (systeemtechnisch gezien). De mogelijkheid van professionals en systemen om informatie uit te wisselen wordt ook wel interoperabiliteit genoemd (Interoperabiliteit - Nictiz). Om tot interoperabiliteit te komen, zijn afspraken nodig op vijf niveaus: op organisatie-, proces-, informatie-, applicatie- en infrastructuurniveau.

De vijf niveaus vormen de basis van het interoperabiliteitsmodel – ofwel het vijflagenmodel. Dit model is tevens het fundament om afspraken over gegevensuitwisseling en hergebruik te maken voor de verpleegkundige beroepsgroep – zie figuur 1.



Figuur 1: Het vijflagenmodel (ook wel het interoperabiliteitsmodel genoemd)

De vijf lagen of niveaus worden als volgt geduid:

1. Organisatieniveau: dit niveau richt zich op de manier waarop verschillende zorgorganisaties samenwerken om informatie uit te wisselen en te (her)gebruiken. Hoe wordt het beleid op elkaar afgestemd, welke regels en procedures moeten gevolgd worden, wat zijn de bevoegdheden en verantwoordelijkheden? Deze afspraken worden gemaakt op bestuurlijk niveau.
2. Op procesniveau wordt afspraken gemaakt over de overdrachtsmomenten, zoals bijvoorbeeld geplande of ongeplande overdrachten, wie doet wat wanneer. Maar ook over de manier waarop de gegevens worden verwerkt. Deze afspraken worden gemaakt met professionals.
3. Het informatieniveau richt zich op afspraken over de manier waarop gegevens worden vastgelegd en gedeeld tussen verpleegkundigen die werkzaam zijn in verschillende zorgsectoren. Welke termen en definities worden gebruikt, welke gegevens zijn verplicht of juist niet? Deze afspraken worden gemaakt met professionals en informatici.

i

Extra informatie

Binnen dit niveau wordt ook wel gesproken over semantische interoperabiliteit: de mate waarin computerapplicaties, systemen en databases in staat zijn om informatie uit te wisselen en te begrijpen op een manier die betekenis heeft voor gebruikers (lees de beroepsgroep).

Semantische interoperabiliteit is gericht op het begrijpen van de betekenis van de gege-

vens die worden uitgewisseld, in plaats van alleen op het technische aspect van de gegevensuitwisseling. Semantische interoperabiliteit is belangrijk omdat het ervoor zorgt dat gegevens op een efficiënte en effectieve manier kunnen worden gebruikt en begrepen door verschillende gebruikers én systemen [9].

4. Op applicatieniveau wordt gekeken naar de manier waarop gegevens in het systeem worden gebruikt, zodat dat gegevens op een begrijpelijke en gebruiksvriendelijke manier kunnen worden gebruikt door gebruikers. Deze afspraken worden gemaakt door informatici, applicatiebeheerders, gebruikersgroepen en ICT-leveranciers.
5. Op IT-infrastructuurniveau wordt gekeken hoe systemen aan elkaar gekoppeld kunnen worden en welke mechanismen nodig zijn zodat uitwisseling mogelijk wordt. Denk hierbij aan een uniek persoonsnummer, zodat patiënten niet verwisseld worden; of een landelijk generiek adresboek, zodat gegevens door heel Nederland uitgewisseld kunnen worden. Deze afspraken worden gemaakt door ICT-professionals.

Zorgorganisaties, IT-leveranciers en professionals hebben relatief onafhankelijk van elkaar of vanuit een bepaalde insteek keuzes gemaakt om gegevens vast te leggen en uit te wisselen. Deze keuzes leiden niet tot de gewenste gegevensuitwisseling en hergebruik: interoperabiliteit is niet nog niet mogelijk. Een informatiestandaard zorgt ervoor dat afspraken op de vijf niveaus gemaakt worden, zodat interoperabiliteit wel mogelijk wordt.

In dit verantwoordingsrapport wordt ingezoomd op de afspraken die nodig zijn op informatieniveau. Om gegevens uit te kunnen wisselen zullen verpleegkundigen – ongeacht waar en in welke zorgsector zij werkzaam zijn – gegevens (informatie) op een eenduidige manier moeten vastleggen, zodat uitwisseling en hergebruik van relevante gegevens in en tussen verschillende zorgsettings en zorgsectoren mogelijk wordt.

Onder eenduidig wordt verstaan dat gegevens die nodig zijn voor het verpleegkundig proces voor de ene verpleegkundige dezelfde betekenis of bedoeling heeft als voor de andere verpleegkundige. Dit betekent dat de gegevens die worden gebruikt slechts voor één uitleg vatbaar zijn [\[10\]](#). Dit vereist het gebruik van een eenduidig vaktaal, maar ook consensus krijgen over (de onderdelen van) het verpleegkundig proces en inhoud van het verpleegkundig zorgplan en welke gegevens relevant zijn om uit te wisselen. Er is dan ook een transitie nodig waarbij toegewerkt wordt naar semantische interoperabiliteit.

Deel II

Kennis en inzicht krijgen in de verpleegkundige overdracht

In Deel II van het verantwoordingsrapport wordt ingegaan op de verpleegkundige verslaglegging, waaronder het belang van gegevens, de factoren en gevolgen van het ontbreken van eenduidige verslaglegging. Administratieve lasten en informatieverlies zijn zichtbaar als een patiënt wordt overgeplaatst naar een andere zorgorganisatie.

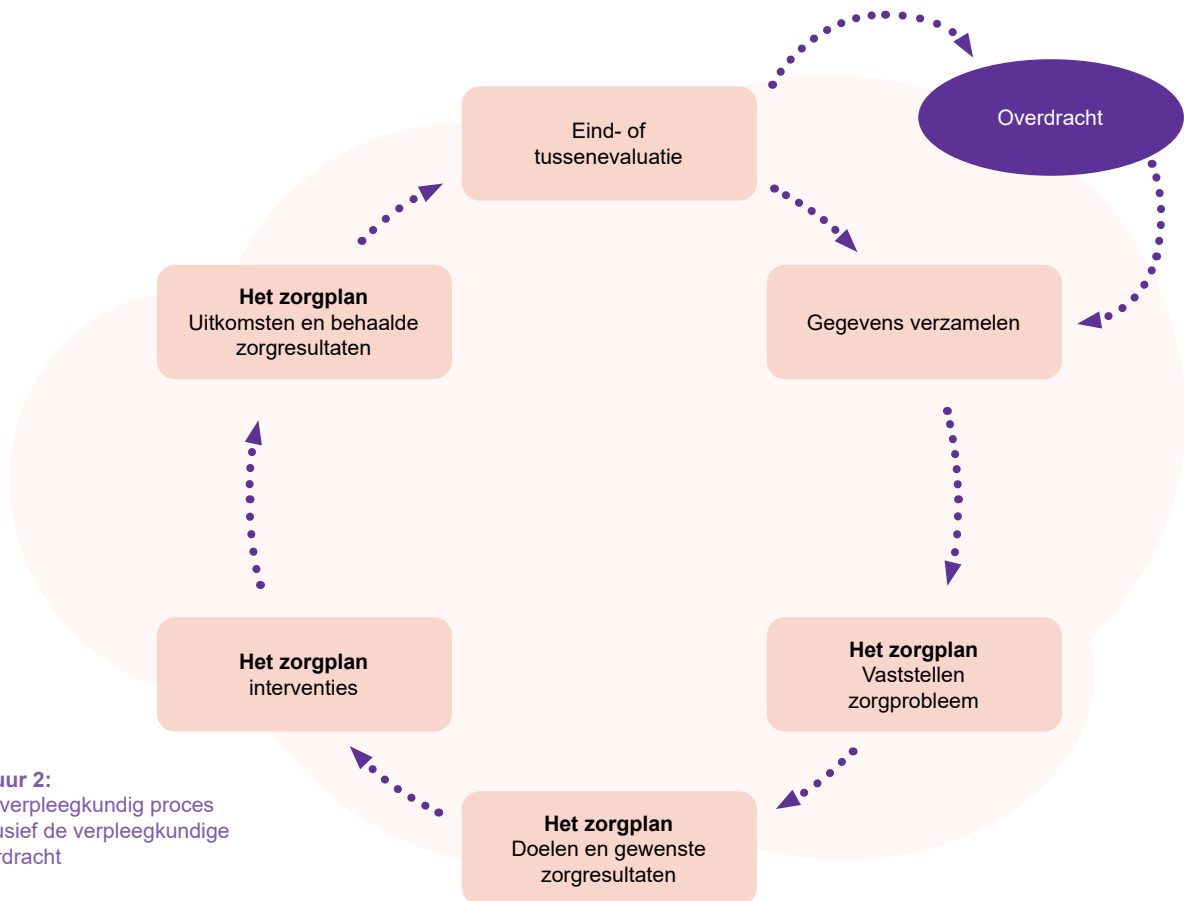
Het is belangrijk om meer kennis en inzicht te krijgen in de verpleegkundige overdracht. Daarom is een literatuurstudie en een analyse naar de Nederlandse verpleegkundige overdrachten uitgevoerd. Beide onderzoeken worden toegelicht, evenals de synthese (het samenvoegen van de bevindingen uit beide onderzoeken).

2

Verpleegkundige verslaglegging

Patiënten kunnen kortdurend of langdurend zorg nodig hebben. Zij komen vanwege hun beperking, aandoening of ziekte in aanraking met verschillende zorgorganisaties³. Binnen deze zorgorganisaties zijn zorgprofessionals werkzaam, waaronder de beroepsgroep⁴.

Als een patiënt wordt opgenomen, dan neemt een verpleegkundige een anamnese af om gegevens over de patiënt te verzamelen. Ook kunnen allerlei metingen worden uitgevoerd, zoals gewicht of bloeddruk. Er wordt in afstemming met de patiënt een zorgplan vastgesteld waarin verpleegkundige diagnoses, interventies en uitkomsten van zorg beschreven zijn. Het zorgplan kan zo nodig worden bijgesteld op basis van de behaalde zorgresultaten. Als een patiënt wordt overgeplaatst naar een andere zorgorganisatie, dan maakt de verpleegkundige een verpleegkundige overdracht aan. Dit wordt ook wel het verpleegkundig proces genoemd – zie [figuur 2](#). Het *verpleegkundig proces* is de aanpak die alle verpleegkundigen toepassen in hun dagelijkse praktijk.



Figuur 2:
Het verpleegkundig proces
inclusief de verpleegkundige
overdracht

Het documenteren van gegevens in het elektronisch zorgdossier is nodig zodat een actueel overzicht van de zorg en de gemaakte afspraken beschikbaar zijn voor de patiënt en de verpleegkundige. Het doel is immers dat veilige en continuïteit van zorg wordt gewaarborgd. Het is belangrijk dat de patiënt en verpleegkundige weten welke afspraken gemaakt zijn, welke zorg ingezet is en wat de status of voortgang is. De verpleegkundige die de zorg overneemt moet de zorg kunnen voortzetten die is afgestemd met de patiënt.

³ Zoals een ziekenhuis, verpleeghuis, geestelijke gezondheidszorg, ambulancezorg, gehandicaptenzorg, revalidatiecentrum of zorg thuis

⁴ De term beroepsgroep of verpleegkundige is een overkoepelende term voor verpleegkundig specialist, (wijk, regie)verpleegkundige of verzorgende (IG).

2.1 Het primair en secundair belang van gegevens

Tijdens het verpleegkundig proces verzamelen en documenteren verpleegkundigen allerlei gegevens die nodig zijn voor de zorg van een patiënt. Denk hierbij aan gegevens die via de anamnese en metingen worden verzameld. Maar ook de gegevens over het zorgplan en de genomen besluiten: de patiëntproblemen, interventies en zorgresultaten. Deze gegevens en de genomen besluiten worden vastgelegd in het elektronisch zorgdossier; ook wel de *verpleegkundige verslaglegging* genoemd [11]. De verpleegkundige verslaglegging is het administratieve proces waarbij de beroepsgroep patiëntgegevens over de verpleegkundige zorg documenteren in het zorgdossier.

Er wordt een groot belang toegekend aan de gegevens die genoteerd worden in het elektronisch zorgdossier.

In de eerste plaats vanwege het primaire verpleegkundig zorgproces, waarbinnen verpleegkundigen samen met de patiënt een zorgplan opstellen, de status en voortgang ervan monitoren en bijhouden in het zorgdossier. Als een patiënt wordt overgeplaatst worden deze gegevens uitgewisseld. Deze gegevensuitwisseling gebeurt middels de verpleegkundige overdracht, zodat de verpleegkundige die de zorg overneemt de zorg kan continueren en weet welke afspraken gemaakt zijn met de patiënt. Zowel voor de verpleegkundige als voor de patiënt is het belangrijk dat de kwaliteit van gegevens die genoteerd worden in het elektronisch zorgdossier op orde is. Dit houdt in dat beiden – de verpleegkundige en patiënt – moeten begrijpen wat er precies wordt bedoeld en dat hetgeen wat afgesproken is op een juiste manier wordt weergegeven. Dit is relevant omdat patiënten te maken kunnen hebben met meerdere zorgorganisaties in verschillende zorgsectoren waar allerlei professionals werkzaam zijn. Zorg wordt steeds meer gezien als netwerkzorg over de muren van de zorgsectoren. Gegevens in het elektronisch zorgdossier moeten dan ook volledig, consistent en up-to-date zijn, zodat de zorg gecontinueerd kan worden, ook buiten de muren van de eigen zorgorganisatie, en zonder informatieverlies.

In de tweede plaats worden de gegevens ook voor secundaire doeleinden gebruikt zoals kwaliteitsregistraties. Een kwaliteitsregistratie is een registratie van gegevens over een patiëntenpopulatie die is opgezet om de kwaliteit van zorg te monitoren en te verbeteren of om te verantwoorden [12]. De bron van deze registraties zijn de gegevens die over de patiëntenzorg worden vastgelegd in het elektronisch zorgdossier. Onderzoekers of beleidsmakers verzamelen en gebruiken deze gegevens om analyses te verrichten. Als de kwaliteit van de gegevens gebrekkig of onder de maat is, dan is de kans groot dat ook de kwaliteit van analyses niet betrouwbaar zijn.

2.2 Geen eenduidige verpleegkundige gegevens: de factoren

In verschillende studies wordt geconstateerd dat de gegevens in het elektronisch zorgdossier niet eenduidig ofwel divers zijn [13–15]. Dit betekent dat gegevens tussen de verschillende elektronische zorgdossiers niet dezelfde termen en definities hebben en dus verschillend geïnterpreteerd kunnen worden. De volgende factoren zijn van invloed op het ontstaan van deze diversiteit.

Verschillende afspraken, regels, protocollen en procedures lokaal, regionaal en landelijk.

✓ Gebrek aan samenwerkingsafspraken

Er zijn afspraken, regels, procedures of protocollen (handleidingen) nodig om gegevensuitwisseling te realiseren. Hoe wordt het beleid op elkaar afgestemd, wat zijn de bevoegdheden en verantwoordelijkheden? Dit geldt zowel op organisatie- als op landelijk niveau.

Op organisatieniveau kunnen afspraken (of regels, procedures, protocollen) gericht zijn op wie wat doet als een patiënt overgeplaatst wordt: wie neemt het besluit over de ontslagdatum, over welke vervolgzorg nodig is, wie geïnformeerd moet worden, waar de patiënt naartoe wordt overgeplaatst, enz.

Op landelijk niveau kunnen afspraken (of procedures) gericht zijn op het vaststellen van een gegevensset die relevant is voor de verpleegkundige gegevensuitwisseling. Van oudsher hebben de IT-leveranciers en de gebruikersgroepen het beheer over de gegevens van het elektronisch zorgdossier die zij gebruiken. Er zijn in de verpleging en verzorging diverse IT-leveranciers die (de software van) een elektronisch zorgdossier ontwikkelen en onderhouden. Een IT-leverancier wil de tevredenheid van zijn gebruikers vergroten en de registratiemogelijkheden van (bron-)gegevens verrijken. Dit is een goede zaak, want het is belangrijk om de verpleegkundigen te betrekken bij de ontwikkeling van het elektronisch zorgdossier waarmee zij werken.

Tegelijkertijd is dit ook een zorgpunt, want IT-leveranciers en hun verpleegkundige gebruikers kijken vanuit hun eigen (lokale) perspectief en belang naar het elektronisch zorgdossier. Dat is ook logisch, want er waren geen landelijke (beroeps)standaarden vastgesteld over welke verpleegkundige gegevens relevant zijn voor het zorgproces en hoe deze moeten worden genoteerd in het zorgdossier. Hierdoor is het niet altijd duidelijk wie waar verantwoordelijk voor is. Met andere woorden: er is een gebrek aan formalisatie over welke gegevens relevant zijn en hoe deze moeten worden vastgelegd. Afspraken hierover vindt versnipperd en per leverancier verschillend plaats, wat ook gevolgen heeft voor de gegevensuitwisseling.

Om gegevensuitwisseling mogelijk te maken, moet duidelijk zijn wie wat doet, welke taken en verantwoordelijkheden er zijn en hoe de besluitvorming is vormgegeven.

✓ Geen duidelijke afspraken op zorgprocesniveau

Een andere factor is dat zorgprocessen tussen de versturende en ontvangende zorgorganisatie onvoldoende op elkaar zijn afgestemd [16]. Op zorgprocesniveau zijn bijvoorbeeld in de zorgketen niet altijd afspraken gemaakt over gegevensuitwisseling; een wijkverpleegkundige heeft bijvoorbeeld bepaalde informatie nodig om de zorg te kunnen continueren als een patiënt wordt overgeplaatst van het ziekenhuis. Een ziekenhuisverpleegkundige wil weten of de patiënt kan worden overgeplaatst naar het verpleeghuis. Verpleegkundigen zijn niet altijd goed op de hoogte van de informatiebehoeften die collega's in andere zorgsectoren hebben. In een onderzoek van Adler-Milstein et al (2021) naar de overdracht van ziekenhuizen naar verpleeghuizen (in de Verenigde Staten) kwam naar voren dat de informatie in de overdracht niet actueel bevonden wordt, gegevens ontbreken en dat de overdracht niet op tijd komt [17]. Verpleegkundigen moeten nabellen of extra navraag doen bij de patiënt of zijn/haar familie [13,15]. Als gegevensuitwisseling wordt nagestreefd dan zijn afspraken op procesniveau nodig.

Niet goed op de hoogte zijn van informatiebehoeften in de zorgketen: hoe verlopen de zorgprocessen, wie zijn er betrokken.

Verschillende (vak)talen: verpleegkundigen moeten interpretaties maken, geen beroepsconsensus over de concepten en uitwerking van het verpleegkundig vakgebied (cross-sectoraal).

✓ **Verskil in taalgebruik**

Verder wordt het verschil in taalgebruik een belangrijk factor genoemd: er worden geen eenduidige talen gebruikt in de zorgketen [18][3]. Verpleegkundigen in de thuiszorg werken bijvoorbeeld met Omaha System ordening en taal (termen), met een NNN-ordening en -taal of combinaties ervan. Verpleegkundigen van de ziekenhuizen maken in het merendeel gebruik van Carpenito-taal en/of in combinatie met systeem-eigen talen. In de geestelijke gezondheidszorg wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van systeem-eigen talen of soms ook de ICF-taal. Er zijn keuzes gemaakt vanuit een bepaalde organisatie- of zorgsector-perspectief. Deze vorm van documentatie wordt ook wel systeem- of sectorgeoriënteerde verslaglegging genoemd [19]. Om gegevensuitwisseling te realiseren is eenduidige vaktaal door de zorgketen (cross-sectoraal) cruciaal.

Het verschil in taalgebruik heeft bovendien ook gevolgen voor het (kennis)domein van het verpleegkundig vak(gebied). Verpleegkundigen moeten interpretaties maken, wat het risico op fouten vergroot. Verder is het lastig om de gegevens over verpleegkundige zorg tussen zorgorganisaties of tussen zorgsectoren onderling te vergelijken, waardoor de effectiviteit van het handelen niet goed zichtbaar wordt. Of zoals Clark & Lang [20] (1992; p.109) het hebben verwoord:

"If we cannot name it, we cannot control it, practice it, teach it, finance it, or put it into public policy".

Gegevens kunnen op meerdere plekken in het zorgdossier genoteerd worden: gegevens zijn onvindbaar en dubbele registraties.

✓ **(Dezelfde) gegevens kunnen op meerdere plekken in het zorgdossier genoteerd worden**

De documentatie in het zorgdossier wordt niet door elke verpleegkundige op een uniforme manier uitgevoerd. Dat komt omdat gegevens die nodig zijn herhaaldelijk en op verschillende plekken in het elektronisch zorgdossier kunnen worden vastgelegd [19]. Dit is een knelpunt, omdat helder moet zijn welke gegevens uit de bron in aanmerking komen voor uitwisseling. Als dezelfde gegevens op verschillende plekken in de bron worden genoteerd, dan bestaat de kans dat de gegevens die geselecteerd worden niet actueel of de juiste zijn.

Geen eenduidige afspraken over de 'infrastructuur': gegevens kunnen niet worden ontvangen en verwerkt op de juiste plek in het zorgdossier.

✓ **Geen eenduidige afspraken over de 'infrastructuur'**

Gegevens worden elektronisch getransporteerd om van zorgorganisatie A naar zorgorganisatie B te komen; dit wordt ook wel een infrastructuur genoemd. Het is een verzamelaar voor de route waarlangs gegevens worden uitgewisseld tussen onder andere het elektronische zorgdossier, apps en andere IT-systemen. Het gaat om talloze uitwisselingen. Denk aan twee zorgaanbieders die gegevens met elkaar willen uitwisselen over de verpleegkundige overdracht of de medicatie-overdracht of wellicht beelden (foto's) willen uitwisselen. Een patiënt kan meerdere (lokale) zorgaanbieders in dezelfde regio hebben, maar kan ook met zorgaanbieders in andere regio's in aanraking komen. Elke vorm van overdracht kan regels en voorwaarden hebben.

Er zijn op landelijk niveau niet altijd eenduidige afspraken gemaakt over de infrastructuur. Denk hierbij aan het adresboek: er zijn lokale, regionale en ook landelijke adresboeken. Deze adresboeken zijn niet goed op elkaar aangesloten, waardoor het lastig is om gegevens uit te wisselen (een adres kan bijvoorbeeld niet gevonden worden).

Gevolgen:
gegevens zijn niet
uitwisselbaar in het
primaire zorgproces
en niet bruikbaar
voor hergebruik
voor secundaire
doeleinden.

2.3 Geen eenduidige verpleegkundige gegevens: de gevolgen

Uit bovenstaande uiteenzetting blijkt dat verschillende factoren van invloed zijn op het ontstaan van een diversiteit aan gegevens in de verschillende elektronisch zorgdossiers. In deze paragraaf wordt ingezoomd op de gevolgen van deze diversiteit:

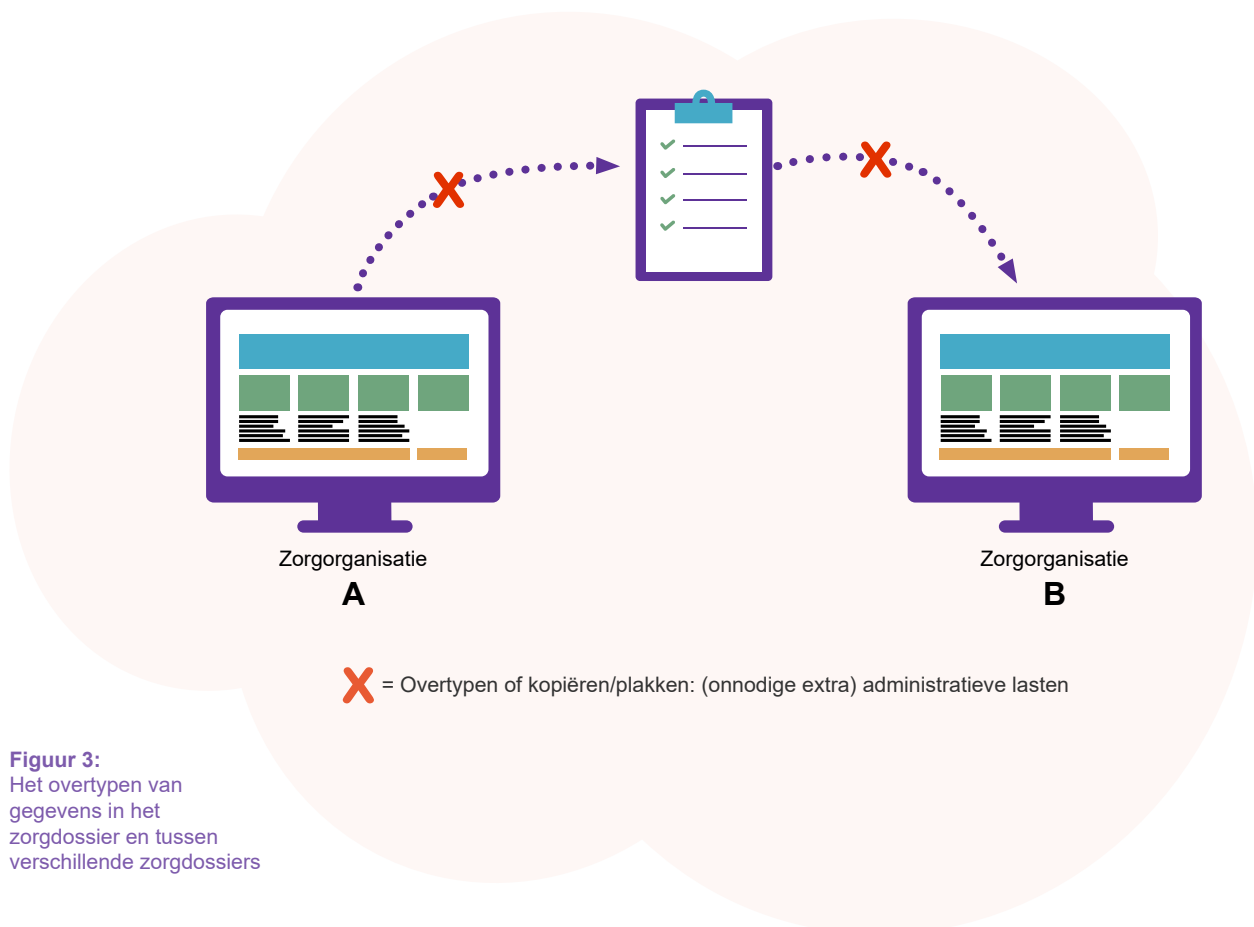
- Gegevens zijn niet uitwisselbaar in de zorgketen
- Gegevens zijn niet bruikbaar voor secundair gebruik, zoals onderzoeks-, kwaliteits- of verantwoordingsdoeleinden:

Dit wordt zichtbaar doordat (onnodige extra) administratieve lasten moeten worden uitgevoerd en informatieverlies optreedt.

2.3.1 Geen gegevensuitwisseling of hergebruik: administratieve lasten

Door de diversiteit van gegevens in de verschillende zorgdossiers ontstaan (onnodige extra) administratieve lasten.

- Als een verpleegkundige uit bijvoorbeeld zorgorganisatie A een overdracht aanmaakt, dan worden deze gegevens niet altijd automatisch uit de bron in de overdracht geplaatst. De verpleegkundige moet deze gegevens veelal opnieuw noteren in de overdracht, wat als een tijdrovend en inefficiënt proces wordt gezien – zie [figuur 3](#) waarin dit is gevisualiseerd [21].



Figuur 3:
Het overtypen van
gegevens in het
zorgdossier en tussen
verschillende zorgdossiers

Administratieve lasten worden ook zichtbaar als de gegevens uit de (ontvangen) overdracht moeten worden ingevoerd in het elektronisch zorgdossier van de ontvangende partij. Deze gegevens worden niet automatisch ingelezen en kunnen dus niet worden hergebruikt [13]. De verpleegkundige uit bijvoorbeeld zorgorganisatie B moet deze gegevens opnieuw invoeren of kopiëren & plakken. Er wordt veelal een interpretatie gemaakt om deze gegevens om te zetten naar de taal die gebruikt wordt in het zorgdossier. Dit betekent overigens ook dat de onderdelen van het verpleegkundig zorgproces in het elektronisch zorgdossier van de patiëntgegevens niet automatisch op elkaar aansluiten.

2.3.2 Geen gegevensuitwisseling of hergebruik: informatieverlies

De diversiteit van gegevens leidt tot informatieverlies bij de verpleegkundige overdracht. Uit een project van de Joint Commission Center for Transforming Healthcare⁵ (in de Verenigde Staten) - gestart in 2012 - worden de knelpunten met betrekking tot de overdracht structureel uitgevraagd. De deelnemende zorgorganisaties geven aan dat informatie uit de overdracht inaccuraat, incompleet is, of dat er geen overdracht meekomt en de timing niet efficiënt is (overdracht komt te laat) [22].

Informatieverlies wordt ook zichtbaar bij ophalen van gegevens voor secundaire doeleinden, zoals kwaliteits- of verantwoordingsdoeleinden. Het is voor patiënten, verpleegkundigen, maar ook voor zorgorganisaties, verzekeraars en toezichthouders van groot belang dat betrouwbare gegevens over verpleegkundige zorg beschikbaar zijn. Gegevens over verpleegkundige zorg worden uitgevraagd bij zorgorganisaties, zodat de kwaliteit van de geleverde verpleegkundige zorg geëvalueerd kan worden. Niet alleen zijn de uitvragen (bijvoorbeeld via kwaliteitsindicatoren) die de verschillende zorgpartijen nodig hebben, onvoldoende op elkaar afgestemd [23]. Ook blijkt dat gegevens niet goed bruikbaar zijn om de kwaliteit van zorg te kunnen meten, verbeteren en te verantwoorden [24–26]. Als de kwaliteit van de gegevens gebrekkig of onder de maat is, dan is de kans groot dat ook de kwaliteit van analyses niet betrouwbaar zijn. Hierdoor is het lastig om uitspraken te doen over de kwaliteit van verpleegkundige zorg of om vergelijkingen uit te voeren tussen zorgorganisaties [27].

In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de verpleegkundige overdracht vanuit een internationaal perspectief.

⁵ De Joint Commission (JC) is een instantie die zorgorganisaties - in de Verenigde Staten - accrediteert en certificeert ten behoeve van veilige en kwaliteit van zorg. De JC bestaat uit twee divisies: de 'Joint Commission Center for Transforming Healthcare', die issues en problemen samen met zorgorganisaties oppakt. En de Joint Commission Resources (JCR), die zorgorganisaties ondersteunt met programma's/diensten en producten om veilige en kwalitatief goede zorg te bieden. De Joint Commission International (JCI) maakt weer onderdeel uit van de JCR. De JCI is gericht op de accreditatie en certificatie van internationale zorgorganisaties (buiten de Verenigde Staten).

3

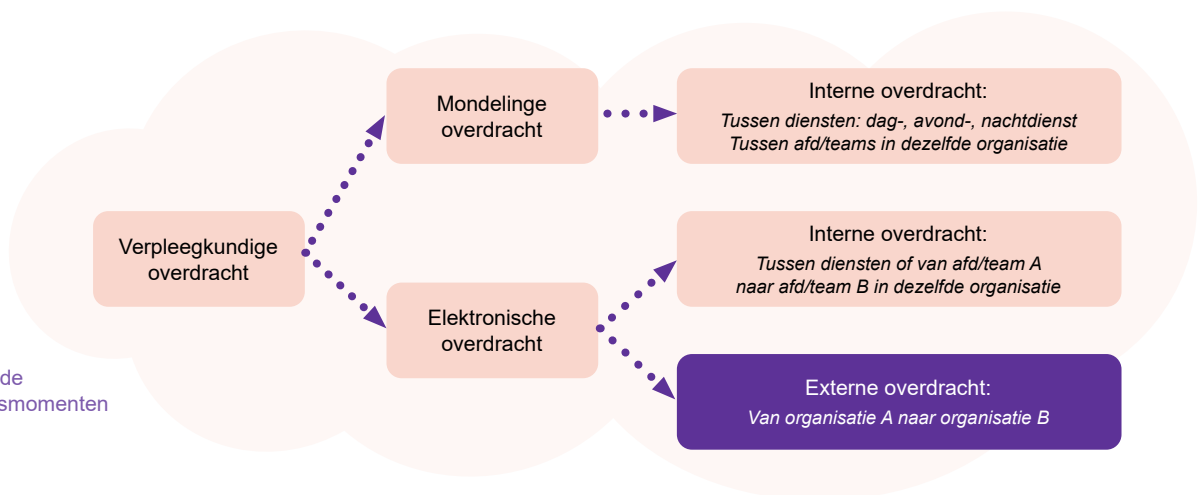
De verpleegkundige overdracht: een internationaal perspectief

Om meer zicht te krijgen in de (wetenschappelijke) kennis over de opbouw en uitwerking van verpleegkundige overdracht is een literatuurstudie uitgevoerd. In dit hoofdstuk wordt een toelichting gegeven op de definitie, het doel en de verschillende overdrachtmomenten van de verpleegkundige overdracht. Daarna wordt ingegaan op de onderzoeksvraag, uitwerking en de bevindingen van de literatuurstudie.

3.1 Inleiding

Verpleegkundigen wisselen onderling gegevens uit, onder andere via de verpleegkundige overdracht. De verpleegkundige overdracht wordt als volgt gedefinieerd: een verpleegkundige die verantwoordelijk is voor de zorg van de patiënt draagt deze zorg tijdelijk of permanent over aan een verpleegkundige die verantwoordelijk wordt voor de zorg van de patiënt [15,28–30].

De verpleegkundige overdracht is een evalueatie van het zorgproces tot aan het moment dat iemand overgeplaatst is. De verpleegkundige of verzorgende die de zorg overdraagt geeft een samenvatting van de zorg die in gang is gezet en is afgestemd met de patiënt [11]. Het doel van een verpleegkundige overdracht is dat de ingezette zorg gecontinueerd wordt; conform de afspraken die met de patiënt of zijn/haar naasten gemaakt zijn [31]. Er zijn verschillende overdrachtmomenten te onderscheiden, zoals een mondelinge en/of elektronische⁶ overdracht [15,30] – zie [figuur 4](#).



Figuur 4: Verschillende overdrachtmomenten

Een *mondelijke overdracht* vindt plaats tussen dag-, avond-, nachtdienst (van ‘dienst naar dienst’), maar ook van afdeling/team A naar afdeling/team B binnen de zorgorganisatie (een interne overdracht). Via een mondelinge overdracht licht de verpleegkundige de afspraken, het zorgplan en status toe in een gesprek met de verpleegkundige die de zorg overneemt. Een mondelinge overdracht kan bij de patiënt plaats vinden of in een aparte (overdrachts)ruimte (met of zonder patiënt en zijn/haar naasten) [30]. Als een patiënt intern wordt overgeplaatst dan kan de mondelinge overdracht worden vergezeld van een elektronische overdracht.

⁶ De verpleegkundige overdracht wordt in toenemende mate digitaal ingevuld in het elektronisch zorgdossier; daarom wordt gesproken van een elektronisch overdracht in plaats van schriftelijke of papieren overdracht.

Een *elektronische overdracht* vindt eveneens op verschillende manieren plaats:

- Als de patiënt van zorgsetting of zorgorganisatie A naar B wordt overplaatst (externe overdracht).
- Van afdeling/team A naar afdeling/team B binnen de zorgorganisatie (interne overdracht).

De scope van deze literatuurstudie is gericht op de elektronische verpleegkundige overdracht van zorgorganisatie A naar B (de externe overdracht) – zie [figuur 4](#). Een elektronische – externe – overdracht wordt bij voorkeur opgesteld op basis van de informatie die tijdens het verpleegkundig zorgproces is genoteerd in het dossier van de patiënt. De overdracht geeft een actueel overzicht van de ingezette zorg en afspraken met de patiënt en dient een representatie te zijn van de informatie die tot dan toe in het elektronisch zorgdossier is gedocumenteerd [\[11\]](#).

Om te bepalen of een gestandaardiseerde verpleegkundige overdracht ontwikkeld kan worden, is meer inzicht nodig in de structuur (opbouw) en uitwerking van de verpleegkundige overdrachten. Er is onvoldoende zicht op welke *concepten*⁷ gebruikt worden voor de verpleegkundige overdracht en hoe deze uitgewerkt zijn; met andere woorden welke gegevens zijn uitgewerkt en relevant bevonden om over te dragen tussen verschillende zorgsectoren. Deze kennislacune is aanleiding om een literatuurstudie uit te voeren.

3.1.1 Vraagstelling

De volgende onderzoeksvraag is opgesteld:

Hoe is de verpleegkundige overdracht opgebouwd en uitgewerkt, ongeacht de zorgsector waar verpleegkundigen werkzaam zijn?

De onderzoeksvraag is gericht op het verzamelen van kwalitatieve data over de opbouw en de inhoud van de verpleegkundige overdracht in verschillende zorgsectoren.

De volgende deelvragen zijn hiervan afgeleid:

- *Uit welke hoofdelementen is een verpleegkundige overdracht opgebouwd?*
- *Hoe zijn deze hoofdelementen gespecificeerd: m.a.w. uit welke deelelementen en/of (gegevens)elementen zijn de hoofdelementen opgebouwd?*

De deelvragen zijn relevant om te onderzoeken als onderdeel van de hoofdvraag. Via deze deelvragen worden namelijk specifiekere gegevens verzameld over de opbouw en de inhoud van de verpleegkundige overdracht.

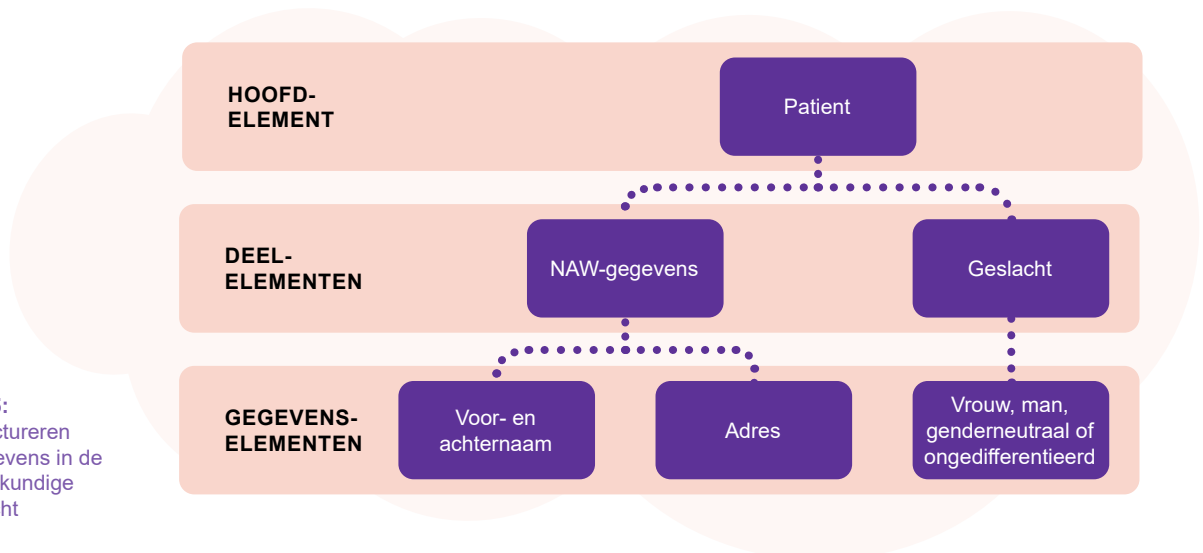
3.1.2 Theoretisch kader

Om meer zicht te krijgen op de structuur en uitwerking van de verpleegkundige overdracht is gebruik gemaakt van een theoretisch kader, waarbij de concepten worden beschreven los van bestaande indelingen of ICT-technische keuzen (in het elektronisch zorgdossier). Dit theoretisch kader is afgeleid van de structuur die veelal wordt gebruikt bij het uitwerken van gegevens ten behoeve van de verslaglegging [\[32\]](#). De verslaglegging in de dagelijkse praktijk – dus wat relevant is voor de praktijk - is het uitgangspunt.

⁷ Concepten zijn denkbeeldige eenheden (bijvoorbeeld het begrip 'hart' of 'wond') die verwijzen naar eenheden uit de werkelijkheid (het hart of de wond van patiënt X) [\[1\]](#). In dit onderzoek kan een concept een hoofdelement, deelelement of gegevenselement zijn. Zie theoretisch kader ([paragraaf 5.1.2](#))

- **Hoofdelement.** Een hoofdelement – zie ook [figuur 5](#) – wordt gezien als een begrip of eenheid die gebruikt wordt in de zorgpraktijk en waarover - in dit geval - ook gegevens worden genoteerd. Het kan bijvoorbeeld gaan over de patiënt of een verpleegkundig probleem (diagnose).
- **Deelelement.** Deze is gedetailleerder en verbonden met het hoofdelement. Denk hierbij aan de NAW-gegevens of het geslacht van de patiënt. Of aan de naam, de status of locatie van een verpleegkundig probleem (diagnose).
- **Gegevens-elementen** geven gedetailleerde of specifieke informatie over een deelelement. De NAW-gegevens kunnen gespecificeerd worden in bijvoorbeeld voor- en achternaam of adresgegevens. Het deelelement geslacht kan gespecificeerd zijn in vrouw, man, genderneutraal of ongedifferentieerd. Een verpleegkundig probleem (diagnose) kan worden uitgewerkt in een overzicht van verschillende soorten problemen, of een lijst met mogelijke locaties. Een gegevens-element wordt gezien als het meest specifiek stukje informatie dat onderdeel is van een deel- of hoofdelement.

Via deze structuur worden gegevens uitgewerkt en wordt de relatie tussen de verschillende deel- en gegevens-elementen duidelijk en zijn daarmee op een bepaalde manier met elkaar verbonden. Dit model helpt om zicht te krijgen op de concepten die gebruikt worden in de verpleegkundige praktijk en hoe deze uitgewerkt en gedefinieerd worden.



Figuur 5: Het structureren van gegevens in de verpleegkundige overdracht

In [figuur 6](#) is een voorbeeld gegeven over hoe deze gegevens in een verpleegkundige overdracht zouden kunnen worden getoond. In deze figuur is het hoofdelement 'Gegevens over de patiënt' te zien. Deze is weer uitgewerkt in de deelelementen 'NAW-gegevens', die weer uitgesplitst is in voor- en achternaam en adres. Daarnaast is 'Geslacht' ook uitgesplitst in verschillende deelelementen.

Gegevens over de patiënt	
NAW-gegevens:	Voornaam:
	Achternaam:
	Adres:
Geslacht:	<input type="radio"/> Vrouw <input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Genderneutraal

Figuur 6: Voorbeeld uitgewerkt in hoofdelement, deelelement en gegevens-elementen

3.2 Aanpak

Om de onderzoeks- en deelvragen te beantwoorden, is een literatuurstudie uitgevoerd.

3.2.1 Design

Er is een literatuurstudie opgezet en is uitgevoerd via de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) voor systematische reviews [33]. Het doel van de literatuurstudie is te achterhalen welke (wetenschappelijke) kennis beschikbaar is over de gegevens die relevant zijn om uit te wisselen tussen verpleegkundigen en verzorgenden. Het is belangrijk om de kennis die beschikbaar is te begrijpen, en om een overzicht te maken van de gevonden hoofd-, deel- en gegevenselementen. Het overzicht vormt een eerste (wetenschappelijke) basis voor een set van overdrachtsgegevens relevant voor de Nederlandse verpleegkundige zorgcontext.

3.2.2 Datacollectie

In deze paragraaf worden de volgende onderdelen toegelicht:

- De zoekstrategie
- De informatiebronnen
- De in- en exclusiecriteria
- De selectie van artikelen

De zoekstrategie

Voor de onderzoeksvraag werd een zoekstring opgesteld via een DDO-methode (Domein, Determinanten, Uitkomst) – zie [tabel 1](#).

Tabel 1: Zoekstring via DDO-methode

<i>Domein</i>	Kinderen (jonger dan 18 jaar) en volwassenen (18 jaar en ouder) en die verpleegkundige zorg ontvangen in het ziekenhuis, thuiszorg, verpleeghuis, geestelijk gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, revalidatie.
<i>Determinanten</i>	Schriftelijke of digitale verpleegkundige overdracht. Continuïteit van zorg
<i>Uitkomst</i>	Overzicht van patiëntgegevens of gegevensset die relevant zijn om verpleegkundige zorg te continueren

Vervolgens werden – op basis van de DDO – Engelse major-heading termen (Mesh-termen) geselecteerd voor de zoekstring:

patients, age groups, continuity of care, patient handoff, patient discharge, nursing, health information exchange, electronic health record, health information exchange, communication.

Daarnaast werden aanvullende termen gebruikt voor de zoekstring in de titel en abstract – zie bijlage 2 voor de volledige uitwerking in Mesh-termen en de zoekstring.

Informatiebronnen

Er is in verschillende databases gezocht die verpleegkundige wetenschappelijke artikelen bevatten: Pubmed, Cochrane library, Cinahl en Psycinfo. De zoekstring werd aangepast aan de verschillende databases (zie [bijlage 2](#)), maar alle zoekopdrachten waren gebaseerd op dezelfde termen en ingangsvoorwaarden.

Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria:

- De studies moesten in de Engelse of Nederlandse taal geschreven zijn.
- De studies beschrijven (de ontwikkeling van) een format en/of gegevensset van de verpleegkundige overdracht, of analyseren een bestaand format en/of gegevensset.
- De studies onderzoeken de kwaliteit van de inhoud van de schriftelijke (papieren) of elektronische (digitale) verpleegkundige overdracht.
- De studies beschrijven de gegevensset in het artikel of via een bijlage.
- De studies moesten gericht zijn op de verpleegkundige overdracht tussen organisaties (cross-sectorale uitwisseling), zoals uitwisseling tussen ziekenhuis, verpleeghuis, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, revalidatie.

De exclusiecriteria:

- De studies die betrekking hadden op de interne overdracht tussen afdelingen of tussen verschillende diensten (shift to shift) binnen een organisatie; tenzij een bredere scope expliciet vermeld werd (dus dat een overdracht ook voor cross-sectorale uitwisseling (organisatie-organisatie) werd ingezet).
- De studies die betrekking hadden op een mondelinge overdrachten.

Selectie van de artikelen

Totaal werden artikelen (n=1750) via de in- en exclusiecriteria gescreend op titel en abstract (nadat de dubbelingen waren verwijderd). Deze stap werd door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar uitgevoerd om bias te voorkomen. 1699 artikelen werden geëxcludeerd. De overgebleven artikelen (n=51) werden volledig gelezen door beide onderzoekers om te bepalen of de artikelen aan inclusie voorwaarden voldeden. Deze stap is eveneens onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Van deze artikelen zijn ook de referenties van de studies gescreend om er zeker van te zijn dat er geen artikelen gemist zouden worden die wel aan de inclusievoorwaarden zouden voldoen: de sneeuwbal-zoekmethode werd daarbij gebruikt. Via een sneeuwbalmethode is gezocht naar artikelen met extra informatie over, of een toelichting op de aanleiding van het verbeteren van de verpleegkundige overdracht gaven.

3.2.3 Data-analyse

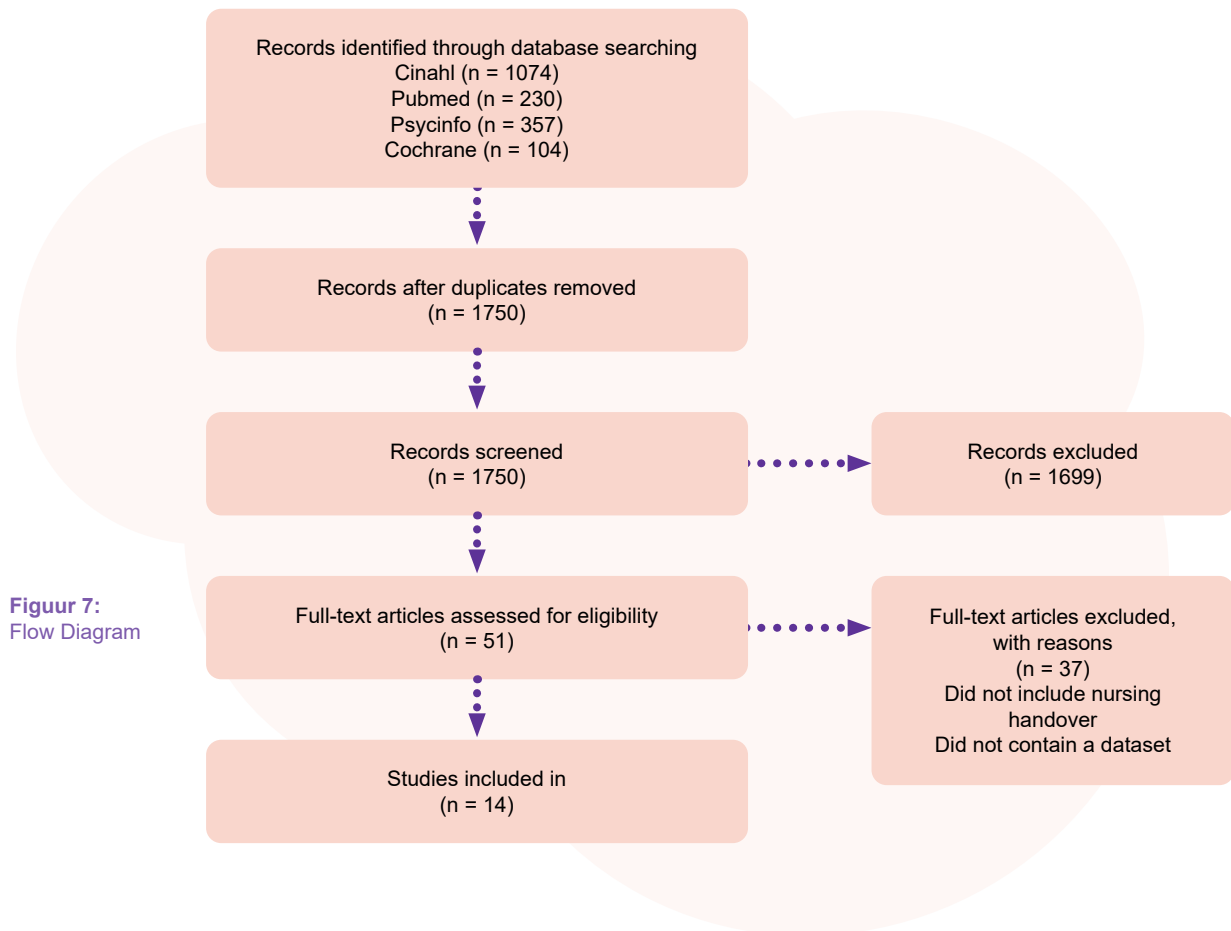
De data-analyse werd als volgt opgezet:

- Er is een tabel opgesteld waarin de karakteristieken (methode en scope) werden samengevat.
- Daarnaast werden de wetenschappelijke artikelen beoordeeld op de methodologische kwaliteit. De volgende beoordelingsformulieren zijn gebruikt: The critical review form - Qualitative studies en The critical review form - Quantitative studies; afhankelijk van het design van het onderzoek.
- De methodologische kwaliteit van de geïnccludeerde artikelen werden onafhankelijk van elkaar beoordeeld door verschillende onderzoekers (RM, IL, CV, RK) en vervolgens bediscussieerd totdat er consensus was over de beoordeling. De onderzoekers vulden de beoordelingsformulieren in en konden bij de criteria een +, - of +/- aangeven. Het totaal aantal + werd bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal te beoordelen criteria. Hieruit werd een percentage berekend. Een percentage lager dan 60% werd beoordeeld als lage kwaliteit; een percentage tussen de 60-80% gemiddeld en een percentage hoger dan 80% werd beoordeeld als een hoge kwaliteit.
- Vervolgens werden de hoofd-, deel- en gegevenselementen – die beschreven waren in de geïnccludeerde studies – overgenomen in een Excel bestand. De onderzoekers bestudeerden deze - onafhankelijk van elkaar - en clusterden en ordenden de overeenkomende hoofd-, deel- en hoofdelementen. De resultaten werden met elkaar vergeleken en bediscussieerd tot consensus was bereikt.

- Per studie werd vervolgens via een '1' aangegeven of het betreffende gegeven was uitgewerkt. Op deze manier ontstond een overzicht/lijst van overeenkomende hoofd-, deel- en gegevenselementen. De tabel 'Uitwerking overdrachten Internationaal' (pagina 102) geeft per geïnccludeerd artikel en/of document een overzicht van de hoofd-, deelelementen en gegevenselementen van de overdracht.

3.3 Bevindingen

In totaal zijn 1750 artikelen in verschillende zoekmachines gevonden. 1699 zijn er op basis van titel en abstract geëxcludeerd. 51 artikelen zijn volledig gelezen, waarvan er veertien zijn geïnccludeerd; zie ook figuur 7 Flow Diagram.



3.3.1 Studiekarakteristieken

Er zijn veertien studies geïnccludeerd gericht op de inhoud van de verpleegkundige overdracht. Bestand 'Uitwerking overdrachten Internationaal' geeft per studie het jaar van publicatie, aanleiding en doel, onderzoeksvragen en/of design, onderzoeksoptzet, data-analyse, resultaten en discussie. De studies hebben verschillende methodes toegepast voor het achterhalen van welke gegevens relevant zijn voor de gegevensuitwisseling via de overdracht. In tabel 2 is een overzicht van de geïnccludeerde studies te zien, inclusief de methode (aanpak) en de scope. De scope varieert van cross-sectorale tot uitwisseling tussen twee zorgsectoren en varieert van acute zorg tot chronische en langdurige zorg bij volwassenen en ouderen. Er is over het algemeen nog weinig kennis beschikbaar over het elektronisch uitwisselen van gegevens. De studies zijn voornamelijk beschrijvend van aard en gericht op volwassenen en ouderen.

Tabel 2: Overzicht van methode en scope van de geïncludeerde studies (n=14)

Studie	Methode (aanpak)	Scope
Siders AM & Peterson M.; 1992 [34]	Projectaanpak	De scope is gegevensuitwisseling vanuit het ziekenhuis naar andere zorgsettings, waaronder de thuiszorg. Er is een overdrachtsformulier ontwikkeld.
Anderson MA & Hill PD; 1994 [35]	Validiteit en betrouwbaarheid van een overdrachtstool RDI onderzoeken (tot.score 0.89)	De scope was in eerste instantie gericht op de overdracht van oudere patiënten uit het ziekenhuis naar verpleeghuis en thuiszorg, maar de tool geldt ook voor andere zorgsectoren.
Pheby DFH & Thorne P; 1994 [36]	Projectaanpak via interviews, en bestuderen van bestaande formats of templates	De scope van het project is gericht op ouderen (70 jaar en ouder) die vanuit het ziekenhuis worden ontslagen naar andere zorgaanbieders, zoals thuiszorg of langdurige zorgorganisaties. Er is een overdrachtsmodule ontwikkeld.
Patterson PK et al; 1995 [37]	Kwantitatieve vragenlijst (n=197), twee focusgroepen (resp. n=17 en 10)	Scope is gericht op gegevensuitwisseling tussen ziekenhuis en vervolgzorg (verpleeghuis en ambulante zorg/thuiszorg). Via vragenlijst is een lijst van 59 relevante gegevens voor de overdracht vastgesteld.
Closs SI; 1997 [38]	Literatuurstudie	De focus van de review is gericht op de overdracht van volwassen patiënten (cross-sectoraal). Er wordt een overzicht getoond van relevant bevonden gegevens.
Jones JS et al; 1997 [39]	Inhoudsanalyse van de overdracht (van 709 patiënten)	De scope van het onderzoek is gericht op de acute overdracht van het verpleeghuis naar het ziekenhuis bij patiënten van 65 jaar en ouder. Er is een lijst met relevante informatie getoond (geselecteerd uit alle bestudeerde overdrachten).
Goossen WTF et al; 2000 [40]	Literatuurstudie, dossieronderzoek, focusgroepen	Scope van het onderzoek is gericht op de verpleegkundige gegevens die primair worden vastgelegd en gebruikt kunnen worden voor zowel gegevensuitwisseling als secundaire beleids- of verantwoordingsdoeleinden. Er is een minimale dataset vastgesteld.
Sackley CM & Pound, K; 2002 [41]	Inhoudsanalyse van de overdracht	De scope is gericht op de overdracht van patiënten uit het ziekenhuis die vervolgzorg in het verpleeghuis nodig hebben. Er zijn 38 overdrachten bestudeerd via een beoordelingsschaal, waarlangs is gekeken of verschillende relevante gegevens aanwezig waren.
Satzinger W et al; 2005	Literatuurstudie, dossieronderzoek, interviews, vragenlijst	Scope is gericht op verpleegkundige gegevensuitwisseling tussen ziekenhuis, thuiszorg/ambulante zorg (home care services) bij patiënten van 65 jaar en ouder. Er is een overdrachtsformulier ontwikkeld.
Helleso R; 2005 [42]	Inhoudsanalyse van de overdracht (n=42 overdrachten)	De scope is gericht op de overdracht tussen het ziekenhuis en de thuiszorg. Er is een gestandaardiseerde overdracht ontwikkeld.
Nagle LM & Judd JM; 2006 [43]	Literatuurstudie, focusgroepen	De scope is cross-sectorale gegevensuitwisseling. Er is een minimale dataset voor gegevensuitwisseling vastgesteld.
Terrell KM & and Miller DK; 2006 [44]	Focusgroepen (vijf groepen, totaal n=42)	Scope is gericht op uitwisseling tussen ziekenhuis en verpleeghuis. Er is een overzicht gegeven van welke gegevens relevant bevonden zijn voor gegevensuitwisseling.
Porteous JM et al; 2009 [45]	Projectaanpak, waaronder dossieronderzoek, interviews	Er is een standaard overdracht ontwikkeld op basis van een bestaande indeling.
Hübner U et al; 2010 [46]	Interviews	Er is een standaard overdracht ontwikkeld op basis van een bestaand format.

3.3.2 Kwaliteitsbeoordeling

Veertien studies zijn beoordeeld op de methodologische kwaliteit. Alle studies zijn opgezet vanwege het knelpunt dat informatieverlies optreedt en gegevens niet op een juiste of volledige manier uitgewisseld kunnen worden als een patiënt wordt overgeplaatst naar een andere zorgorganisatie. Als gekeken wordt naar het de methode of aanpak van de studies, dan is niet altijd duidelijk hoe de respondenten zijn benaderd, hoe en welke topiclijst of vragenlijst is vastgesteld, wat de rol van de onderzoekers is. Als er focusgroepen zijn ingezet, dan zijn verpleegkundigen of verpleegkundigen experts betrokken. De grootte van de focusgroepen varieerde van vijf tot 42 deelnemers.

Ook is de data-analyse niet altijd volledig toegelicht: hoe bepaalde concepten en bijbehorende gegevenselementen zijn geselecteerd. Bij de studies die een inhoudsanalyse heeft uitgevoerd blijkt dat de data-analyse bij elke studie anders is aangevlogen.

Als gekeken wordt naar de setting van de onderzoeken, valt op dat de meeste studies vanuit de ziekenhuissector naar de thuiszorg en/of verpleeghuiszorg (en vice versa) zijn opgezet. Hoewel de setting van de studies consistent is, is een risico van bias aanwezig vanwege de (soms kleine) aantallen steekproeven, de diversiteit in aanpak en data-analyse.

3.3.3 De uitwerking van de verpleegkundige overdracht: een overzicht

Totaal zijn vijftien hoofdelementen uit de analyse van de geïnccludeerde studies naar voren gekomen. Deze zijn opgedeeld in 75 deelelementen, die weer verschillende gegevenselementen (n=63) bevatten; zie de tabel 'Uitwerking overdrachten Internationaal' (pagina 102). Bij de deelelementen en gegevenselementen is aangegeven in hoeveel geïnccludeerde studies het betreffende deelelement en gegevenselement is aangetroffen. Totaal zijn veertien (100%) studies geïnccludeerd. Voor het totaaloverzicht wordt verwezen naar de tabel 'Uitwerking overdrachten Internationaal' (pagina 102) met daarin het overzicht van hoofdelementen, deelelementen en gegevenselementen

In alle geïnccludeerde studies/standaarden (n=14; 100%) zijn hoofdelementen opgenomen die gerelateerd zijn aan:

- Patiëntgegevens. Deze bevat de volgende deelelementen: de NAW-gegevens (naam, adresgegevens), de verzekeringsgegevens, gegevens over de contactpersoon van de patiënt en wettelijke vertegenwoordiger.
- Medische gegevens waaronder medische diagnose, behandeling, allergieën en medicatie.
- Het zorgplan, waaronder de deelelementen: het patiëntprobleem (diagnosen, zorgvraag), interventies, doelen en uitkomsten. Opvallend is de diversiteit in thema's van het zorgplan. Er zijn elf verschillende thema's genoemd; De zorginhoudelijke thema's zijn gespecificeerd in gegevenselementen. In de tabel 'Uitwerking overdrachten Internationaal' (pagina 102) is te zien hoe vaak een thema genoemd is. Lichamelijke status en psychosociaal/sociaal/mentaal worden het meest genoemd. Zintuigen en sensorische en neurologische functies het minst.

Bij dertien (93%) van de veertien geïnccludeerde studies zijn zeventien verschillende deelelementen over het 'psychisch of mentaal functioneren' centraal genoemd. Dit aantal is het meest in vergelijking met de andere hoofdelementen en daarom is hier een hoofdelement van gemaakt. Als gekeken wordt naar de deelelementen, dan valt op dat deze niet of nauwelijks gespecificeerd zijn gegevenselementen (behalve gedrag en bewustzijnsstatus hebben een gegevenselement).

Bij tien (71%) van de veertien studies zijn de volgende deelelementen gevonden die gerelateerd zijn aan:

- Informatie over de organisatie, waarin gegevenselementen opgenomen zijn over de versturende en ontvangende organisatie.
- Informatie over overplaatsing zorg, bevat gegevenselementen die een beeld geven over de reden van opname, ontslag of overplaatsing, het tijdpad en wie de behandelaar of verwijzer is.
- Taal, communicatie
- Hulp van anderen
- Hulpmiddelen. In dit hoofdelement zijn alle gegevenselementen ingesloten die betrekking hebben op soorten infusen, sondes, katheters, drains, zuurstoftoediening enz.

Bij negen (64%) van de veertien studies zijn deelelementen gevonden die betrekking hebben op:

- Meetwaarden In dit hoofdelement zijn alle metingen, zoals bloeddruk, gewicht, lengte, schedelomvang, opgenomen. Veel studies beschreven dat via deze gegevens een beeld wordt verkregen over de actuele gezondheidstoestand.

Tot slot zijn deelelementen en gegevenselementen gevonden die betrekking hebben op de volgende hoofdelementen:

- Gezinsamenstelling en woonsituatie (n=7; 50%), waarbij deelelementen over de gezinsamenstelling en de soort woning zijn opgenomen.
- Levensovertuiging (n=2; 14%), zoals religie.
- Participatie in de maatschappij (n=3; 21%), zoals werk, opleiding, hobby's.
- Middelengebruik (n=2; 14%), zoals drugs, alcohol of roken.

Als laatste is gekozen voor een hoofdelement 'overig', waarin gegevens zijn opgenomen, die betrekking hebben op informatie via de bijlage toevoegen of die te maken hebben met de wensen van de patiënt (n=6; 43%), zonder dat dit is gespecificeerd.

3.4 Reflectie op de bevindingen

In deze literatuurstudie is onderzocht welke internationale kennis beschikbaar is over de gegevenselementen die relevant zijn voor de verpleegkundige overdracht.

In deze paragraaf worden de bevindingen achtereenvolgend nader beschouwd:

- Onderzoeksmethoden van de geïnccludeerde studies
- Hoofdelementen, deelelementen en gegevenselementen
- Methodologische beperkingen

3.4.1 Onderzoeksmethoden van de geïnccludeerde studies

Uit de analyse van de geïnccludeerde studies blijkt dat er geen eenduidige aanpak is waarop de structuur (het format) en de inhoud (de gegevens) van de verpleegkundige overdracht wordt vastgesteld. De meeste studies zijn gericht op de gegevensuitwisseling tussen ziekenhuis, verpleeghuis en thuiszorg. Daarbij worden 'inductieve' aanpakken of redeneringen toegepast – d.w.z. op basis van literatuurstudie, content-analyses en focus- of expertgroepen – relevante gegevens worden vastgesteld die verwerkt zijn in een format/template voor de verpleegkundige overdracht.

Daarnaast zijn studies geïnccludeerd die gericht zijn op het bewerkstelligen van elektronische gegevensuitwisseling waarbij overeenstemming moet zijn over de gegevens die uitgewisseld moeten worden. Daarbij worden meer 'deductieve' aanpakken of redeneringen

ties gebruikt; dat wil zeggen dat de onderzoekers vanuit een bestaand format/template hebben vastgesteld welke hoofd-, deel- en gegevenselementen relevant zijn voor de overdracht. In de studie van Hübner et al [46] is gekozen voor het CCR-format⁸ en in de studie van Porteous et al [45] is gekozen voor een ISOBAR-format. Beide studies gebruiken focus- en expertgroepen om de elementen van het bestaande format verder uit te werken.

De literatuurstudie belicht dat verschillende aanvliegroutes zijn gebruikt voor de structuur en de inhoud van de overdracht. Er kan bediscussieerd worden dat de diversiteit in aanpak kan leiden tot verschillende inhoudelijke uitwerkingen van de overdracht. Dit is lastig te achterhalen, omdat tegelijkertijd ook beredeneerd kan worden dat verpleegkundigen geen overeenstemming hebben over de vaktaal: hoe bepaalde concepten worden geduid en gedefinieerd. Dit blijkt ook uit deze literatuurstudie (zie paragraaf 2.3.2). De diversiteit aan gegevens in het dossier en verpleegkundige overdracht kan mogelijk ook leiden tot verschillende structuren en uitwerkingen van de verpleegkundige overdracht.

3.4.2 Hoofd-, deel- en gegevenselementen

Uit de analyse zijn vijftien (overkoepelende) hoofdelementen gedestilleerd. Deze hoofdelementen zijn in meer of mindere mate uitgewerkt in deelelementen en/of gegevenselementen.

Bij de uitwerking in deel- en/of gegevenselementen is een diversiteit aan termen gevonden. De deelelementen zijn niet altijd hetzelfde uitgewerkt; d.w.z. dat deze voor verschillende interpretaties vatbaar zijn. In de ene studie is bijvoorbeeld gekozen voor 'medische informatie' [46], terwijl in andere studies de volgende termen zijn gekozen: 'medische diagnose en behandeling' [42], 'medische voorgeschiedenis, diagnose en behandelplan' of 'informatie over de versturende partij' [47] versus 'informatie over de versturende partij, de patiënt en reden van overplaatsing' [46]. Het gevolg is dat niet altijd duidelijk is wat er precies onder wordt verstaan.

Bovendien is de mate van het detailniveau verschillend; dat wil zeggen dat een gegeven uitgewerkt kan zijn in veel of weinig detailniveau. In de studies van bijvoorbeeld Siders & Peters [34] en van Nagle & Judd [43] wordt 'patiëntinformatie' niet uitgewerkt in gegevenselementen – er worden geen details gegeven, terwijl in de studie van Porteous et al [45] 'Persoonlijke informatie' gespecificeerd is in: naam (voor- en achternaam), adres, geslacht. Terwijl in de studie van Anderson et al [35] 'Achtergrondinformatie' is uitgewerkt in een sectie 'vital status', welke weer is gespecificeerd in naam, leeftijd, geslacht, adres, burgerlijke status (gehuwd of niet).

Hieruit kan geconcludeerd worden dat het niet altijd even duidelijk is wat er wordt bedoeld met een bepaalde hoofd- of deelelement en op welke wijze deze wordt uitgewerkt; m.a.w. welke gegevenselementen ertoe behoren.

Het is relevant om bij deze bevinding stil te staan. Bij elektronische gegevensuitwisseling moeten gegevens altijd op een eenduidige manier uitgewisseld worden, zonder informatieverlies. Dit is van belang voor de verpleegkundige die de zorg overneemt en om te begrijpen wat er mee bedoeld wordt. Galatzaan et al (2018) bediscussiëren in hun review over de verpleegkundige overdracht dat veel studies gericht zijn op de structuur (het format) [15]. De onderzoekers geven aan dat de termen en definities van de hoofd-,

⁸ Een CCR-format is vergelijkbaar met een 'elektronische brief'. Deze brief is opgebouwd uit een vast format (header en body). De onderwerpen – die samen het format vormen – worden gevuld met informatie die in het zorgdossier is vastgelegd. Dit kan dus per organisatie of sector verschillend zijn (afhankelijk van hoe de gegevens zijn ingebouwd). De brief kan elektronisch worden verstuurd en is bruikbaar voor cross-sectorale uitwisseling. Het CCR-format is ontwikkeld door ASTM International⁸, the Massachusetts Medical Society (MMS), the Health Information Management and Systems Society (HIMSS), and the American Academy of Family Physicians (AAFP).

deel- en/of gegevenselementen te weinig aandacht krijgen. Zij stellen dat de knelpunten in relatie tot de inconsistentie en de onvolledigheid van de overdracht nog steeds niet opgelost zijn, want gegevensuitwisseling en hergebruik van gegevens is nog steeds niet is gerealiseerd [15]. Deze bevindingen komen overeen met de bevindingen uit onze literatuurstudie.

Het verpleegkundig zorgplan

Verder toont deze literatuurstudie aan dat het verpleegkundig zorgplan relevant is om uit te wisselen. Het zorgplan bevat één of meerdere verpleegkundige patiëntproblemen, bijbehorende interventies en de bereikte zorgresultaten. Het zorgplan is afgestemd met de patiënt en/of zijn/haar naaste of mantelzorger.

Gegevensuitwisseling over het zorgplan is noodzakelijk om de zorg conform afspraken te continueren. De patiënt verblijft immers niet in één zorgsetting en beweegt door de zorgketen heen; krijgt te maken met verschillende zorgsettingen en zorgverleners. Opmerkelijk is dat de uitwerking van het zorgplan niet consistent en eenduidig is. In negen van de veertien studies is het deelelement voeding genoemd; ADL of zelfzorg wordt in elf van veertien studies genoemd. De deelelementen worden eveneens verschillend uitgewerkt. Bijvoorbeeld voeding werd gespecificeerd in voedingsstatus, eten, drinken of dieet. Combinaties zijn ook gevonden. ADL of zelfzorg werd gespecificeerd in wassen, kleden, verzorgen, maar ook communicatie of steunkousen aan /uit doen.

Opvallend - in dit verband - is ook de bevinding met betrekking tot het hoofdelement 'psychisch, mentaal, geestelijk'. De zeventien deelelementen zijn gerelateerd aan mogelijke verpleegkundige patiëntproblemen (diagnosen) binnen het geestelijke of psychisch domein; daarmee zijn zij ook onderdeel van het verpleegkundig zorgplan. In een studie van MacNeela *et al* [48] is onderzocht welke kernelementen tot het verpleegkundig domein van de geestelijke gezondheidszorg behoren. Via een Delphistudie onder 150 GGZ-verpleegkundigen (in Ierland) zijn onder andere 28 patiëntproblemen vastgesteld. Deze zijn gecategoriseerd in een psychisch (n=13), sociaal (n=10) en lichamelijk (n=5) domein. Het merendeel van deze 28 patiëntproblemen overlappen met de deelelementen uit onze studie. Dit zou kunnen betekenen dat in het zorgplan voldoende aandacht is voor het geestelijke domein.

De zeventien verschillende deelelementen zijn echter niet of nauwelijks uitgewerkt in gegevenselementen. Vermoedelijk wordt dit via vrije teksten nader ingevuld. Dit betekent dat niet bekend is welke specifieke informatie over een deelelement relevant is om uit te wisselen.

In het algemeen kan gesteld worden dat er geen afspraken gemaakt zijn of geen consensus lijkt te zijn over de inhoud (de uitwerking) van het verpleegkundig zorgplan, terwijl uitwisseling door de zorgketen wel van belang is, evenals het hergebruik voor secundaire doeleinden [24,25]. Het standaardiseren van de gegevens voor overdracht kan de discussie hierover in gang zetten: hoe wordt een verpleegkundig thema geduid, hoe moet deze worden gespecificeerd, en welke gegevens moeten worden uitgewisseld? Hier ligt een kans voor de beroepsgroep.

3.4.3 Methodologische reflectie

Via deze literatuur review is gekeken welke hoofd-, deelelementen en gegevenselementen relevant zijn voor de verpleegkundige overdracht. Hoewel de methodologische kwaliteit van de geïncludeerde studies niet altijd sterk was, zijn de bevindingen relevant en waardevol. De studies bevestigen namelijk dat de verpleegkundige overdracht een belangrijk instrument is om de continuïteit van zorg te waarborgen. De structuur en de inhoud (de gegevens) van de verpleegkundige overdracht spelen dan ook een cruciale rol, omdat informatie over de gezondheidstoestand wordt uitgewisseld. Een inconsistente

te, niet-actuele overdracht brengt veiligheidsrisico's met zich mee. Uit de review blijkt een diversiteit in zowel de structuur als de gegevens die in een verpleegkundige overdracht zijn opgenomen. Het belang om de structuur en inhoud van de verpleegkundige overdracht te uniformeren wordt in alle studies erkend.

Er zijn beperkingen in dit onderzoek te noemen. Er zijn vijftien (overkoepelende) hoofdelementen gedestilleerd. Er kunnen kanttekeningen geplaatst worden bij de indeling van de hoofdelementen, omdat er bijna geen bijbehorende definities geformuleerd waren. De onderzoekers moesten een interpretatie maken. Hierdoor kunnen de bevindingen mogelijk te veel gebaseerd zijn op het oordeel van de onderzoekers. Aan de andere kant zorgt de indeling in hoofd-, deel- en gegevenselementen ervoor dat de onderzoekers de bevindingen op een consistente manier kunnen interpreteren. Daarnaast hebben de onderzoekers de bevindingen op basis van consensus ingedeeld en zijn tot een overzicht gekomen. Een aanbeveling is het overzicht te toetsen aan de overdrachten die de beroepsgroep (in de Nederlandse context) gebruiken en/of bij eventuele vervolgstudies.

De meeste studies zijn voornamelijk gericht op de overdracht binnen en tussen ziekenhuizen, thuiszorg en verpleeghuiszorg en op volwassenen & ouderen. Vanwege de scope, de soms kleine steekproeven in de geïnccludeerde studies en omdat de methodologische kwaliteit van de artikelen niet altijd even hoog was, is er een risico op bias. Het is daarnaast belangrijk om oog te houden voor gegevensuitwisseling in de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg.

Het is dan ook aan te bevelen om de literatuur te blijven monitoren en te bestuderen. Vanuit het perspectief van ketenzorg is een versnipperd EPD- en ECD-landschap niet wenselijk. De input dit opgehaald is via deze literatuurstudie is dan ook een mooie eerste stap op basis waarvan een verdere verbreding mogelijk is. Gegevensuitwisseling van het ziekenhuis, verpleeghuis of thuiszorg richting de geestelijke gezondheidszorg of gehandicaptenzorg draagt in ieder geval bij aan de discussie over welke gegevens al dan niet relevant zijn voor de laatstgenoemde zorgsectoren.

3.5 Conclusie

Via de literatuurstudie is gekeken naar verschillende wetenschappelijke studies met betrekking tot de inhoud en uitwerking van de verpleegkundige overdracht. Het internationale perspectief gaf inzicht in de kennis die beschikbaar is over de wijze waarop de verpleegkundige overdracht wordt ingedeeld en/of welke gegevens relevant zijn om uit te wisselen. Een eerste overzicht van mogelijke relevante gegevens is opgehaald. Hoewel een grote diversiteit aan termen en specificaties is gevonden, kan dit overzicht gezien worden als een eerste aanzet om te bepalen welke hoofd-, deel- en gegevenselementen relevant zijn voor de verpleegkundige overdracht.

Daarnaast is het belangrijk om de bevindingen af te zetten tegen een Nederlands perspectief: hoe zijn de Nederlandse verpleegkundige overdrachten uitgewerkt? Uit welke hoofd-, deel- en gegevenselementen zijn deze opgebouwd? Komen deze overeen met de bevindingen uit de literatuurstudie? En kent de Nederlandse context wellicht nog specifieke elementen waar rekening mee moet worden gehouden? Het volgend hoofdstuk gaat hier nader op in.

4

De verpleegkundige overdracht: een Nederlands perspectief

In dit hoofdstuk wordt de verpleegkundige overdracht vanuit het Nederlandse perspectief nader beschouwd. Hiervoor is een analyse van Nederlandse verpleegkundige overdrachten uitgevoerd: hoe zijn de verpleegkundige overdrachten opgebouwd, welke gegevens worden uitgewisseld en zijn er verschillen tussen zorgsectoren?

4.1 Inleiding

In Nederland zijn verschillende rapporten gepubliceerd die gericht zijn op de knelpunten met betrekking tot gegevensuitwisseling in de zorg. Uit een verkennende analyse van Nictiz (2010) werd geconcludeerd dat de beroepsgroep nog onvoldoende profiteert van de voordelen van elektronische verslaglegging [2]:

- Veel overdrachten worden nog op papier meegegeven, of niet altijd meegestuurd of komt niet tijdig aan.
- Gegevens zijn niet altijd relevant bevonden of sluiten niet altijd aan bij de behoefte van de ontvangende partij.
- De overdracht is niet altijd volledig; er ontbreken gegevens.
- De beroepsgroep heeft geen eenduidig begrippenkader, waardoor gegevens niet correct of compleet aangeleverd worden.

In 2011 heeft de Inspectie van Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) eveneens gerapporteerd over de risico's bij informatie-uitwisseling in de zorg [2]. De IGJ concludeerde dat de gegevens in het elektronisch zorgdossier versnipperd en inconsistent zijn. Maar ook dat het uitwisselen van gegevens voor de overdracht veel tijd en geld kost en risico's voor de patiëntenzorg met zich meebrengt [50]. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) constateerde in een rapport 'Patiënteninformatie' (2014) eveneens dat zorgprofessionals geen compleet overzicht van gegevens van de patiënt hebben, en dat er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn voor kwaliteits-, beleids- en onderzoeksdoel-einden [51].

In 2014 heeft Nictiz een online enquête over de verpleegkundige overdracht uitgezet onder de beroepsgroep [52]. De meerderheid van de ondervraagde beroepsgroep (n=804) gaven aan nog steeds knelpunten bij de verpleegkundige overdracht te ervaren (n=563; 70%). De overdracht is volgens hen nog steeds niet altijd compleet en niet eenduidig. Zij moeten regelmatig terugbellen om extra informatie op te vragen. De meerderheid (70%) draagt (in 2014) nog altijd over via een papieren overdracht (en geeft deze mee met de patiënt) [52]. Ook V&VN heeft in 2020 een peiling onder haar leden uitgezet over de verpleegkundige overdracht ([Resultaten peiling 2020.pdf](#)). Van de 729 gaven 306 (49%) respondenten aan dat zij een papieren overdracht ontvangen. En dat zij de informatie moeten overtypen. Elektronische gegevensuitwisseling komt moeizaam op gang, hoewel de noodzaak om digitaal uit te wisselen en te hergebruiken inmiddels zorgbreed wordt erkend, onder andere via het [Informatieberaad](#); meer informatie over de doelen zie: [Doelen Informatieberaad](#).

Om te bepalen of in Nederland een gestandaardiseerde verpleegkundige overdracht ontwikkeld kan worden, is meer inzicht nodig in de structuur (opbouw) en uitwerking van de verpleegkundige overdracht. De scope van dit onderzoek is gericht op de verpleegkundige overdrachten die worden gebruikt in verschillende zorgorganisaties en zorgsectoren.

Er is in Nederland echter geen inzicht of overzicht over hoe de verpleegkundige overdrachten zijn uitgewerkt: welke concepten of hoofdelementen worden gebruikt en hoe zijn deze uitgewerkt? Deze kennislacune is aanleiding om een analyse naar de Nederlandse verpleegkundige overdrachten op te zetten. De kennis die via dit onderzoek beschikbaar komt is relevant om te bepalen of in Nederland een gestandaardiseerde verpleegkundige overdracht ontwikkeld kan worden die gegevensuitwisseling mogelijk maakt.

4.1.1 Vraagstelling

De volgende onderzoeksvraag is opgesteld:

Hoe is de verpleegkundige overdracht opgebouwd en uitgewerkt rekening houdend met de verschillende zorgsectoren waar de beroepsgroep werkzaam is?

De onderzoeksvraag is gericht op het verzamelen van kwalitatieve data over de opbouw en de inhoud van de (Nederlandse) verpleegkundige overdracht in verschillende zorgsectoren.

De volgende deelvragen zijn hiervan afgeleid:

- *Uit welke hoofdelementen is een verpleegkundige overdracht opgebouwd?*
- *Hoe zijn deze hoofdelementen gespecificeerd: m.a.w. uit welke deel- en/of gegevenselementen zijn de hoofdelementen opgebouwd?*
- *Zijn er overeenkomsten en/of verschillen tussen zorgsectoren en zo ja, welke?*

De deelvragen zijn relevant om te onderzoeken als onderdeel van de hoofdvraag. Via deze deelvragen worden namelijk specifiekere gegevens verzameld over de opbouw en de inhoud van de verpleegkundige overdracht.

4.1.2 Theoretisch kader

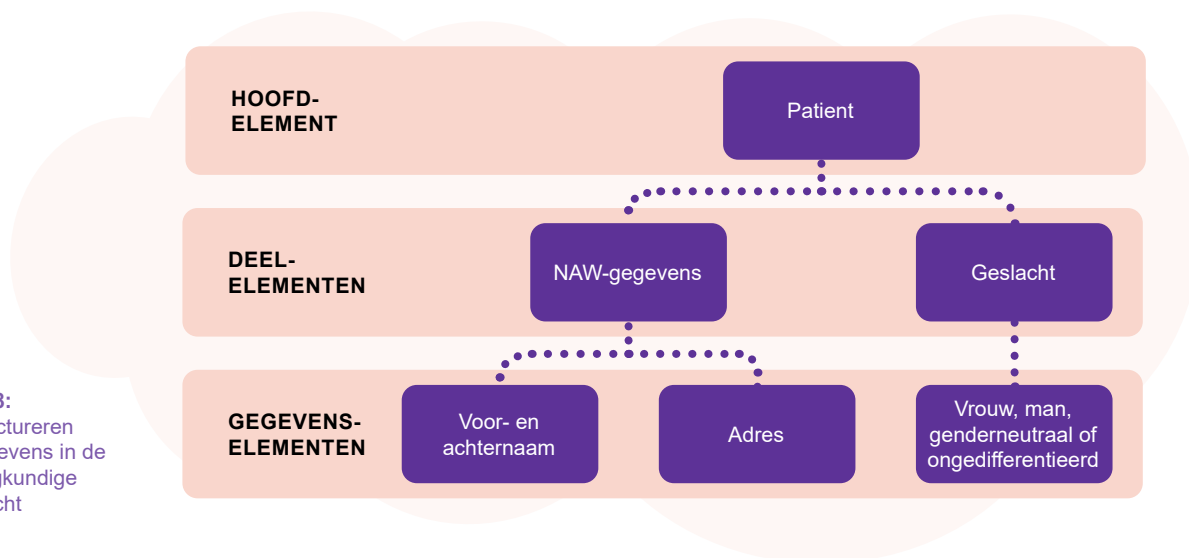
Om meer zicht te krijgen op de structuur en uitwerking van de verpleegkundige overdracht is gebruik gemaakt van een theoretisch kader (hetzelfde kader dat ook in [hoofdstuk 3](#) is gebruikt):

Deze is afgeleid van de structuur die veelal wordt gebruikt bij het uitwerken van gegevens ten behoeve van de verslaglegging:

- **Hoofdelement.** Een hoofdelement – zie ook [figuur 8](#) - wordt gezien als een begrip of eenheid die gebruikt wordt in de zorgpraktijk en waarover - in dit geval - ook gegevens over worden genoteerd. Het kan bijvoorbeeld gaan de patiënt of een verpleegkundig probleem (diagnose).
- **Deelelement.** Een deelelement is gedetailleerder en verbonden met het hoofdelement. Denk hierbij aan de NAW-gegevens of het geslacht van de patiënt. Of aan de naam, de status of locatie van een verpleegkundig probleem (diagnose).
- **Gegevenselementen** geven gedetailleerde of specifieke informatie over een deelelement. De NAW-gegevens kunnen gespecificeerd worden in bijvoorbeeld voor- en achternaam of adresgegevens. Het deelelement geslacht kan gespecificeerd zijn in vrouw, man, genderneutraal of ongedifferentieerd. Een verpleegkundig probleem (diagnose) kan worden uitgewerkt in een overzicht van verschillende soorten problemen, of een lijst met mogelijke locaties. Een gegevenselement wordt gezien als het meest specifieke stukje informatie dat onderdeel is van een deel- of hoofdelement.

Via deze structuur worden gegevens uitgewerkt en wordt de relatie tussen de verschillende deel- en gegevenselementen duidelijk en zijn daarmee op een bepaalde manier met elkaar verbonden, wat kan helpen om gegevens te ordenen. Dit model helpt om zicht te krijgen op de concepten die gebruikt worden in de verpleegkundige praktijk en hoe deze uitgewerkt en gedefinieerd worden.

Figuur 8:
Het structureren van gegevens in de verpleegkundige overdracht



In [figuur 9](#) is een voorbeeld gegeven over hoe deze gegevens in een verpleegkundige overdracht zouden kunnen worden getoond. In deze figuur is het hoofdelement ‘Gegevens over de patiënt’ te zien. Deze is weer uitgewerkt in de deelelementen ‘NAW-gegevens’, die weer uitgesplitst is in voor- en achternaam en adres. Daarnaast is ‘Geslacht’ ook uitgesplitst in verschillende deelelementen.

Figuur 9:
Voorbeeld uitgewerkt in hoofd-, deel- en gegevenselementen

Gegevens over de patiënt	
NAW-gegevens:	Voornaam:
	Achternaam:
	Adres:
Geslacht:	<input type="radio"/> Vrouw <input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Genderneutraal

4.2 Aanpak

4.2.1 Design

Er is een kwalitatief onderzoek opgezet waarbij een content analyse is toegepast. Via deze analyse zijn de hoofd-, deel- en gegevenselementen van Nederlandse overdrachtsformulieren uit de volgende zorgsectoren in kaart gebracht: het ziekenhuis, thuiszorg, verpleeghuis, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg.

4.2.2 Datacollectie

In de periode tussen 2012 en 2013 zijn verschillende verpleegkundige overdrachten verzameld via:

- De Verpleegkundige Adviesraden (VAR) in de diverse sectoren, zoals ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en verpleeghuissector.
- De V&VN afdelingen.

Via de mail werd gevraagd of zij een (leeg; niet ingevuld) verpleegkundige overdracht konden toesturen naar het onderzoeksteam (via een pdf of word bestand). In de mail werd ook een toelichting op het achterliggende doel gegeven.

Verschillende zorgorganisaties - met name uit de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg - gaven aan dat er geen vast format voor de overdracht was ontwikkeld. De beroepsgroep stelt naar eigen inzicht een overdracht op via een Word-bestand, print deze uit en geeft mee met de patiënt of zijn/haar familie of mantelzorger.

Totaal zijn 32 verpleegkundige overdrachten uit diverse sectoren ontvangen. Hiervan is een verzamelstaat of overzicht gemaakt. De verschillende overdrachten inclusief uitwerking in gegevenselementen werden geanalyseerd en geordend in de tabel 'Uitwerking overdrachten Nederland' (pagina 96). De indeling van de Excellijst uit de literatuurstudie is aangehouden. Via deze indeling is gekeken of de hoofd-, deel- en gegevenselementen aanwezig zijn – zie ook toelichting data-analyse in de volgende paragraaf.

4.2.3 Data-analyse

De verzamelde overdrachten werden ingedeeld per zorgsector en genummerd. De verpleegkundige overdrachten werden bestudeerd aan de hand van de volgende stappen:

- Van elke overdracht werden de hoofdelementen - die werden gebruikt om de gegevens voor de verpleegkundige overdracht te ordenen - geordend via de hoofdelementen van de literatuurstudie. De hoofdelementen die overeenkwamen werden voorzien van een '1'. En anders werd een nieuw hoofdelement toegevoegd (aangevuld) aan het overzicht (dit was niet het geval). Dit proces werd door twee onderzoekers - onafhankelijk van elkaar – uitgevoerd. De resultaten werden met elkaar vergeleken en bediscussieerd tot consensus was bereikt.
- Daarnaast werden de uitwerkingen (de deel- en gegevenselementen) geordend via het overzicht van de literatuurstudie. De uitwerkingen die overeenkwamen met de gegevenselementen uit de literatuurstudie werden voorzien van een '1'. En anders werd een nieuw deel- of gegevenselement toegevoegd (aangevuld) aan het overzicht. Ook dit proces werd door twee onderzoekers - onafhankelijk van elkaar - uitgevoerd. De resultaten werden eveneens met elkaar vergeleken en bediscussieerd tot consensus was bereikt.
- De tabel 'Uitwerking overdrachten Nederland' (pagina 96) geeft een overzicht van de hoofd-, deel- en de gegevenselementen.

4.3 Resultaten

In de periode van 2012-2013 zijn totaal 32 verpleegkundige overdrachten uit verschillende zorgorganisaties, en verdeeld over verschillende zorgsectoren, bestudeerd; zie tabel 4.

Tabel 4: Overdracht geïnccludeerde verpleegkundige overdrachten per zorgsector

Zorgsector	Aantal overdrachten 2012-2013
Ziekenhuis	11
GGZ & revalidatie	6
Gehandicaptenzorg	0
VVT, uitgesplitst in:	15
<i>Verpleeghuis</i>	4
<i>Verpleeghuis & Thuiszorgorganisatie</i>	6
<i>Thuiszorgorganisatie</i>	5
Totaal	32

4.3.1 De verpleegkundige overdrachten per sector

In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat het format van de overdrachten divers is en dat de overdrachten niet hetzelfde ingedeeld zijn. Er zijn hoofdelementen die voorkomen in alle zorgsectoren, zoals patiëntgegevens, gezinssamenstelling & woonsituatie, informatie over de organisatie, medische gegevens en het zorgplan. Er zijn ook accentverschillen tussen de sectoren.

Hulpmiddelen, levensovertuiging, metingen en screening/risicoanalyses komen voornamelijk voor in de ziekenhuizen en VVT-overdrachten.

Het accent in de VVT ligt meer op infecties, vrijheidsbeperkende maatregelen, communicatie, hulp van anderen, wensen van de cliënt, uitvoeringsverzoeken en reanimeren/euthanasie.

In de GGZ/revalidatie zijn juridische status/wettelijke vertegenwoordiger, doelen die zijn afgestemd met de cliënt, middelengebruik (roken, drugs, alcohol) en intoxicaties genoemd. Ook ligt het accent op het sociaal functioneren.

In de ziekenhuissector ligt de focus meer op de lichamelijke status, metingen, screening en medische zorg.

4.3.2 Hoofdelementen, deelelementen en gegevenselementen

De uitwerkingen van de overdrachten zijn onderverdeeld in 15 hoofdelementen. Hiervan zijn 77 deelelementen afgeleid, die weer zijn gespecificeerd in 79 gegevenselementen.

Raadpleeg voor het totaaloverzicht de tabel 'Uitwerking overdrachten Nederland' (pagina 96).

In alle geïncludeerde overdrachten (n=32;100%) zijn gegevens opgenomen gerelateerd aan de

- Identificatie van de patiënt: patiëntgegevens. Genoemd werden naam en adresgegevens (NAW-gegevens), de verzekeringsgegevens, gegevens over de contactpersoon van de patiënt en wettelijke vertegenwoordiger.
- Informatie over overplaatsing, bevat gegevens die een beeld geven over de reden van opname, ontslag of overplaatsing, het tijdpad en wie de behandelaar of verwijzer is.
- Zorgplan, waaronder patiëntproblemen (diagnosen, zorgvraag), bijbehorende interventies en de bereikte zorgresultaten. Er zijn zorginhoudelijke thema's genoemd, waarbij de diversiteit in de termen van de thema's opvalt. Ter illustratie hieronder een aantal voorbeelden in tabel 5. De zorginhoudelijke thema's zijn verschillend gespecificeerd of uitgewerkt in gegevenselementen.

Tabel 5: Een aantal voorbeelden over de verschillende termen m.b.t. zorginhoudelijke thema's

Zorginhoudelijke thema's van het zorgplan	Nummer deelnemende zorgorganisatie
'Voeding en Vocht'	[VVT10, VVT12, VVT14, VVT15]
'Voeding'	[ZH4, ZH5, ZH6, ZH7]
'Voeding en stofwisselingspatroon'	[VVT4, ZH1, ZH3]
'Voeding, stofwisseling en uitscheiding'	[VVT2]
'Dieet'	[GGZ1]
'Opname lucht, vocht en voeding'	[Rev1]
'Cognitie en waarneming'	[ZH1, ZH4, ZH6, ZH7]
'Denk en waarnemingspatroon'	[ZH11, VVT2]
'Cognitief functioneren'	[VVT15]
'Zelfzorg en ADL'	[ZH1]
'ADL en mobiliteit'	[VVT10]
'Persoonlijke verzorging'	[ZH2]
'ADL-gegevens'	[VVT6]
'ADL aandachtgebieden'	[VVT9]
'ADL'	[REV1]
'Woon- en leefsituatie'	[VVT2, ZH10]
'Thuissituatie, Relatie en woonsituatie'	[ZH9]

In de meerderheid van de geïncludeerde overdrachten zijn gegevens opgenomen via de volgende hoofdelementen:

- Informatie over organisatie (n=29;91%), waarbij gegevens opgenomen over de versturende en ontvangende organisatie.
- Medische gegevens (n=29;91%), waaronder medische diagnose, behandeling, voorgeschiedenis allergieën, infecties, vaccinaties en medicatie.
- Hulpmiddelen (n=25;78%). In dit hoofdelement zijn alle gegevens opgenomen die betrekking hebben op soorten infusen, sondes, katheters, drains, zuurstoftoediening enz.
- Hulp van anderen (n=25;78%), welke betrekking heeft op de mantelzorg en de sociale context van zorg, zoals de naam van de mantelzorg, de soort en frequentie van zorg die overgenomen wordt.
- Psychisch, mentaal, geestelijk (n=24;75%) uitgesplitst in dertien deelelementen.
- Meetwaarden (n=23;72%), zoals bloeddruk, gewicht, lengte enz.
- Taal, communicatie (n=20;63%), waaronder gegevens over de nationaliteit van iemand, de primaire (spreek)taal, of een tolk nodig is en of iemand kan communiceren (begrijpen en zich kunnen uiten).
- Gezinsamenstelling en woonsituatie (n=19;59%). In dit onderdeel zijn gegevens opgenomen die gerelateerd zijn aan de context van het gezin en het wonen.

De volgende hoofdelementen komen in mindere mate voor bij de verpleegkundige overdrachten:

- Middelengebruik (n=13;41%).
- Levensovertuiging (n=9; 28%), waaronder religie.
- Participatie in de maatschappij (n=4; 13%), waaronder beroep, werk, financiële situatie.

Tot slot is een groep Overig, waarin de elementen zijn geïncorporeerd die lastig te clusteren zijn, zoals ingesloten documenten (meegestuurde bijlagen).

4.4 Reflectie op bevindingen

In deze studie is onderzocht welke hoofd-, deel- en gegevenselementen in de Nederlandse verpleegkundige overdracht aanwezig zijn. Er zijn 32 overdrachten bestudeerd, afkomstig uit verschillende zorgsectoren. De meeste overdrachten komen uit het ziekenhuis en de VTT. In 2016 is een studie door Buurman *et al* [53] uitgevoerd, waarbij een gepersonaliseerde overdracht van een Nederlands ziekenhuis naar de thuiszorg is ontwikkeld. Positief is dat de geïncorporeerde gegevens uit dit onderzoek en de gegevens die via de analyse zijn opgehaald, overeenkomen. De GGZ en gehandicaptenzorg lijken ondervertegenwoordigd. Echter, in een verkennend onderzoek van McCloughen *et al* [14] en een onderzoek van MacNeela *et al* [48] over welke gegevens relevant zijn in de dagelijkse zorg in de psychiatrie kwam naar voren dat ADL, voeding, de mentale status (met patiëntproblemen), therapietrouw, familie en sociale contacten veel voorkomende onderwerpen zijn. Hoewel deze studies niet gericht waren op het uitwisselen van gegevens tussen zorgsectoren, komen deze onderwerpen overeen met de bevindingen uit onze studie.

In deze paragraaf worden de overige bevindingen als volgt beschouwd:

- Diversiteit in structuur en uitwerking
- Het verpleegkundig zorgplan
- Methodologische beperkingen

4.4.1 Diversiteit in structuur en uitwerking

In het algemeen kan gesteld worden dat een zekere overlap bestaat tussen de hoofdelementen van de bestudeerde overdrachten. Opvallend daarbij is dat:

- De termen van deze hoofdelementen niet altijd synoniem zijn aan elkaar, wat inhoudt dat deze voor verschillende interpretaties vatbaar zijn.
- De hoofdelementen zijn verschillend uitgewerkt in deel- of gegevenselementen.
- De mate van gedetailleerdheid verschillend is. Of deze zijn niet uitgewerkt; in dit geval kan een verpleegkundige vrije teksten invullen bij het betreffende element. Zie hieronder ter illustratie een aantal voorbeelden.

Elementen	Uitwerking
'Waarneming en cognitie' [ZH6]	Leef- en woonsituatie: <ul style="list-style-type: none"> • Alleenwonend • Gelijkvloers
'Thuisituatie' [ZH9]	-
'Woonsituatie' [ZH10]	<ul style="list-style-type: none"> • Woning met trap • Woning zonder trap • Gelijkvloers • Anders, nl

Elementen	Uitwerking
'Woon- en leefsituatie' [VVT2]	<ul style="list-style-type: none"> • Samenstelling huishouden + aanpassingen woonsituatie + bijzonderheden • Rol van mantelzorg, familieleden en anderen
'Waarneming en cognitie' [ZH6]	Taal en communicatie: <ul style="list-style-type: none"> • Spreektaal
'Algemene gegevens' [ZH1]	Taalvaardigheid: <ul style="list-style-type: none"> • Taal • Tolk nodig

In de overdracht van verpleegkundige [ZH6] is een element 'waarneming en cognitie', en een element 'leef- en woonsituatie', waarbij aangevinkt kan worden dat een patiënt alleenwonend is. In de overdracht van de verpleegkundige [VVT2] is een element 'Woon- en leefsituatie' en een element 'Samenstelling huishouden + aanpassingen woonsituatie + bijzonderheden'. De verpleegkundige kan in dit veld via een vrije tekst aangeven dat de patiënt alleenwonend is. Een element kan dus verschillende (niet-overeenkomende) uitwerkingen hebben. Leef- en woonsituatie kan een element zijn [VVT2], maar kan ook een uitwerking of specificatie zijn bij een ander element zijn, zoals 'Waarneming en cognitie' [ZH6].

Uit bovenstaande beschouwing blijkt een mate van diversiteit in de hoofd-, deel- en de daaraan verbonden gegevenselementen. Ons onderzoek toont daarmee aan dat de communicatie in de zorgketen nog lang niet eenduidig is. En dat - zoals Galster [54] het verwoord in een literatuurstudie – de mate van diversiteit zorgt dat gegevens niet vindbaar zijn; niet beschikbaar; niet toereikend; niet (her)bruikbaar. (Semantische) interoperabiliteit komt op deze manier niet tot stand [55].

Een mogelijke verklaring voor deze diversiteit kan zijn dat verpleegkundige zorg in diverse zorgsectoren plaatsvindt met elk een eigen focus, dynamiek of cultuur. De keuze voor bepaalde hoofd-, deel- of gegevenselementen kan daarmee verband houden. Wanneer een IT-leverancier zorgorganisaties de mogelijkheid biedt om een overdrachtsformulier aan te passen, dan kunnen deze voorkeuren zichtbaar worden. Dat is begrijpelijk, want de beroepsgroep (op beroepsgroepsniveau) heeft geen afspraken gemaakt over de inhoud en uitwerking van de verpleegkundige overdracht.

4.4.2 Het verpleegkundig zorgplan

Een andere bevinding van deze studie heeft betrekking op het onderdeel 'zorgplan'. In alle geïnccludeerde overdrachten worden verpleegkundige gegevens met betrekking tot het zorgplan overgedragen (waaronder één of meerder patiëntproblemen, bijbehorende interventies en de bereikte zorgresultaten). Opvallend is het verschil in inhoudelijke zorgplan-thema's en de wijze waarop deze uitgewerkt zijn. Ook de bevinding over het 'psychisch of mentaal functioneren'. Er zijn in dit hoofdelement dertien verschillende deelelementen uitgewerkt die gerelateerd zijn aan verpleegkundige patiëntproblemen (diagnosen).

Een denkbare verklaring voor de variatie tussen de uitwerking van het zorgplan (inclusief de deelelementen van 'psychisch, mentaal, geestelijk') kan zijn dat er geen eenduidige opvattingen zijn over het verpleegkundig kennisdomein. Verpleegkundige zorg richt zich op de reactie of gevolgen die een patiënt met een ziekte of aandoening kan hebben; de reactie of gevolgen kunnen gericht zijn op (een combinatie van) het lichamelijke, geestelijke, functionele en sociale functioneren en welbevinden [56]. Als niet duidelijk omschreven is welke verpleegkundige concepten of diagnosen van toepassing zijn, dan wordt het beschrijven en kwantificeren van de unieke bijdrage van verpleegkundige zorg aan uitkomsten van zorg ook een uitdaging.

Hier ligt een kans voor de beroepsgroep: het standaardiseren van gegevens geeft input aan de discussie over hoe een bepaald verpleegkundig concept (en de uitwerking in gegevens) geduid moet worden, en waarom verslaglegging hierover nodig is [57]. Dit kan betekenen dat (lokale) voorkeuren van gebruikers (lees: de beroepsgroep) mogelijk niet altijd meer kunnen worden ingewilligd. Er wordt dan ook aanbevolen om een gestructureerd proces voor het vaststellen en uitwerken van verpleegkundige concepten en bijbehorende gegevens op te zetten. Dit betekent dat afstemming met gebruikers(groepen) en IT-leveranciers cruciaal is. Tegelijkertijd is het werken met eenduidige gegevens een nieuwe ontwikkeling. De beroepsgroep moet de waarde ervan nog ondervinden. Van belang is om ook voor deze waardebevestiging een gecontroleerd proces op te zetten, zodat eventuele wijzigingen in afstemming met gebruikers(groepen) en IT-leveranciers stapsgewijs doorgevoerd kunnen worden.

4.4.3 Methodologische beperkingen

Via de analyse van Nederlandse verpleegkundige overdrachten is gekeken welke hoofd-, deelelementen en gegevenselementen uitgewerkt zijn. Er kunnen kanttekeningen geplaatst worden bij dit onderzoek. Het is de vraag of het aantal bestudeerde overdrachten (n=32) een volledig en representatief beeld geeft over de overdrachten tussen de verschillende zorgsectoren en zorgcontexten; vanwege het aantal en/of de verdeling van de overdrachten over de verschillende zorgsectoren: het ziekenhuis (n=11); VVT (n=15); GGZ & revalidatie (n=6). Dit onderzoek heeft echter wel een eerste inzicht gegeven in de overlappende hoofd-, deel- en gegevenselementen van de overdrachten en de verschillen in uitwerkingen.

Ondanks deze kanttekeningen zijn de bevindingen van dit onderzoek relevant en waardevol. Er is een overzicht van gegevens gemaakt, die relevant zijn voor de verpleegkundige overdracht. Bovendien worden de bevindingen in een breder perspectief geplaatst en vergeleken met de bevindingen uit de literatuurstudie. Dit zorgt ervoor dat de bevindingen verrijkt worden met input en kennis uit andere bronnen.

4.5 Conclusie

Via de analyse van de Nederlandse verpleegkundige overdracht is gekeken hoe de verpleegkundige overdrachten uit diverse zorgsectoren is opgebouwd en uitgewerkt. Er is een overzicht gemaakt, waarin 15 hoofdelementen zijn uitgewerkt. Drie hoofdelementen zijn altijd in alle overdrachten aanwezig: patiëntgegevens, informatie over de organisatie en het verpleegkundig zorgplan.

Er zijn ook accentverschillen tussen de overdrachten. In de GGZ/revalidatie lijkt het accent meer te liggen op het middelengebruik en het sociaal functioneren en de wettelijke vertegenwoordiging. In de VVT ligt het accent op de wensen rondom het levenseinde, de hulp van anderen (mantelzorg) en vrijheidsbeperkende maatregelen. In de ziekenhuissector lijkt de focus te liggen op de lichamelijke status, metingen, screening en medische zorg.

Hoewel een diversiteit aan termen en specificaties is gevonden, geeft het overzicht een goed beeld op de opbouw en uitwerking van de verpleegkundige overdrachten in de verschillende zorgsectoren. Dit overzicht helpt om uit te zoeken welke hoofd-, deel- en gegevenselementen relevant zijn voor een gestandaardiseerde verpleegkundige overdracht. Het is wel belangrijk om de bevindingen eerst af te zetten tegen de bevindingen die zijn opgehaald uit de literatuurstudie. In hoeverre komen de hoofd-, deel- en gegevenselementen met elkaar overeen? Het volgend hoofdstuk gaat hier nader op in.

5

Synthese van de bevindingen

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4 met elkaar vergeleken. Via een vergelijkende analyse worden de verschillen tussen de beide overzichten onderzocht en beschreven. Het doel is 1. te onderzoeken wat de verschillen of de overeenkomsten zijn tussen beide overzichten en 2. te komen tot een generieke gegevensset; m.a.w. een gegevensset met mogelijk relevante gegevens voor de overdracht. Als een bepaald gegeven niet in het Nederlandse overzicht is opgenomen, maar wel in het internationale overzicht, dan kan in een later stadium bepaald worden of dit gegeven al dan niet relevant is om over te dragen.

5.1 Aanpak

5.1.1 Design

Vergelijkende analyse.

5.1.2 Data collectie

Voor de vergelijkende analyse zijn aantallen en percentages van de verschillende hoofdelementen, deelelementen en gegevenselementen van beide overzichten (van hoofdstuk 3 en 4) in een tabel naast elkaar geplaatst.

In de tabel 'Bevindingen internationaal en NL samengevoegd' (pagina 110) is een generieke gegevensset te zien, die uit zowel de literatuurstudie (kolom Internationaal) en de analyse van de Nederlandse overdracht (kolom Nederland) naar voren zijn gekomen. Elk hoofdelement bevat verschillende deelelementen (kolom B), die weer uitgewerkt zijn in gegevenselementen (kolom D).

In de tabel wordt ook het aantal keer dat een hoofdelement, deelelement en gegevenselement voorkomt plus het percentage getoond.

5.1.3 Data analyse

Om vast te stellen wat de verschillen zijn, zijn de deelelementen en de gegevenselementen met een kleur gemarkeerd. De groen gemarkeerde deelelementen en gegevenselementen komen voor in het overzicht van de literatuurstudie. Deze zijn bij elkaar opgeteld. De rood gemarkeerde deelelementen en gegevenselementen zijn genoemd in de Nederlandse overdrachten. Deze zijn ook bij elkaar opgeteld. De zwart gemarkeerde deelelementen en gegevenselementen komen voor in beide overzichten en zijn bij elkaar opgeteld. Bij de aantallen worden percentages vermeld.

5.2 Bevindingen

In deze paragraaf worden de bevindingen van de vergelijking als volgt toegelicht:

- De hoofdelementen
- De deelelementen
- De gegevenselementen

5.2.1 De hoofdelementen

De gegevens zijn samengevoegd via de vijftien hoofdelementen – zie kolom 2 van tabel 6 (hieronder). Kolom 3 geeft weer hoe vaak een hoofdelement is genoemd in de literatuurstudie uitgedrukt in aantal en percentage. Kolom 4 geeft dit voor de Nederlandse overdracht weer. Er zijn verschillen tussen beide overzichten. In kolom 5 is weergege-

ven of het Internationale aantal/percentage lager, hoger of gelijk is ten opzichte van de Nederlandse aantal/percentage.

Tabel 6: Overzicht van het aantal hoofdelementen Internationaal en Nederland

Hoofdelement	Internationaal		Nederland		▲ hoger in Nederland ▼ lager in Nederland ■ Gelijk
	N=14	%	N=32	%	
1 Patiëntgegevens	14	100%	32	100%	■
2 Gezinsamenstelling en woonsituatie	7	50%	19	59%	▲
3 Informatie over organisatie	10	71%	29	91%	▲
4 Medische gegevens	14	100%	29	91%	▼
5 Informatie over overplaatsing	10	71%	32	100%	▲
6 Meetwaarden	9	64%	23	72%	▲
7 Zorgplan	14	100%	31	100%	■
8 Psychisch, mentaal, geestelijk	13	93%	24	75%	▼
9 Taal, communicatie	10	71%	20	63%	▼
10 Levensovertuiging	2	14%	9	28%	▲
11 Participatie in de maatschappij	3	21%	4	13%	▼
12 Hulp van anderen	10	71%	22	69%	▼
13 Hulpmiddelen	10	71%	25	78%	▲
14 Middelengebruik	2	14%	13	41%	▲
15 Overig	6	43%	29	91%	▼

Twee hoofdelementen Patiëntgegevens en Zorgplan komen in beide overzichten altijd voor (100%). Er zijn accentverschillen: zeven hoofdelementen (rode pijlen) zijn minder vaak genoemd in de overdrachten die internationaal ontwikkeld zijn ten opzichte van de Nederlandse overdrachten. Zes hoofdelementen (paarse pijlen) komen meer voor in de Nederlandse overdrachten ten opzichte van de overdrachten die internationaal ontwikkeld zijn.

5.2.2 De deelelementen

De vijftien hoofdelementen zijn gespecificeerd in totaal 89 deelelementen – tabel 'Bevindingen internationaal en NL samengevoegd' (pagina 110) kolom B. Er zijn verschillen gevonden in de keuze van de deelelementen. De verschillen zijn zichtbaar gemaakt via groen, rood en zwart gemarkeerde deelelementen in kolom B. De verschillen zijn vooral zichtbaar bij de uitwerking van de hoofdelementen 'Zorgplan' en 'Psychisch, mentaal, geestelijk'.

Uitwerking van het zorgplan

Opvallend is dat negentien deelelementen zijn genoemd voor het hoofdelement Zorgplan – zie [tabel 7](#) hieronder. In deze tabel is te zien dat twaalf deelelementen in beide overzichten zijn gevonden, maar dat in de Nederlandse overdracht nog zes andere hoofdelementen werden genoemd (rood gemarkeerd in tabel hieronder). Deze hoofdelementen komen overigens niet veel voor (gemiddeld worden zij in één tot drie van de 32 onderzochte overdrachten genoemd; met uitzondering van rollen en relatie (negen van de 32 keer genoemd).

Samen gevat: het hoofdelement Zorgplan komt in beide overzichten altijd voor. Maar er zijn verschillen in de uitwerking. Twaalf deelelementen komen in beide overzichten voor. Zeven deelelementen komen alleen voor in de Nederlandse overdrachten.

Tabel 7: De 19 (verschillende) deelelementen van het Zorgplan

19 deelelementen van het hoofdelement Zorgplan	
Deelelement (in beide overzichten)	Deelelement in Nederlandse overdrachten
1 Functionele status	13 Therapietrouw (in 2 van de 32 overdrachten)
2 Mobiliteit	14 Moeder en kind (in 3 van de 32 overdrachten)
3 ADL, zelfzorg	15 Patroon van probleemherkenning (in 1 overdracht)
4 Voeding	16 Veiligheid/bescherming (in 2 van de 32 overdrachten)
5 Uitscheiding	17 Epilepsie (in 1 overdracht)
6 Voortplanting	18 Gezondheidsbevordering (in 2 van de 32 overdrachten)
7 Wond	19 Rollen en relatie (in 9 van de 32 overdrachten)
8 Slaap	
9 Zintuigen	
10 Pijn	
11 Ademhaling	
12 Circulatie	

Zwart gemarkeerde tekst = komt voor in overzicht literatuurstudie en Nederlandse overdrachten

Rood gemarkeerde tekst = komt alleen voor in Nederlandse overdrachten

Uitwerking van 'psychisch, mentaal, geestelijk'

Daarnaast zijn verschillen tussen de deelelementen zichtbaar bij het hoofdelement Psychisch, mentaal, geestelijk – zie [tabel 8](#) (hieronder), waar 21 deelelementen genoemd zijn. In deze tabel is te zien dat negen deelelementen in beide overzichten voorkomen, maar dat er ook negen deelelementen alleen in het overzicht van de literatuurstudie zijn genoemd en drie deelelementen alleen in de Nederlandse overdracht voorkomen.

Tabel 8: De 21 (verschillende deelelementen van Psychisch, mentaal en geestelijk

21 deelelementen van het hoofdelement Psychisch, mentaal en geestelijk		
Deelelement (in beide overzichten)	Deelelement alleen literatuurstudie	Deelelement in Nederlandse overdrachten
1 Desoriëntatie	10 Depressie	19 Delier
2 (Risico op) suïcide	11 Sensorische en neurologische functies	20 Problemen met aandacht, concentratievermogen
3 Problemen met stemming, gevoelsstatus	12 Verward	21 Problemen met denken
4 Gedrag	13 Psychologische behoefte	
5 Gevaar voor zichzelf, anderen	14 Dwalen	
6 Inzicht in gezondheid, ziekte	15 Teruggetrokken	
7 Cognities	16 Angst	
8 Geheugen	17 Zorgmijding	
9 Bewustzijnsstatus	18 Niet om kunnen gaan met stress	

Zwart gemarkeerde tekst = komt voor in overzicht literatuurstudie en Nederlandse overdrachten

Rood gemarkeerde tekst = komt alleen voor in Nederlandse overdrachten

Groen gemarkeerde tekst = komt alleen voor in overzicht literatuurstudie

Wat opvalt uit dit overzicht is de diversiteit. Het hoofdelement lijkt een concept waarbij deelelementen gerelateerd zijn aan een mentale status, maar dat het onderscheid tussen medische diagnostiek (zoals depressie), verpleegkundige diagnostiek of observaties (teruggetrokken, dwalen) niet duidelijk is. Kennelijk is dit concept in de verpleegkunde nog niet goed uitgekristalliseerd. Dit in tegenstelling tot de andere hoofdelementen, waarbij meer overeenstemming lijkt te zijn over bepaalde deelelementen.

5.2.3 De gegevenselementen

De deelelementen (n=89) worden uitgewerkt in 98 gegevenselementen; zie ook [tabel 9](#) en tabel ['Bevindingen internationaal en NL samengevoegd'](#) (pagina 110, kolom D).

Van de 98 gegevenselementen komen 44 (45%) gegevenselementen voor in beide overzichten (zwart gemarkeerd);

Dit betekent dat accentverschillen zijn tussen beide overzichten – zie ook tabel hieronder. De groen gemarkeerde deelelementen komen voort uit de literatuurstudie (n=21;21%); de rood gemarkeerde deelelementen zijn genoemd in de Nederlandse overdrachten (n=33;34%).

Tabel 9: Overdracht van het aantal gegevenselementen

Gegevenselementen	Aantal	%
In beide (internationaal en Nederland)	44	45%
Internationaal overzicht	21	21%
Nederlands overzicht	33	34%
Totaal aantal gegevenselementen	98	100%

De accentverschillen zijn met name zichtbaar bij het hoofdelement Zorgplan, Psychisch, mentaal, geestelijk en bij Participatie in de maatschappij.

Als vervolgens gekeken wordt naar de uitwerking van de deelelementen in gegevenselement, dan valt op dat de deelelementen van het Zorgplan het meest verschillend worden uitgewerkt.

5.3 Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk is een vergelijking gemaakt tussen de overzichten van gegevens die via de literatuurstudie en via de analyse van de Nederlandse verpleegkundige overdrachten naar voren zijn gekomen. Er zijn verschillen tussen beide overzichten, met name bij de uitwerking van de Hoofdelementen 'zorgplan' en de 'psychisch, mentaal, geestelijk'.

De vergelijking levert een generieke gegevensset op, waarbij alle deel- en gegevenselementen zijn geïnccludeerd. Deze generieke gegevensset vormt de basis voor de verdere doorontwikkeling naar een gegevensset die eenduidige en relevante gegevens moet bevatten. Dit is een voorwaarde om te komen tot een informatiestandaard voor de verpleegkundige overdracht.

De generieke gegevensset geeft tegelijkertijd een aantal relevante aandachtspunten mee:

- Het is belangrijk dat de gegevens gemodelleerd worden naar het landelijk vastgestelde informatiemodel van zorginformatiebouwstenen. Via een informatiemodel worden gegevens op een eenduidige en consistente manier gestructureerd en wordt de onderlinge relatie tussen de gegevenselementen ook zichtbaar. Deze afspraken worden vastgelegd in zorginformatiebouwstenen. Het doel hiervan is dat gegevens over patiënten op een begrijpelijke manier worden opgeslagen zodat de gebruikers en systemen gemakkelijk kunnen werken en toegang hebben tot de gegevens die zij nodig hebben voor de dagelijkse zorg. Verpleegkundigen kunnen de juiste gegevens op een juiste manier gebruiken.
- De scope van gegevensuitwisseling lijkt gericht te zijn op ziekenhuis, thuiszorg en verpleeghuis. Daarnaast zijn ook de doelgroep kinderen tot en met achttien jaar ondervertegenwoordigd. De diversiteit van zorgsectoren en verschillende doelgroepen moet in acht worden genomen, zodat alle relevante gegevens worden geïnccludeerd. Daarom wordt aanbevolen om extra informatie te achterhalen via dossieronderzoek, literatuur of casuïstiek over de zorgsectoren GGZ en verstandelijk gehandicaptenzorg en over de doelgroep kinderen t/m 18 jaar. Daarnaast is het wenselijk om de (aangepaste) gegevensset te valideren in alle zorgsectoren.
- Ook is een diversiteit aan verpleegkundige concepten en met name de uitwerking ervan gevonden met betrekking tot het verpleegkundig zorgplan. Deze zijn niet uniform, wat consequenties heeft voor:
 - gegevensuitwisseling in de zorgketen.
 - het door ontwikkelen van het zorg brede verpleegkundig vakgebied en het kennisdomein.

Daarom wordt aanbevolen om te starten met een onderzoek naar het eenduidig formuleren van het zorgplan en daarnaast een aanpak te ontwikkelen om het zorgplan te onderhouden.

Vervolgstappen

Op basis van de conclusie en aanbevelingen zijn vervolgstappen uitgezet, die leiden tot de ontwikkeling van de informatiestandaard. Deze vervolgstappen worden in het volgende deel van dit rapport nader toegelicht.

Deel III

De ontwikkeling en vaststelling van de informatiestandaard eOverdracht

In Deel III van het verantwoordingsrapport wordt ingegaan op de verschillende stappen die hebben geleid tot het vaststellen van de informatiestandaard eOverdracht. Er wordt een toelichting gegeven op de landelijke aanpak om gegevens te standaardiseren en vervolgens hoe V&VN hier samen met Nictiz invulling aan heeft gegeven.

De gegevensset is omgezet naar een informatiemodel van zorginformatiebouwstenen en SNOMED. Dit is de eerste versie van de informatiestandaard. Daarna is een validatieproces gestart en zijn via het wijzigingsproces wijzigingen voorgesteld. Deze zijn verwerkt, wat heeft geleid tot de huidige versie van de informatiestandaard. Verder komt het beheer en de governance in dit deel aan de orde.

Tot slot wordt een kort inkijkje gegeven in de koers voor de komende jaren.

6

Algemene inleiding

6.1 Een landelijke aanpak voor standaardisatie van gegevens

Via de generieke gegevensset (hoofdstuk 5) kunnen afspraken gemaakt worden over welke gegevens hoe moeten worden vastgelegd en uitgewisseld. Het uitgangspunt is dat deze gegevens aan de bron wordt vastgelegd: eenmalig vastleggen, meervoudig gebruik. Het is dan ook logisch dat V&VN aansluiting heeft gezocht bij het landelijke programma Registratie aan de Bron. Dit programma is gestart in 2013, met als missie: 'Betere zorg door eenduidig registreren van zorginformatie voor hergebruik'. Het programma was een initiatief van de universitair medische centra en Nictiz. Naast V&VN hebben ook de NVZ en FMS zich hierbij aangesloten.

Via dit programma is een visie op het standaardiseren van gegevens ontwikkeld. Deze visie heeft geleid tot de ontwikkeling van zorginformatiebouwstenen (zibs). Via zibs worden gegevens gedefinieerd, uitgewerkt en vastgesteld volgens een vaste structuur:

- Een hoofdelement (hoofdconcept)
- Bijbehorende gegevenselementen (die een relatie met het hoofdelement hebben)
- Coderingen (waardelijsten) via SNOMED-terminologie (*zie kader met extra informatie)

Zorginformatiebouwstenen bevatten afspraken over klinische concepten, die elk meerdere gegevens in zich herbergen met een afgesproken inhoud, structuur en onderlinge relatie.

i

* Extra informatie over SNOMED

SNOMED CT is een internationaal, medisch terminologiestelsel en bevat een grote verzameling zorgtermen met hun synoniemen. Onder een terminologie wordt het volgende verstaan: 'een door mensen en machines leesbare gestructureerde representatie van concepten en hun relaties' [1]. De zorgtermen worden in de directe patiëntenzorg gebruikt voor de vastlegging van diagnoses, klachten, symptomen, omstandigheden, ziekteprocessen, interventies, resultaten en besluitvorming.

Het is dus mogelijk om alle gegevens die nodig zijn voor de zorg, zoals de locatie van een wond, woonsituatie of gezinssituatie, een verpleegkundige of medische diagnose via deze terminologie vast te leggen. Het is ontworpen om zorgtermen op een gestructureerde en standaard manier te representeren, zodat ze gemakkelijk te begrijpen en te gebruiken zijn voor mensen in de gezondheidszorg. SNOMED wordt inmiddels in meer dan tachtig landen gebruikt (www.snomed.org).

De zorginformatiebouwstenen (inclusief SNOMED) zijn dus standaarden voor de manier waarop bepaalde gegevens worden opgeslagen en uitgewisseld. Ze helpen om ervoor te zorgen dat de gegevens op een consistente en begrijpelijke manier worden gepresenteerd in het elektronisch zorgdossier.

Het doel van deze standaardisatie is dat de gegevens uit het zorgproces kunnen worden uitgewisseld met andere systemen. Patiënten 'bewegen' immers door verschillende sectoren en settings. Patiënten en zorgprofessionals moeten kunnen beschikken over gegevens die relevant zijn voor de dagelijkse zorg – rekening houdend met de zorgsectoren en -settings – zodat de zorg gecontinueerd kan worden ongeacht waar de patiënt naartoe wordt overgeplaatst of zorg krijgt. Daarmee overschrijden gegevens de grenzen

van zorgorganisaties en systemen, zodat misinterpretaties worden voorkomen. Dit is ook relevant voor het hergebruik voor andere doeleinden zoals kwaliteitsregistraties, overdracht of patiëntgebonden onderzoek.

Via het informatiemodel is een beweging in gang gezet die inmiddels breed wordt omarmd door alle zorgpartijen, die verenigd zijn via het Informatieberaad Zorg. Dit is een overlegorgaan, waarbij doelen vastgesteld zijn over registratie aan de bron, gegevensuitwisseling tussen professionals en met de patiënt. Via het Informatieberaad Zorg worden (eventuele) knelpunten, oplossingen, besluiten genomen en kennis gedeeld. Meer informatie over de deelnemers en opzet, [klik hier](#).

De zorginformatiebouwstenen inclusief SNOMED** worden gezien als het fundament die het mogelijk maken om systemen zodanig in te richten dat gegevensuitwisseling en hergebruik gerealiseerd worden. Dit fundament is niet zorgsector- of domein- of zorgorganisatie-specifiek, maar generiek en bevat dus standaarden of producten die alle zorgpartijen gebruiken.

i

** Extra informatie over SNOMED

Op nationaal niveau is gekozen voor de terminologie SNOMED die voor en door alle zorgprofessionals ontwikkeld is. Op deze manier wordt toegewerkt naar eenduidige taal die voor alle zorgprofessionals te begrijpen is. SNOMED is vertaald naar het Nederlands. Aan SNOMED zijn geen kosten verbonden. Nictiz beheert de standaard.

De keuze om in Nederland te werken met SNOMED is door alle zorgpartijen geaccepteerd. Specifiek voor de verpleegkundige beroepsgroep is door alle zorgpartijen - die zitting hebben in het Informatieberaad - op 26 maart 2018 besloten dat SNOMED ook voor de verpleging en verzorging de terminologie is, zodat eenduidige (vak)taal ontwikkeld kan worden door de zorgketen. Zie ook een citaat uit verslag overleg EU-gezondheidsraad (22 juni 2018):

“Op 26 maart 2018 heeft het Informatieberaad ingestemd met een voorstel van het zorgveld om eenheid van taal te versnellen door de belangrijk verpleegkundige overdracht overal te gaan doen volgens de internationaal veelgebruikte SNOMED standaard”.

In het internationale discours zijn statements door beroepsverenigingen afgegeven over het gebruik van SNOMED voor de verpleging:

- Canadian Nurse Association: [Position Statement](#)
- American Nurse Association: [Position Statement](#)
- International Council of Nurses: [Agreement International Council of Nurses and SNOMED](#)

V&VN steunt de keuze om te werken aan een gemeenschappelijke taal via SNOMED, vanwege de voordelen die het oplevert:

- Het bevat termen voor alle relevante zorgconcepten, zoals woonsituatie, allergieën, maar ook het zorgplan enz.
- Communicatie tussen verpleegkundigen onderling, met de patiënt en andere zorgprofessionals verbetert omdat gebruik wordt gemaakt van dezelfde termen (en coderings-systematiek)
- Gegevens worden vergelijkbaar tussen zorgorganisaties
- Het klinisch redeneerproces wordt transparant en navolgbaar, want verpleegkundigen maken gebruik van dezelfde eenduidige gegevens (zie onderstaand kader met extra

informatie en [bijlage 1](#) Begrippen toegelicht).

- Het gebruik van SNOMED draagt bij aan vermindering van administratieve lasten en informatieverlies treedt niet meer op.

V&VN realiseert zich tegelijkertijd dat een transitie nodig is om de huidige diversiteit aan gegevens om te buigen naar eenduidige gegevens in het zorgdossier. Meer hierover in hoofdstuk 15; De koers van V&VN voor de komende jaren.

i

Extra informatie

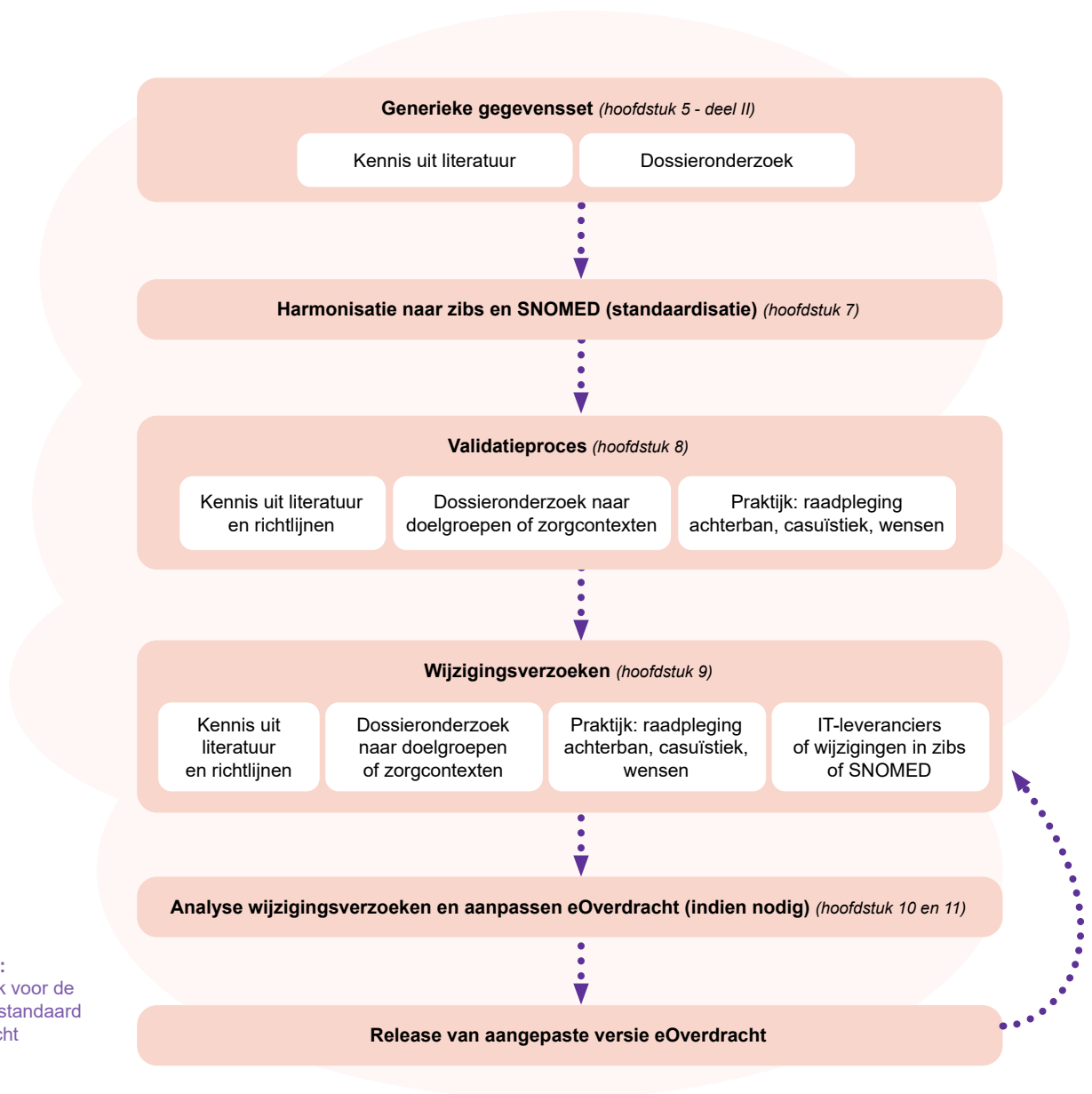
Transparant betekent dat de stappen en besluiten die worden genomen tijdens het zorgproces duidelijk zijn voor de beroepsgroep en patiënten, zoals welke vragen zijn gesteld, welke factoren spelen een rol, welke resultaten zijn gevonden? Dus: weet de beroepsgroep (van elkaar) hoe de stappen uitgewerkt zijn, wat wel of niet wordt genoteerd, en waarom bepaalde beslissingen zijn genomen? Is dit proces inzichtelijk?

Navolgbaar betekent dat het proces op een consistente manier wordt uitgevoerd, zodat een collega deze kan volgen? Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat verpleegkundigen dezelfde documentatie invullen bij elke patiënt. Het gaat hier om de vergelijkbaarheid en reproduceerbaarheid van het zorgproces. Met andere woorden: wordt het zorgproces op een consistente manier uitgevoerd, zodat de resultaten veel beter vergelijkbaar worden.

In de volgende paragraaf wordt een toelichting gegeven op de aanpak van de informatiestandaard eOverdracht, waarbij bovengenoemde ontwikkelingen zijn meegenomen.

6.2 De aanpak voor de ontwikkeling van de eOverdracht

De ontwikkeling van de informatiestandaard eOverdracht bestaat uit verschillende stappen die zijn gevisualiseerd in [figuur 10](#). De ontwikkeling van de informatiestandaard eOverdracht is echter niet via een lineair proces tot stand gekomen, maar participatief, cyclisch en reflexief. Het is een iteratief proces geweest, waarbij het veranderen, leren en kennisontwikkeling centraal staat. Daarbij is er voortdurend aandacht voor de unieke context en dynamiek van het speelveld.



Figuur 10:
De aanpak voor de
informatiestandaard
eOverdracht

In [figuur 10](#) is te zien dat de basis van de informatiestandaard is gebaseerd op de generieke gegevensset (zie [hoofdstuk 5](#)), die via een literatuurstudie en dossieronderzoek is opgehaald. Daarna zijn de volgende stappen uitgevoerd:

- Harmonisatie naar zibs en SNOMED ([hoofdstuk 7](#)). Dit betekent dat de gegevens uit de generieke gegevensset zijn omgezet naar het informatiemodel van zorginformatiebouwstenen (inclusief SNOMED). Dit proces heeft geleid tot een eerste versie van de informatiestandaard eOverdracht.
- Het validatieproces ([hoofdstuk 8](#)). De eerste versie was nog niet 'volwassen'; dat wil zeggen dat de informatiestandaard in dit stadium nog in ontwikkeling is en dat er nog verbeteringen of aanpassingen nodig zijn. Daarom is een validatieproces opgetuigd, waarbij kennis en ervaringen zijn opgehaald via verschillende bronnen (zie [figuur 10](#)). Het validatieproces heeft geleid tot verzoeken om aanpassingen aan de informatiestandaard door te voeren.
- Wijzigingsverzoeken ([hoofdstuk 9](#)). De wijzigingen worden via wijzigingsverzoeken ingediend, zodat het wijzigen via een gecoördineerd proces tot stand komt. Het is belangrijk te noemen dat de informatiestandaard geüpdatet of aangepast kan worden aan veranderende behoeften en omstandigheden.
- Via het wijzigingsproces wordt de informatiestandaard aangepast of aangescherpt. De belangrijkste wijzigingen (tot en met 2018) zijn toegelicht in [hoofdstuk 10](#) en [11](#).
- De aanpassingen leiden tot een nieuwe release van de eOverdracht.

7

Harmonisatie naar zibs en SNOMED (standaardisatie)

In dit hoofdstuk wordt een toelichting gegeven over het proces waarbij de generieke gegevensset wordt omgezet naar zorginformatiebouwstenen inclusief SNOMED. Via dit informatiemodel worden de gegevens op eenduidige manier gestructureerd en gestandaardiseerd.

Gestructureerd betekent in dit verband dat de gegevens worden ingedeeld in een vaste structuur: een hoofd, deel- of gegevenselement en eventuele waardelijsten.

Gestandaardiseerd betekent in dit verband dat de gegevenselementen (inclusief de waardelijsten) op een eenduidige manier worden gedefinieerd en gecodeerd. Het doel is dat gegevens uitwisselbaar en herbruikbaar zijn voor verschillende doeleinden.

Via dit proces zijn afspraken gemaakt over welke gegevens hoe moeten worden genoteerd in het elektronisch zorgdossier. De afspraken zijn vastgelegd in een samenhangende set van zorginformatiebouwstenen, die het verpleegkundig domein afdekken. Deze samenhangende set wordt de eOverdracht genoemd.

7.1 Aanpak

7.1.1 De projectorganisatie

Voor het omzetten van de generieke gegevensset naar zorginformatiebouwstenen inclusief SNOMED is een projectorganisatie opgetuigd:

- De projectgroep
- Een expertgroep
- Een panel van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen & verzorgenden

Projectgroep

De projectgroep had de dagelijkse leiding over het project en was verantwoordelijk voor het op te leveren eindresultaat, namelijk de informatiestandaard eOverdracht. De projectgroep was als volgt samengesteld:

- Een projectleider
- Twee projectmedewerkers
- Een adviseur
- Een informatieanalist
- Een terminoloog

Expertgroep

Er is een expertgroep opgetuigd met als doel om zorginhoudelijke, terminologische, methodologische en/of architecturale kennis in te brengen en input te geven aan het projectteam, zodat besluiten genomen konden worden over de zorginformatiebouwstenen of termen.

De experts zijn op persoonlijke titel benoemd door V&VN op basis van de verschillende criteria. De experts moesten:

- Beschikken over kennis m.b.t. ICT-systemen, zorginformatiebouwstenen en SNOMED. Een expert werd afgevaardigd door Nictiz en een expert werd afgevaardigd door V&VN (zij namen ook deel aan de projectgroep).

- Beschikken over terminologische of architecturale en/of methodologische kennis in relatie tot zorginformatiebouwstenen. Twee experts werden afgevaardigd door Nictiz.
- Beschikken over zorginhoudelijke kennis en affiniteit hadden met ICT-systemen, verslaglegging en/of beschikken over kennis m.b.t. zorginformatiebouwstenen. Bij voorkeur waren deze experts afgevaardigd namens een V&VN-afdeling. De samenstelling van deze experts was niet statisch, maar elke zorgsector werd continue vertegenwoordigd:
 - Ziekenhuis: drie afgevaardigden
 - Thuiszorg: twee afgevaardigden
 - Verpleeghuis: drie afgevaardigden
 - Geestelijke gezondheidszorg: een afgevaardigde
 - Verstandelijke gehandicaptenzorg: een afgevaardigde
 - Revalidatie: een afgevaardigde

Totaal bestond de expertgroep uit vijftien experts.

Een panel van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen & verzorgenden

Het doel van het panel was om te toetsen of de afspraken die gemaakt werden duidelijk, begrijpelijk en relevant werden bevonden voor het verpleegkundig proces en de overdracht.

De werving van de deelnemers voor de focusgroepen heeft plaats gevonden via de achterban van V&VN (via V&VN afdelingen/platforms). Een belangrijke criteria was dat verpleegkundigen en verzorgenden uit verschillende zorgsectoren vertegenwoordigd moesten zijn. Voor de doelgroep kinderen was ervaring met verschillende leeftijdsgroepen 0-1 en 1-18 jaar een extra criterium geweest.

Indien nodig werden verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen of verzorgenden geraadpleegd die kennis en ervaring hadden op een specifiek deelgebied, zoals wondexperts, het transferproces (transferverpleegkundigen) of het welzijnsaspect (verzorgenden). Het panel werden begeleid door Nictiz, een medisch terminoloog en een informatieanalist van Nictiz en een adviseur van V&VN.

Totaal hebben 186 verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden uit verschillende zorgsectoren deelgenomen in verschillende samenstellingen – [tabel 10](#). De deelnemers zijn diverse keren geconsulteerd in de periode van 2012 tot en met 2017.

Tabel 10: Aantal panelleden

Sector	Aantal panelleden
Ziekenhuis	58
Verpleeghuis	17
Thuiszorg	24
Geestelijke gezondheidszorg	25
Gehandicaptenzorg	14
Revalidatie en epilepsie	28
Kindzorg	9
Anders (ambulance, hospice, apneu vereniging)	11
Totaal	186

7.1.2 Dataverzameling

Om te bepalen welke gegevens hoe genoteerd worden in het zorgdossier zijn verschillende bijeenkomsten met de expertgroep geweest. De generieke gegevensset (hoofdstuk 5) vormde de basis voor de selectie en uitwerking van de gegevens. De bijeenkomsten werden gestructureerd via de volgende vragen:

1. Welke term (en synoniem) wordt gekozen voor het hoofdelement en welke definitie is passend? Dit is van belang om te bepalen hoe een gegeven wordt genoteerd. Dit betreft de eisen op het gebied van de 'schrijfwijze'. Van belang is dat verpleegkundigen & verzorgenden begrijpen wat er genoteerd wordt.
2. Kan het gegeven nog worden uitgesplitst in elementen? Welke elementen zijn dan relevant? Zijn deze al beschreven of vastgesteld via waardelijsten (via richtlijnen)?
3. Welke coderingen zijn passend voor het hoofdelement en de elementen?
4. Indien van toepassing: welke waardelijsten zijn passend voor de elementen?

Dit inhoudelijke proces werd begeleid door een informatieanalist en een terminoloog van Nictiz.

7.1.3 Data analyse

Het komen tot afspraken over welke gegevens hoe moeten worden genoteerd is een iteratief proces geweest. In elke bijeenkomst werden telkens een aantal hoofdelementen uitgewerkt aan de hand van de opgestelde vragen. De gemaakte afspraken zijn genoteerd en vervolgens verwerkt en gemodelleerd via zorginformatiebouwstenen. De afspraken werden ter validatie voorgelegd aan de experts tot consensus was bereikt.

i

Extra toelichting: multidisciplinaire toetsing

De gemaakte afspraken zijn vastgelegd via zorginformatiebouwstenen (zibs). Deze zibs zijn generiek van aard, wat inhoudt dat ook andere zorgprofessionals gebruik kunnen maken van de zibs. Daarom zijn alle zibs - dus niet alleen de zibs van de eOverdracht - multidisciplinair vastgesteld. Dit betekent dat naast de verpleegkundige beroepsgroep ook andere beroepsgroepen betrokken zijn bij de vaststelling van de zorginformatiebouwstenen, zoals de medische beroepsgroep (via de FMS), de fysiotherapeuten (KNGF), specialisten ouderengeneeskunde (Verenso), huisartsen (LHV/NHG). Dit proces is begeleid door Nictiz. De betrokkenheid van alle zorgprofessionals is be-

langrijk omdat communicatie in de zorgketen niet alleen tussen verpleegkundigen onderling plaats vindt, maar ook met andere disciplines. Alle zorgprofessionals zouden feitelijk elkaar informatie moeten kunnen gebruiken of inzien.

Sommige gegevens in deze zibs zijn specifiek voor bepaalde beroepsgroepen, denk hierbij aan de medische diagnoses of aan de verpleegkundige diagnoses/problemen. Voor deze specifieke gegevens hebben de beroepsgroepen specifieke waardelijsten opgenomen in de zib. Een voorbeeld hiervan is de medische diagnoselijst (ook wel diagnose-thesaurus genoemd, die gebaseerd is op SNOMED).

7.2 Resultaat

Er is een informatiestandaard uitgewerkt: op informatieniveau zijn afspraken gemaakt over welke gegevens hoe moeten worden genoteerd in het zorgdossier. Deze afspraken zijn vastgelegd in een set van zorginformatiebouwstenen. Omdat deze versie van de informatiestandaard nog niet 'volwassen' was, is een validatieproces gestart.

Niet '*volwassen*' zijn houdt in dat er nog onzekerheid is over de begrijpelijkheid, doelmatigheid en volledigheid van de informatiestandaard. Daarom is het belangrijk te onderzoeken of er nog verbeteringen of aanpassingen nodig zijn en is een validatieproces nodig. Dit proces wordt in het volgende hoofdstuk verder toegelicht.

8

Het validatieproces

In deze paragraaf wordt het validatieproces kort toegelicht. Een validatieproces is een proces waarbij wordt gecontroleerd of de informatiestandaard voldoet aan bepaalde eisen of criteria, zoals de begrijpelijkheid, de doelmatigheid en volledigheid van de informatiestandaard in de dagelijkse praktijk. Het doel van een validatieproces is om te bevestigen dat verpleegkundigen de informatiestandaard geschikt vinden voor de dagelijkse praktijk.

Begrijpelijkheid is een term die wordt gebruikt om vast te stellen of de gegevens met bijbehorende termen begrijpelijk zijn voor verpleegkundigen. Deze validatie is bedoeld om te toetsen of verpleegkundigen - die niet eerder betrokken zijn geweest bij ontwikkelproces – ook begrijpen wat er bedoeld wordt met de gegevens die in de informatiestandaard zijn opgenomen.

Doelmatigheid betekent dat gekeken wordt of de gegevens (met bijbehorende termen) geschikt zijn om te gebruiken in verschillende zorgcontexten; met andere woorden zijn de gegevens toepasbaar in verschillende zorgcontexten.

Volledigheid houdt in dat gecontroleerd of alle relevante informatie verzameld kan worden via de informatiestandaard. Dit kan bijvoorbeeld door te kijken of alle belangrijke aspecten van bepaalde thema's of doelgroepen zijn meegenomen en of er geen belangrijke gegevens worden gemist. Door te toetsen op volledigheid kan worden vastgesteld of de informatiestandaard een volledig beeld geven over de patiënt voor de verpleegkundige.

Het validatieproces is via verschillende routes aangevlogen (zie ook [figuur 10](#) in hoofdstuk 6):

- Praktijk: de mening en opvattingen van de beroepsgroep achterhalen
- De verslaglegging in het zorgdossier
- Kennis uit literatuur en/of richtlijnen.

8.1 De praktijk: de mening en opvatting van de beroepsgroep

De beroepsgroep is onder andere vertegenwoordigd via verschillende V&VN afdelingen en V&VN platforms. Om ervoor te zorgen dat de V&VN leden een oordeel kunnen geven over de informatiestandaard eOverdracht zijn verschillende achterbanraadplegingen gehouden. Er is onder andere een vragenlijst uitgezet, waarbij gevraagd werd naar de begrijpelijkheid en volledigheid van de gegevensset (of specifieke onderdelen ervan, zoals bij kindzorg).

Een belangrijke groep zijn de Chief Nursing Information Officers (CNIO's), die verenigd zijn in het netwerk (CNIO-netwerk). Zij zijn een belangrijk adviesorgaan voor V&VN, met wie V&VN regelmatig afstemt en betreft bij de uitwerking van de informatiestandaard. Er zijn ook sessies geweest met gebruikersgroepen van IT-leveranciers en met de beroepsgroep via de proeftuinen/pilots (fysiek en online).

De belangrijkste bevindingen die zijn opgehaald via deze raadplegingen, sessies en bijeenkomsten zijn verwerkt; zie ook [hoofdstuk 10](#) en [11](#).

8.2 De verslaglegging in het zorgdossier

Via deze route wordt informatie verzameld uit een andere bestaande bron: het elektronisch zorgdossier. Het doel is meer zicht te krijgen op de doelmatigheid van de informatiestandaard: zijn de gegevens geschikt om te gebruiken in verschillende zorgcontexten? De afgelopen jaren zijn verschillende onderzoeken uitgezet, waarbij gegevens uit het zorgdossier zijn opgehaald via casuïstiek.

8.2.1 Dataverzameling

De casuïstiek werd verzameld via de expertgroep. Er zijn verschillende casussen uit de dagelijkse praktijk voorgelegd vanuit alle zorgsectoren (ziekenhuis-, verpleeghuis, thuiszorg-, geestelijk gezondheidszorg, revalidatie en gehandicaptenzorgsector) én verschillende patiëntdoelgroepen (kinderen, volwassenen en ouderen).

Op basis van de casussen zijn zes scenario's uitgewerkt, zoals voor kindzorg, volwassenen en ouderen, waarbij fictieve patiënten - vanuit de verschillende zorgsectoren - verpleegkundige zorg nodig hadden (in de zorgketen). Via deze scenario's is gekeken of alle relevante informatie verzameld kon worden via de informatiestandaard; ofwel: is de informatiestandaard volledig of ontbreken nog gegevenselementen?

De scenario's zijn voorgelegd aan verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in diverse zorgsectoren en werkzaam met diverse elektronische zorgdossiers (vijf per zorgsector). Zij werden benaderd via de gebruikersgroepen, het Chief Nursing Information Officer netwerk (CNIO-netwerk), de V&VN afdelingen en via de proeftuinen/pilots. Daarnaast waren een Nictiz- en V&VN- expert betrokken. Totaal zijn 75 verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden betrokken geweest bij de beoordeling verdeeld over vijftien verschillende elektronische zorgdossiers.

8.2.2 Data analyse

Een verpleegkundige werkte het scenario uit via een testpatiënt in het elektronisch zorgdossier. De twee experts keken mee. Op deze manier kon beoordeeld worden of een bepaald gegeven via een zorginformatiebouwsteen (zib) genoteerd kon worden; met andere woorden: zijn er afspraken gemaakt over hoe deze gegeven vastgelegd moet worden en wordt het gegeven in het zorgdossier conform deze afspraken genoteerd?

Voor dit onderdeel is een Excel bestand gemaakt waarbij alle zorginformatiebouwstenen inclusief de gegevenselementen onder elkaar werden geplaatst. De beoordeling werd als volgt gecategoriseerd:

- Aanwezig/conform zib (groen gearceerd)
- Gedeeltelijk aanwezig/ gedeeltelijk conform zib (oranje gearceerd)
- Afwezig/ niet genoteerd kunnen worden (rood gearceerd)
- Anders (blauw gearceerd)

De beoordeling werd uitgevoerd door een verpleegkundige, een Nictiz- en V&VN-expert.

De belangrijkste bevindingen worden toegelicht in [hoofdstuk 10](#) en [11](#).

8.3 Update van de literatuurstudie

In 2010 is een literatuurstudie uitgevoerd (zie [hoofdstuk 3](#)). Deze review gaf inzicht aan de kennis die beschikbaar is over de wijze waarop de verpleegkundige overdracht wordt ingedeeld en/of welke gegevens relevant zijn om uit te wisselen. Er was nog weinig kennis beschikbaar over het elektronisch uitwisselen van gegevens. Het is belangrijk om ook oog te houden voor de (internationale) ontwikkelingen en de wetenschappelijke kennis die beschikbaar komt. Daarom werd de literatuurstudie in 2018 herhaald.

Voor deze review zijn studies en documenten bestudeerd die gericht zijn op het elektronisch uitwisselen van gegevens. Naast wetenschappelijke literatuur is eveneens gezocht naar overige bronnen via openbare documenten die via de overheid en/of beroepsverenigingen en/of expertisecentra zijn gepubliceerd; ook wel 'grey literature' genoemd. De reden om een deskresearch uit te voeren is dat de overheid en/of beroepsverenigingen en/of expertisecentra zich bezig kunnen houden met digitale gegevensuitwisseling en/of het beheer hebben op bepaalde standaarden, waaronder de standaard van de (verpleegkundige) overdracht. Van belang is te onderzoeken of instanties een verpleegkundige standaard voor de overdracht hebben gepubliceerd; en indien het geval hoe deze inhoudelijk zijn uitgewerkt. De deskresearch is niet uitputtend; er is gekeken naar Engelstalige openbaar beschikbare documenten.

Ten behoeve van de deskresearch is gezocht op websites van overheidsinstanties (waaronder Duitsland, Finland, Zweden, Noorwegen, Australië, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten), kennisorganisaties (Joint Commission, WHO, ARQH) en beroepsverenigingen, waaronder de Australian Nursing & Midwifery Federation (ANMF), de Engelse (RCN), Amerikaanse (ANA) en Canadese (CNA) beroepsverenigingen. De termen die voor de 'grey literature' zijn gebruikt:

continuity of care, patient handoff, patient discharge, nursing discharge, nursing discharge and content, discharge and content, discharge standard, health information exchange, electronic health record, health information exchange.

De datacollectie en data-analyse van de literatuurstudies zijn op dezelfde manier uitgevoerd als de literatuurstudie van 2010.

8.3.1 Studiekarakteristieken

Er zijn acht studies en drie informatiestandaarden geïncorporeerd gericht op de inhoud van de overdracht. Tabel ['Uitwerking overdrachten Internationaal'](#) (pagina 102) geeft per studie en - indien beschreven – per standaard het jaar van publicatie, de methode (aanpak) en scope. De studies hebben verschillende methodes toegepast voor het achterhalen van welke gegevens relevant zijn voor de gegevensuitwisseling via de overdracht – zie [tabel 11](#). De scope van de studies varieert van cross-sectorale tot uitwisseling tussen twee zorgsectoren. De ziekenhuissector is in alle studies genoemd.

Tabel 11: Overzicht van methode en scope (n=11)

Studie	Methode (aanpak)	Scope
Olsen, RM; 2012 [58]	Kwantitatief onderzoek, content analyse	Overdrachten tussen ziekenhuis (geriatische en algemene afdeling) en thuiszorg (+ vice versa) werden bestudeerd van patiënten (70 jaar en ouder). Er werd gekeken of gegevens van 15 categorieën/iitems aanwezig waren. Overzicht wordt getoond in het artikel.
Kelly, NA et al; 2012 [59]	Content analyse (n= 74 overdrachten)	Ziekenhuis (SEH) en verpleeghuiszorg (beide kanten belicht). Overdrachten werden gescreend op basis van wel/niet (ja, nee, niet verstuurd, niet beschikbaar, onbekend) aanwezig zijn van gegevenselementen.
* The Sign discharge document (Schotland); 2012 [60]	Projectaanpak	Een landelijk vastgesteld format met daarin een minimale gegevensset voor gegevensuitwisseling tussen ziekenhuis en andere zorgorganisaties (ggz uitgezonderd)
* National Standard for Patient Discharge Information (Ierland); 2013 [61]	Projectaanpak	Een landelijk vastgestelde gegevensset voor gegevensuitwisseling tussen eerste en tweede lijn. Multidisciplinair, waaronder ook de verpleegkundige beroepsgroep
Griffiths D et al; 2014 [62]	Literatuurstudie	Een literatuurstudie gericht op de transmurale communicatie en om te onderzoeken welke informatie essentieel wordt geacht tussen ziekenhuis (SEH) en verpleeghuis bij ouderen. In het artikel wordt een overzicht getoond van de gegevens die relevant bevonden zijn.
Olsen, RM et al; 2014 [63]	Casestudy (n=9 cases)	Thuiszorg en ziekenhuis. Er is een overzicht van de meest voorkomende categorieën waarover informatie wordt uitgewisseld.
Nordmark, S et al; 2015 [64]	Online vragenlijst	Ziekenhuis en eerste lijn thuiszorg. Via de vragenlijst konden verpleegkundigen aangeven welke informatie wordt uitgewisseld (21 items).
Flink M et al; 2015 [65]	Kwantitatieve content analyse (n=22 dossiers en overdrachten)	Eerste en tweede lijn. Het onderzoek gaat over de kwaliteit van de overdracht. Er is beschreven welke informatie wordt genoteerd. Er is ook aangetoond dat informatieverlies optreedt. Veel informatie wordt via vrije teksten ingevuld.
Davis, J et al; 2016 [66]	Kwalitatief onderzoek via Delphi-methode	Cross-sectorale gegevensuitwisseling: gericht op ouderen, langdurige zorg. Er is een gegevensset vastgesteld, die wordt beschreven in het artikel.
Keebler JR et al; 2016 [67]	Literatuurstudie	Cross-sectorale gegevensuitwisseling: gericht op alle zorgsectoren. Er is een overzicht gemaakt in een aparte appendix van alle gegevenselementen die gevonden zijn via de review.
* Discharge Summary v1.5.2 (Australië); 2018 (inlog is nodig) [68]	Projectaanpak	Een landelijk vastgestelde gegevensset gericht op cross-sectorale gegevensuitwisseling in alle zorgsectoren

* Naast de acht studies zijn ook nog drie landelijke standaarden voor gegevensuitwisseling (die via deskresearch zijn gevonden) onderzocht.

8.3.2 Kwaliteitsbeoordeling

Acht studies zijn beoordeeld op de methodologische kwaliteit. Alle studies zijn opgezet omdat gegevens gefragmenteerd of niet uitgewisseld kunnen worden. Het (sub)doel van de studies is te onderzoeken welke gegevens relevant zijn voor de gegevensuitwisseling of om te toetsen of om de toepasbaarheid van een vastgestelde gegevensset te onderzoeken. De toegepaste methode of aanpak is verschillend (zie ook [tabel 11](#)), waardoor de dataverzameling ook verschillend wordt aangevlogen. Er worden bijvoorbeeld experts, verpleegkundigen, verpleegkundig management geïnterviewd. Het aantal varieert per studie. Als bijvoorbeeld dossieronderzoek plaatsvindt, dan worden criteria voor de content analyse vastgesteld. De keuze wordt toegelicht, maar verschilt per studie. Bij de data-analyse zijn gegevens opgehaald die relevant zijn voor de overdracht. In alle studies zijn de bevindingen gevalideerd door vertegenwoordigers van de beroepsgroep.

Als gekeken wordt naar de setting van de onderzoeken, valt op dat bij de meeste studies de ziekenhuissector betrokken is, maar dat de focus meer gericht is op cross-sectorale gegevensuitwisseling (de drie informatiestandaarden en drie studies). Een risico van bias is aanwezig vanwege de diversiteit in aanpak en data-analyse.

8.3.3 Bevindingen update literatuur

De bevindingen van de update zijn in de tabel '[Uitwerking overdrachten Internationaal](#)' (pagina 102) te vinden. In de periode tussen 2013 en 2018 zijn verschillende nieuwe zorginformatiebouwstenen ontwikkeld. De bevindingen uit de geüpdatete literatuurstudie en de deskresearch hebben geen nieuwe inzichten gegeven in relatie tot de gegevens die relevant zijn voor de gegevensuitwisseling. Dit betekent dat alle gevonden elementen via de (inclusief de nieuwe) vastgestelde zorginformatiebouwstenen konden worden vastgelegd.

Opvallend is wel dat de mate van gedetailleerdheid bij de gegevens die zijn opgenomen in de (drie) informatiestandaarden groter is in vergelijking met de gegevens die zijn geïnccludeerd via de onderzochte (acht) studies.

8.4 Validatie leidt tot wijzigingen

Het validatieproces heeft geleid tot verschillende wijzigingsverzoeken om de informatie-standaard eOverdracht aan te passen.

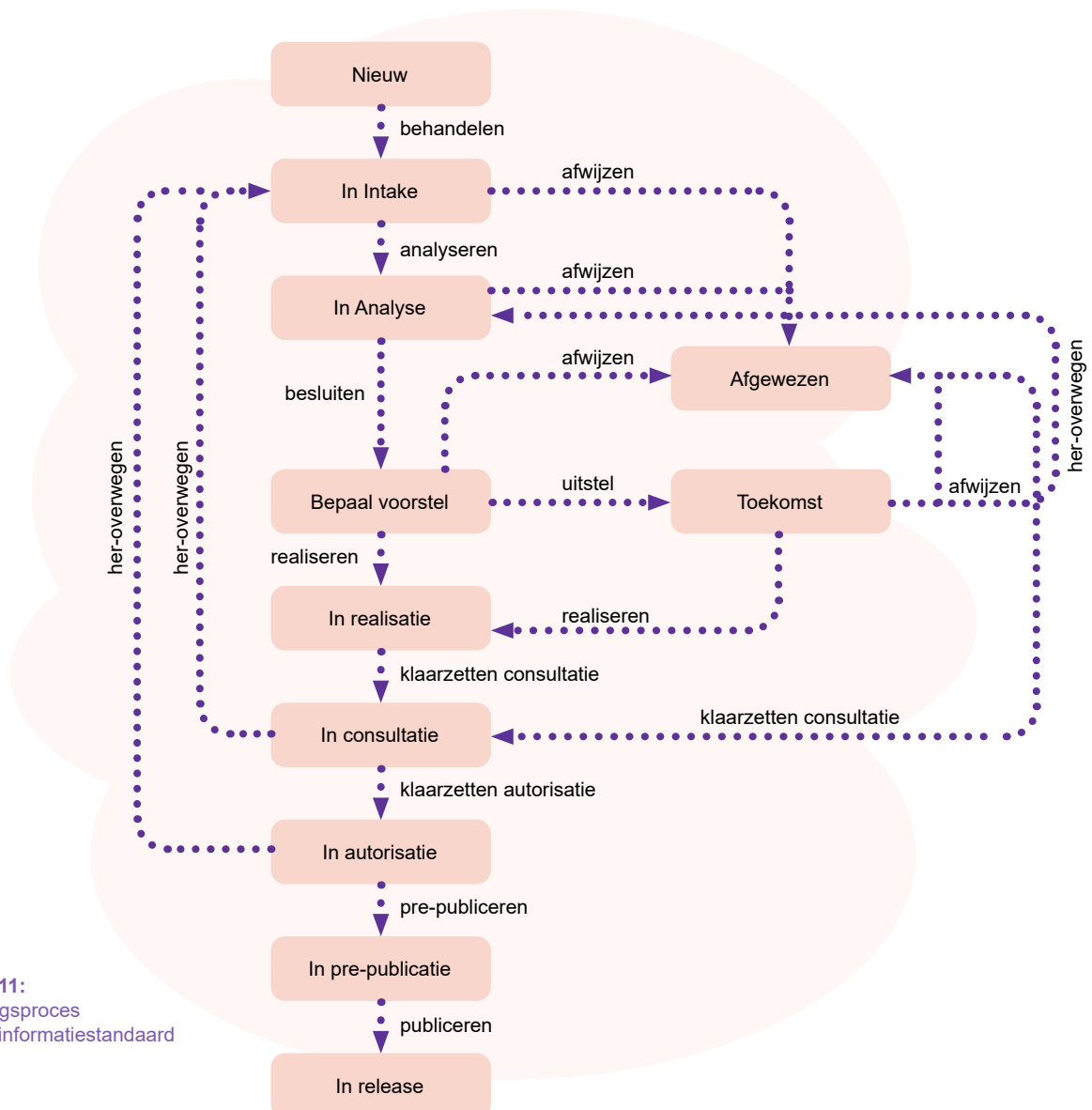
Het wijzigingsproces wordt in het volgende hoofdstuk toegelicht. In [hoofdstuk 10](#) en [11](#) worden de belangrijkste wijzigingen vermeld.

9

Wijzigingsverzoeken

Het is belangrijk om de informatiestandaard functioneert zoals bedoeld en actueel en up-to-date te houden. Om te voorkomen dat wijzigingen ad hoc en via een onduidelijk proces worden doorgevoerd heeft Nictiz het volgende wijzigingsproces opgezet, waarbij wijzigingsverzoeken kunnen worden ingediend. Een *wijzigingsverzoek* is een aanvraag om een wijziging aan te brengen aan – in dit geval – de informatiestandaard eOverdracht. Dit kunnen kleine wijzigingen zijn, zoals het aanpassen van een term of code, of het kunnen ook significante wijzigingen zijn, zoals het toevoegen van een hele nieuwe functionaliteit.

Het wijzigingsproces is onderdeel van het beheer van de informatiestandaard. Het beheer van de eOverdracht is belegd bij Nictiz. Het wijzigingsproces biedt dient voor alle betrokkenen duidelijk te zijn, zodat betrokkenen weten op welke wijze aanpassingen in de eOverdracht bewerkstelligd kunnen worden. Deze wijzigingsverzoeken doorlopen het volgende proces met negen stappen:



Figuur 11:
Wijzigingsproces
beheer informatiestandaard

Wijzigingsverzoeken kunnen worden ingediend door verschillende partijen, zoals klanten, gebruikers of medewerkers, en ze worden behandeld door Nictiz, die verantwoordelijk is voor het beheer van wijzigingen.

Doel wijzigingsverzoeken

Het doel van wijzigingsverzoeken is om ervoor te zorgen dat wijzigingen op een gestructureerde manier worden aangebracht, zodat de impact ervan op de informatiestandaard kan worden beoordeeld en beheerd. Wijzigingsverzoeken kunnen ook helpen om ervoor te zorgen dat wijzigingen consistent zijn met het doel van de informatiestandaard (gegevensuitwisseling en hergebruik).

Besluitsoorten

De wijzigingsvoorstellen of benodigde aanpassingen met betrekking tot de informatiestandaard eOverdracht worden met de Redactieraad besproken. Zij nemen de volgende besluiten:

- Het wijzigingsverzoek wordt niet afgewezen.
 - Er wordt bepaald of de wijziging een grote of kleine impact heeft op de informatiestandaard.
 - Bij grote impact wordt gevraagd of Nictiz opvolging kan geven aan het wijzigingsverzoek.
- Het wijzigingsverzoek wordt afgewezen.
- Stelt de versie van de aangepaste informatiestandaard eOverdracht vast.

Op basis van de wijzigingsverzoeken worden veranderingen doorgevoerd aan de informatiestandaard. De belangrijkste grote aanpassingen tot nu toe zijn:

1. De doelgroep kindzorg ([hoofdstuk 10](#))
2. Het indelen van de zorginformatiebouwstenen in hoofdstukken en secties ([hoofdstuk 10](#))
3. Het verpleegkundig zorgplan ([hoofdstuk 11](#))

10 Wijzigingen aan de eOverdracht

10.1 Onderscheid in doelgroepen

Op basis van de achterbanraadplegingen en gesprekken met de beroepsgroep was naar voren gekomen dat de scope gericht was op volwassenen en ouderen. Daarom is een vooronderzoek 'Zorg voor kinderen in beeld' uitgevoerd, waarbij verschillende aspecten van kindzorg in kaart zijn gebracht [69]. Daarna is een project uitgevoerd met als doel om te komen tot generieke verpleegkundige overdrachtsgegevens voor Kind & Gezin, zodat de juiste informatie op het juiste moment op de juiste plek beschikbaar is en uitgewisseld kan worden. Dit project heeft geleid tot een onderscheid in drie doelgroepen:

- eOverdracht voor kinderen van 0-1 jaar
- eOverdracht voor kinderen van 1-18 jaar
- eOverdracht voor volwassenen van 18 jaar en ouder

Voor de kindzorg zijn kind-specifieke zorginformatiebouwstenen (zibs) toegevoegd aan de informatiestandaard, zoals zib voedingspatroon zuigeling of zib ontwikkeling kind.

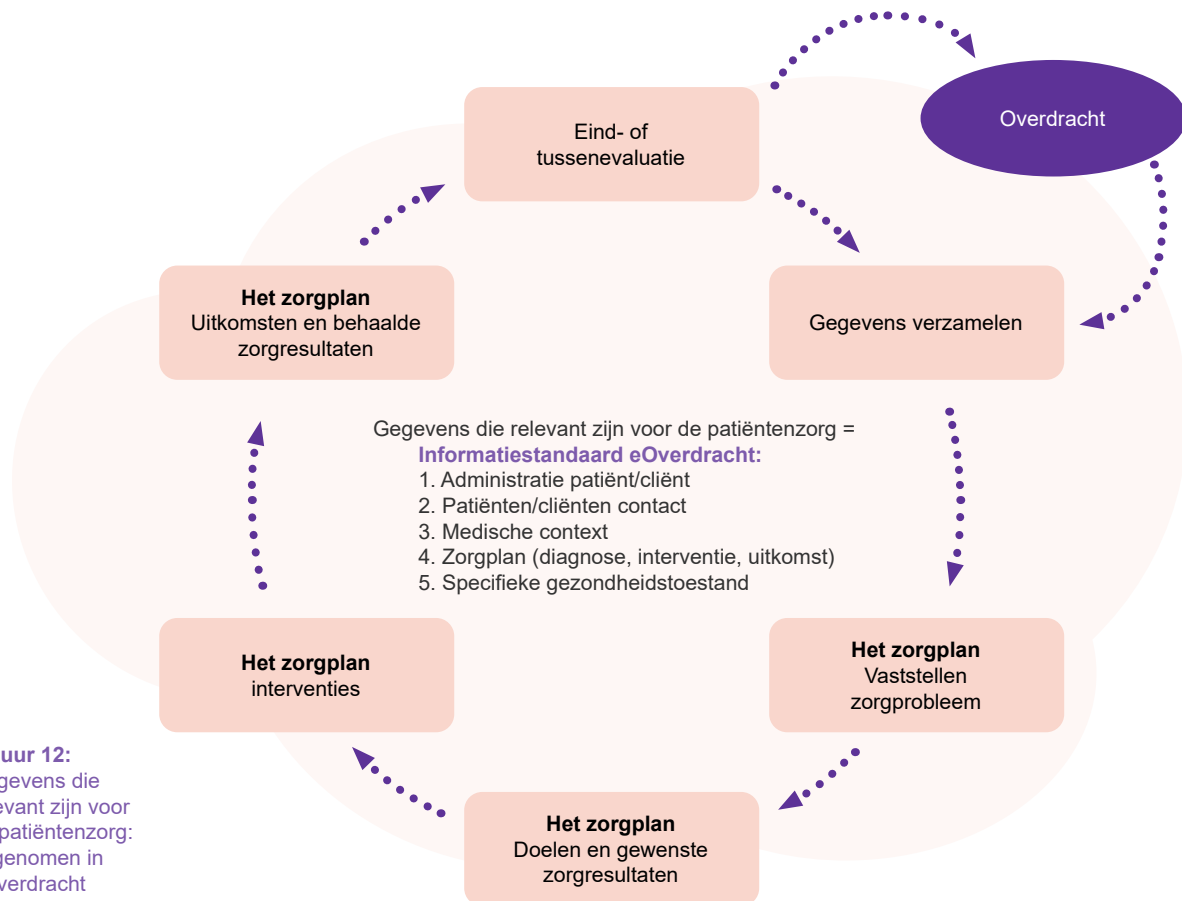
10.2 De eOverdracht ingedeeld in hoofdstukken en secties

Uit de casuïstiek, de raadpleging van verpleegkundigen en dossieronderzoek kwam naar voren dat het wenselijk zou zijn om bepaalde gegevens te groeperen via hoofdstukken en secties; bij voorkeur afgeleid van de gegevens die in het elektronisch zorgdossier bij elkaar worden vermeld.

Het groeperen van gegevens werd bediscussieerd en vastgesteld via de expertgroep. Op basis deze analyse zijn vijf overkoepelende hoofdstukken naar voren gekomen. Binnen deze hoofdstukken zijn verschillende zorginformatiebouwstenen opgenomen:

- Administratieve gegevens
- Patiënten context
- Medische context
- Verpleegkundige context: zorgplan
- Verpleegkundige context: specifieke gezondheidsstatus

Elk hoofdstuk bevat dus verschillende zorginformatiebouwstenen. Het voordeel is dat op deze manier inzichtelijk gemaakt kan worden dat deze gegevens het verpleegkundig proces omvatten, waardoor de relevante gegevens via de overdracht kunnen worden uitgewisseld – zie [figuur 12](#).



Figuur 12:
 Gegevens die relevant zijn voor de patiëntenzorg: opgenomen in eOverdracht

10.2.1 Administratieve gegevens

Uit de literatuurstudie en de update (zie [hoofdstuk 3](#) + [hoofdstuk 8](#)) is gebleken dat in vrijwel alle geïnccludeerde studies/standaarden zorginformatiebouwstenen zijn opgenomen die betrekking hebben op de identificatie van de patiënt. Dit geldt ook voor de onderzochte Nederlandse verpleegkundige overdrachten.

De patiëntidentificatie of ook wel persoonsgegevens werd gespecificeerd via: naam en adresgegevens (NAW-gegevens), BSN, de verzekeringsgegevens en geslacht. Ook contactpersoon wordt veel genoemd.

Daarnaast blijkt uit het validatieproces dat er altijd gegevens gerelateerd zijn aan de versturende en ontvangende zorgorganisatie, zodat bekend is waar de patiënt vandaan komt en waar de patiënt naar toe gaat. Tot slot is de datum van overplaatsing/opname vrijwel in alle geïnccludeerde studies en verpleegkundige overdrachten genoemd.

De 'persoonsgegevens', 'contactpersoon', 'versturende & ontvangende zorgorganisatie', 'datum overplaatsing' worden samen aangeduid als hoofdstuk **administratieve gegevens**. Deze gegevens hebben namelijk een administratieve functie: de gegevens ten behoeve van verpleegkundige zorg moeten gekoppeld worden aan de juiste persoon in het zorgdossier.

10.2.2 Algemene patiënten context

Uit het validatieproces is gebleken dat gegevens in de verpleegkundige overdracht zijn opgenomen die betrekking hebben op de algemene leefwereld of algemene context van de patiënt en waarbinnen de verpleegkundige de zorg verleent. Veel genoemde zijn: gezinssituatie, de juridische status (vrijwillige of onvrijwillige zorg, wettelijke vertegenwoordiging), de woonomgeving, levensovertuiging of religie, wilsverklaringen (bv. wel/geen euthanasieverklaring of wel/niet reanimeren) en sociale omgevingsaspecten, zoals arbeidssituatie, vrijetijdsbesteding of het sociale netwerk en tot slot communicatie.

De betreffende zorginformatiebouwblokken worden gezamenlijk aangeduid als hoofdstuk **algemene patiënten context**. Deze gegevens hebben betrekking op de omgeving en (sociale) leefomstandigheden van de patiënt (woonomgeving: wel/geen trap of lift hebben; wel/niet gereanimeerd willen worden).

Binnen deze zorgcontext kan de verpleegkundige of verzorgende bepalen welke verpleegkundige zorg nodig is en zoeken naar aanpassingen of activiteiten die – vanuit de leefwereld – nodig zijn. Deze gegevens hebben de functie om de context van de patiënt in kaart te brengen: de gegevens zijn nodig om de juiste en kwalitatief goede verpleegkundige zorg te kunnen leveren afgestemd op de leefwereld van de patiënt.

10.2.3 Medische context

Uit deel II en het validatieproces is gebleken dat er ook zorginformatiebouwblokken zijn die betrekking hebben op de medische diagnose, de medische voorgeschiedenis. Ook allergieën, alerts, vrijheidsbeperkende maatregelen en meetwaarden worden veelvuldig genoemd. Denk hierbij aan het meten van de bloeddruk, het gewicht.

Hoewel sommige van deze zorginformatiebouwblokken niet door verpleegkundigen worden gedocumenteerd in het elektronisch zorgdossier (en wel door een arts), zijn deze eveneens relevant bevonden door de beroepsgroep (panel, expertgroep, proeftuinen en via casuïstiek).

Deze zorginformatiebouwblokken hebben betrekking op de reden en achtergrond waarom iemand medische zorg nodig heeft, maar ook de status ervan. Daarom wordt zij aangeduid als hoofdstuk **medische context** met de volgende zorginformatiebouwblokken: 'behandelaar', 'medische diagnose', 'behandeling', 'voorgeschiedenis', 'allergie', 'alert', 'vrijheidsbeperking', 'meetwaarden' inclusief pijnscore.

De functie van de medische context in de verpleegkundige overdracht is gericht op het creëren van een overzicht van de lichamelijke en/of mentale ziekte, aandoening of beperking, de status en/of de achtergrond van een ziekte, aandoening of beperking. De medische context is nodig om te onderzoeken welke verpleegkundige zorg een patiënt nodig heeft en waarom. Kortom: om veilige zorg en de juiste kwaliteit van verpleegkundige zorg te kunnen bieden.

10.2.4 Verpleegkundige context: het verpleegkundig zorgplan

Een verpleegkundig zorgplan is een hulpmiddel om informatie over de patiënt te structureren en inzichtelijk te maken wat de status en resultaten van de verpleegkundige zorg zijn [11]. Het zorgplan bestaat uit de volgende onderdelen:

- Patiëntproblemen
- Gewenst zorgresultaat (doelen)
- Verpleegkundige interventies
- Bereikte zorgresultaten (evaluatie)

Een verpleegkundig zorgplan beschrijft in dit geval de aard, mate en/of ernst van één of meer verpleegkundige patiëntproblemen – die via de analyse van de gegevensverzameling zijn geïdentificeerd – evenals de bijbehorende interventies, de gewenste en bereikte zorgresultaten vanuit verpleegkundig perspectief.

Uit deel II en het validatieproces is gebleken dat zorginformatiebouwblokken in de verpleegkundige overdracht zijn opgenomen die betrekking hebben op één of meerdere verpleegkundige patiëntproblemen (diagnosen), gewenste en bereikte zorgresultaten (doelen), verpleegkundige interventies (inclusief verwijzing naar hulpmiddelen, zoals gehoorapparaat, bril of rollator).

Daarom worden deze en 'afspraken', 'wensen/behoefte van de patiënt' (via vrije tekstveld) samen aangeduid als **verpleegkundige context: het zorgplan**.

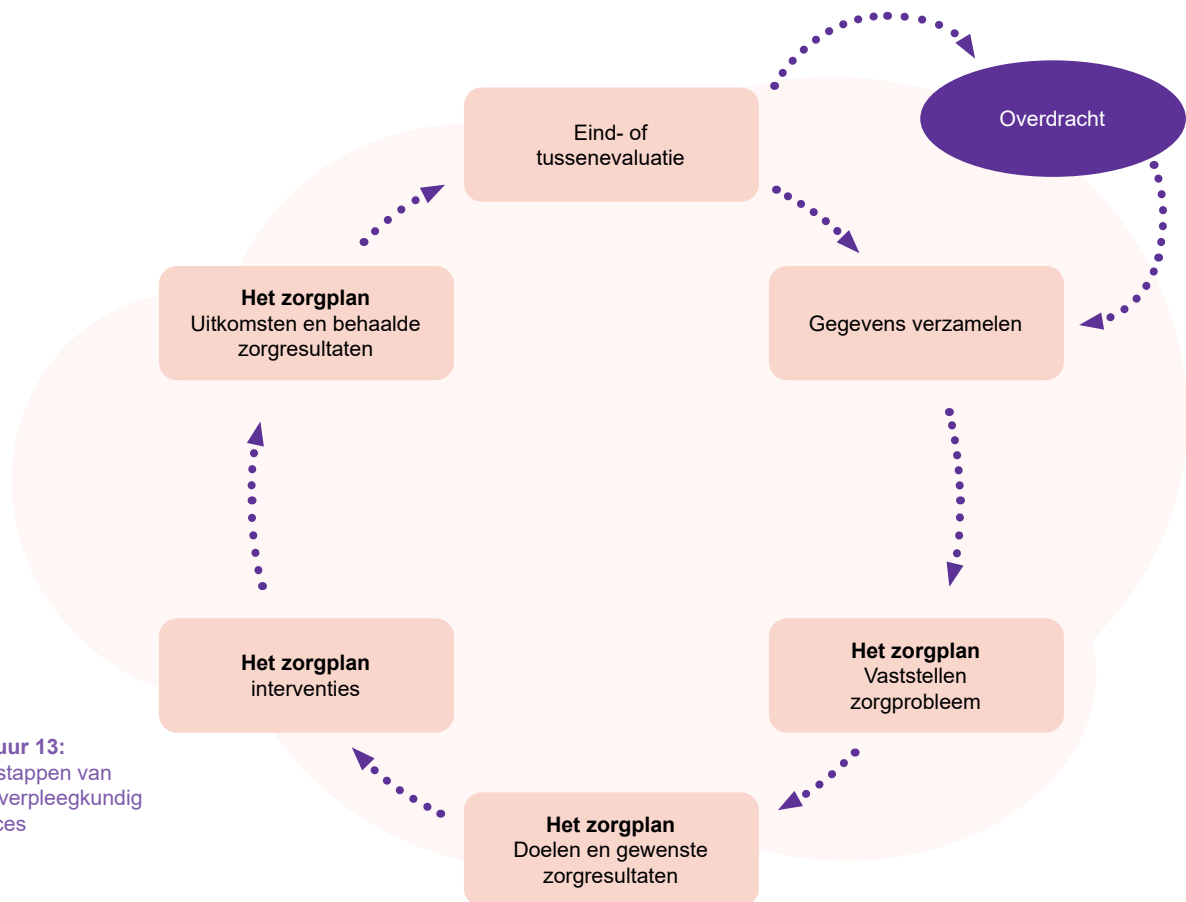
Deze zorginformatiebouwstenen voor het zorgplan en de onderbouwing ervan zijn nodig om te bepalen welke zorg iemand nodig heeft en waarom in afstemming met de patiënt en/of naasten; wat het beste gedaan kan worden en hoe. Het doel is dat verpleegkundige zorg conform de juiste kwaliteit wordt geboden; in aansluiting bij de wensen/behoefte van de patiënt en welke afspraken hierover gemaakt zijn.

10.2.5 Verpleegkundige context: specifieke gezondheidstoestand

Uit de analysefase blijkt dat gegevens gerelateerd zijn aan de specifieke gezondheidstoestand van de patiënt. Denk hierbij aan de zorginhoudelijke thema's zoals zelfzorg (drinken, eten, kleden enzovoort), mobiliteit, voeding/vocht, uitscheiding, huid, zintuigen, ziektebeleving, ontwikkeling kind, mentale status en voortplanting. Hiermee krijgt de verpleegkundige een specifiek beeld van de gezondheidstoestand van een patiënt. Deze zorginformatiebouwstenen worden aangeduid als: **verpleegkundige context: specificatie gezondheidstoestand**.

11 Wijzigingen voor het onderdeel zorgplan

Het zorgplan maakt deel uit van het *verpleegkundig proces* – zie figuur 13. Via de gegevens die verzameld worden, kunnen verpleegkundigen een verpleegkundige diagnose of patiëntprobleem vaststellen, interventies inzetten en zorgresultaten monitoren. Via een tussen- of eindevaluatie wordt bepaald of de gewenste zorgresultaten zijn bereikt.



Figuur 13:
De stappen van
het verpleegkundig
proces

Uit deel II en het validatieproces is naar voren gekomen dat een grote uitdaging ligt bij het onderdeel verpleegkundig zorgplan, die niet eenduidig is uitgewerkt: er zijn verpleegkundige concepten (begrippen) die verschillend worden gedefinieerd en uitgewerkt.

11.1 Hoe toegroeien naar eenduidige vaktaal voor het zorgplan?

V&VN heeft de afgelopen jaren onderzocht hoe toegegroeid kan worden naar eenduidige vaktaal voor het zorgplan. Er zijn drie scenario's onderzocht waaronder:

1. Niets doen.
2. Een mapping maken tussen classificaties. Het mappen betekent: onderzoeken en vaststellen of termen synoniem zijn aan elkaar.
3. Een eenduidig zorgplan ontwikkelen en beheren.

11.2 Scenario 1: Niets doen

De consequentie van deze keuze is dat de gegevens over het zorgplan niet kunnen worden uitgewisseld in de zorgketen. Dit is geen wenselijke situatie voor de patiënt of voor de beroepsgroep. Hier is dan ook geen draagvlak voor gevonden.

In 2014 heeft V&VN via verschillende invitational conferences georganiseerd met experts van de classificatiesystemen en terminologieën, waaronder stichting Omaha System NL (ondergebracht bij Vilans), stichting VDIR (beheerder van NNN), RIVM (ICF) en RaiView gesproken over het belang om toe te groeien naar eenduidige (vak)taal. Deze conferences hebben geresulteerd in een visie 'Eenheid in Begrip' [70].

Een conclusie was dat diversiteit tussen de verschillende classificaties aanwezig is. En dat het belangrijk is om tot eenduidige verpleegkundige begrippen of concepten te komen, zodat verpleegkundigen aantoonbaar de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren. Dit betekent dat de beroepsgroep tot overeenstemming moet komen over het ombuigen van de diversiteit in talen en termen naar eenduidige vaktaal. Een aanbeveling was dat V&VN – als vertegenwoordiger van de beroepsgroep – hierin het voortouw neemt. De visie is door alle deelnemende partijen onderschreven.

11.3 Scenario 2: Een mapping maken tussen classificaties

In de periode van 2016 tot 2018 is een onderzoek naar een mapping tussen verschillende classificaties (Nanda-I, Omaha System, ICF) en SNOMED uitgevoerd waarbij gekeken is of en in welke mate de verpleegkundige diagnosen/problemen tussen de classificaties overeenkomen [71]. Daarnaast is gekeken of internationale mappings zijn vastgesteld. Er zijn diverse studies opgezet om gegevenssets of classificaties te mappen, maar de aanpak, het doel en de scope van de mappings zijn verschillend [72]. Hierdoor is een variabiliteit en diversiteit aan mappings ontstaan. Er is geen internationale mappingtabel beschikbaar voor een mapping tussen verpleegkundige classificaties en/of terminologieën [72].

Via de Nederlandse mapping (2018) zijn afspraken gemaakt over welke termen geheel, gedeeltelijk of niet synoniem zijn. Er is geprobeerd om zo veel mogelijk synonieme termen te zoeken, zodat uitwisseling mogelijk wordt. In totaal zijn slechts zes van de 119 patiëntproblemen (5%) in alle classificaties 'een-op-een' gemapt; deze zijn dus synoniem aan elkaar. In de meeste gevallen treedt dan ook informatieverlies op wanneer patiëntproblemen worden uitgewisseld. De diversiteit wordt veroorzaakt doordat classificaties verschillen in structuur (kenmerken) en de mate van detailniveau [71] – zie ook [bijlage 3](#). De mapping-resultaten (2018) zijn opgenomen in de Nederlandse SNOMED-browser, zodat de bevindingen terug te vinden zijn.

V&VN zal blijven samenwerken met stichting VDIR/BSL en stichting Omaha System NL/Vilans om de mapping proberen aan te scherpen. Ook volgt V&VN de internationale ontwikkelingen rondom het mappen van gegevens. Op dit moment zijn geen (internationale) projecten gestart rondom het mappen van verpleegkundige classificatie; dit blijkt uit een uitvraag bij SNOMED-international en ICN. Maar mochten internationale mappings beschikbaar komen, dan zullen deze bevindingen meegenomen worden in de uitwerking van de Nederlandse mapping (2018).

Een conclusie van de Nederlandse mapping is dat gegevensuitwisseling niet of nauwelijks gerealiseerd wordt als verpleegkundigen blijven werken met de termen van de

classificaties. De (vak)termen zijn verschillend en komen niet of nauwelijks met elkaar overeen. Dit betekent dat onderzocht moet worden of de beroepsgroep tot overeenstemming kan komen over de termen die leiden tot eenduidige vaktaal. Daarom is het volgende scenario onderzocht.

11.4 Scenario 3: Een eenduidig zorgplan ontwikkelen en beheren

Omdat in de praktijk gegevens over het zorgplan niet op dezelfde manier worden vastgelegd in het elektronisch zorgdossier, - en het mappen van gegevens tot nu toe niet heeft geleid tot eenduidige (vak)taal – kunnen verpleegkundigen deze gegevens onderling en met de patiënt niet makkelijk delen. Het is daarom van belang om gegevens eenduidig te registreren. Dat is goed voor de patiënt, maar ook voor de verpleegkundige: het zorgt voor duidelijkheid en het bevordert de kwaliteit van gegevens en daardoor de kwaliteit van zorg. De afgelopen jaren heeft V&VN onderzocht of eenduidige (vak)taal of termen voor het zorgplan – via SNOMED - ontwikkeld kan worden; dat wil zeggen: eenduidige diagnoses/problemen, interventies en zorgresultaten. Voor dit scenario is een project opgezet; de aanpak wordt in de volgende paragraaf toegelicht.

11.4.1 Doel van het project

Het doel is eenduidige en uitwisselbare patiëntproblemen/diagnosen, interventies en zorgresultaten te ontwikkelen.

11.4.2 Uitgangspunten

Via het project zijn – in afstemming met de werkgroep, en later ook met verpleegkundigen uit diverse regio's en regionale samenwerkingsverbanden en CNIO's – de volgende uitgangspunten vastgesteld die de basis vormen voor het zorgplan:

- Verpleegkundigen en verzorgenden leggen de gegevens rondom het zorgplan op een eenduidige manier vast. Hierdoor wordt uitwisseling en hergebruik van gegevens mogelijk, zonder extra registratielast en informatieverlies.
- De informatie moet zo eenduidig/ concreet mogelijk worden vastgelegd zodat deze in de keten niet voor meerdere interpretaties vatbaar is en dus kan worden hergebruikt. Hierbij wordt gebruik gemaakt van eenheid van taal volgens de internationale terminologie SNOMED).
- Het opstellen en bijstellen van een zorgplan is een continu proces. De verslaglegging ondersteunt het verpleegkundige zorgproces.
- De onderdelen van het verpleegkundig proces (gegevensverzameling (anamnese), zorgplan en evaluatie) sluiten altijd logisch en overzichtelijk op elkaar aan in het elektronisch zorgdossier.
- Hierbij wordt gebruik gemaakt van zorgplannen die altijd afgeleid zijn van bestaande richtlijnen. Aan de hand van patiëntgegevens en op basis van bestaande richtlijnen wordt het diagnostisch proces en het bijbehorende interventies en zorgresultaten inzichtelijk uitgewerkt:
 - Het patiëntprobleem of de verpleegkundige diagnose wordt vastgesteld op basis van verzamelde gegevens en er is een relatie tussen gegevens verzamelen en het gekozen probleem.
 - Op basis van een patiëntprobleem of de verpleegkundige diagnose wordt een doel (gewenste zorgresultaat) vastgesteld en passende interventies gekozen.
 - Per patiëntprobleem of de verpleegkundige diagnose kunnen meerdere doelen worden vastgesteld.
 - Per doel (gewenste zorgresultaat) kunnen meerdere verpleegkundige interventies worden vastgelegd.
 - Er is altijd een relatie tussen een patiëntprobleem of de verpleegkundige diagnose,

- doel (gewenste zorgresultaat), verpleegkundige interventies en uitkomst van zorg.
- Er is ook een directe relatie met het probleem en de interventie (met name relevant bij multidisciplinaire doelen, indien er interventies worden ingezet die niet zijn gerelateerd aan een doel).
- Het beheer van de patiëntproblemen, interventies en zorgresultaten moet structureel geborgd worden, zodat het zorgplan altijd actueel en up-to-date is.
- De ordening van de gegevens worden niet meegenomen bij de uitwisseling van gegevens in de keten. Dit betekent dat de te ontwikkelen patiëntproblemen, interventies en uitkomsten niet geordend worden in groepen of categorieën. Reden hiervoor is dat het ordenen van gegevens wordt gezien als een hulpmiddel, zodat gegevens efficiënt terug te vinden zijn.

Op basis van de vastgestelde uitgangspunten zijn kernsets met eenduidige patiëntproblemen, interventies en zorgresultaten gedefinieerd op basis van de vastgestelde richtlijnen. Op deze manier wordt gewaarborgd dat de actuele (wetenschappelijke en consensus based) kennis uit de richtlijnen zijn verwerkt. Deze kernsets zijn gebaseerd op SNOMED.

11.4.3 Eenduidige patiëntproblemen

Voor het stellen van een patiëntprobleem of een verpleegkundige diagnose worden allerlei gegevens verzameld over de gezondheid en het welbevinden van een patiënt. Deze gegevens zijn veelal factoren of kenmerken die van belang zijn voor het vaststellen van een patiëntprobleem of verpleegkundige diagnose. Diagnostische beslissingen dienen transparant en navolgbaar te zijn en waar mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke kennis. Dat is nu niet altijd het geval:

- Er zijn verschillende termen (vaktaal) voor verpleegkundige diagnoses in de zorgketen.
- De onderliggende besluitvorming wordt niet navolgbaar en niet eenduidig genoteerd in het zorgdossier. Verpleegkundigen kunnen nu niet laten zien op basis van welke gronden een bepaalde verpleegkundige diagnose/probleem is vastgesteld. Hierdoor wordt het mogelijk om als beroepsgroep te leren: welke factoren of kenmerken zijn van invloed op het herstelproces of zijn de ingezette verpleegkundige interventies effectief, wordt er afgeweken van de richtlijn?

Er is onderzoek opgezet die heeft geleid tot een kernset van patiëntproblemen die is gebaseerd op SNOMED en waarvoor eenduidige termen zijn vastgesteld [73]. Meer informatie over de opzet van het onderzoek en de bevindingen is te vinden via de volgende link: [The development of a nursing subset of patient problems to support interoperability](#)

NB: De patiëntproblemen zijn onder andere gemapt met Nanda-I diagnosen en Omaha System (2018) – zie [paragraaf 11.3](#).

11.4.4 Eenduidige interventies

Op basis van een vastgesteld patiëntprobleem/ verpleegkundige diagnose bepaalt de verpleegkundige welke interventies beschikbaar zijn. Zij baseert de keuze van interventies op:

- de meest actuele (wetenschappelijke) kennis die beschikbaar is,
- de ervaring in de praktijk,
- en de voorkeuren van de patiënt.

De meest actuele (wetenschappelijke) kennis is beschreven in een richtlijn. Daarom zijn de interventies zijn altijd afgeleid van de richtlijnen die zijn vastgesteld. Het uitwerken van de interventies (en zorguitkomsten) vindt plaats onder andere met de experts die betrokken zijn bij de richtlijn.

Er is een kernset – een lijst - met interventies vastgesteld die zijn afgeleid van de door V&VN geaccordeerde richtlijnen. Op deze manier wordt gewaarborgd dat de meest actuele kennis die beschikbaar is automatisch verwerkt worden. Deze interventies hebben een directe relatie met een patiëntprobleem/verpleegkundige diagnose uit de kernset patiëntproblemen.

NB: een mapping met de Nursing Intervention Classification (NIC) en Omaha System is tot nu toe nog niet gelukt (ook internationaal niet).

11.4.5 Eenduidige zorguitkomsten

Als een patiëntprobleem/verpleegkundige diagnose is vastgesteld en interventies zijn ingezet, dan wil de verpleegkundige weten of de gewenste doelen of uitkomsten bereikt zijn. Deze gewenste uitkomsten worden afgezet tegen de bereikte doel of uitkomsten. Desgewenst kan aanpassing nodig zijn. De uitkomsten zijn altijd afgeleid van:

- een gezondheidsstatus, zoals de status van een wond of de mate van overbelasting.
- een meetwaarde. Denk hierbij aan een pijnscore.

De meest actuele (wetenschappelijke) kennis is beschreven in een richtlijn. Daarom zijn de zorguitkomsten zijn altijd afgeleid van de richtlijnen die worden aanbevolen. Het uitwerken van de zorguitkomsten vindt plaats met de experts die betrokken zijn bij de richtlijn. De zorguitkomsten zijn altijd verbonden aan een patiëntprobleem/verpleegkundige diagnose en de ingezette interventies. Er is dus een onderlinge relatie.

NB: een mapping met de Nursing Outcome Classification (NOC) en Omaha System is tot nu toe nog niet gelukt (ook internationaal niet).



De SNOMED kernset van patiëntproblemen, van interventies en uitkomsten van zorg zijn in te zien via de volgende link: [Nationale kernset - Nictiz](#)

De SNOMED kernset is altijd gebaseerd op de wetenschappelijke kennis uit richtlijnen.

Het is belangrijk om een consistent zorgplan te hebben, zodat de gegevens betrouwbaar en bruikbaar zijn voor gegevensuitwisseling en hergebruik voor secundaire doeleinden. Een eenduidig zorgplan wordt via de nationale kernset tot stand gebracht, zodat:

- verpleegkundigen een duidelijk en actueel overzicht hebben van de verpleegkundige zorg, wat kan helpen bij het evalueren van de vorderingen van de patiënt;
- de kwaliteit van de gegeven (verpleegkundige) zorg verbeterd kan worden.
- De communicatie tussen verpleegkundigen onderling in de zorgketen, met de patiënt en met verschillende zorgverleners verbeterd wordt, zodat iedereen op de hoogte is van de zorg die aan de patiënt is gegeven.

Het eenduidige ontwikkelde zorgplan is onderdeel van de informatiestandaard eOverdracht⁹.

⁹ V&VN werkt samen met stichting VDIR/BSL en stichting Omaha System NL/Vilans om mappings mogelijk te maken; dit is tot nu toe niet gelukt.

11.4.6 Beheer van de Kernsets

V&VN is verantwoordelijk voor het actueel en up-to-date houden van de verschillende kernsets. De kernsets zijn gebaseerd op kennis uit richtlijnen. Zodra een richtlijn wordt herzien, dan wordt de actualisatie beoordeeld en eventuele wijzigingen doorgevoerd. Het functionele beheer van de kernsets ligt bij Nictiz.

11.5 Een eenduidig zorgplan in relatie tot het klinisch redeneerproces

In het eerste en tweede deel van dit rapport is toegelicht dat allerlei gegevens worden verzameld tijdens het verpleegkundig proces die genoteerd worden in het elektronisch zorgdossier. Verpleegkundigen nemen allerlei besluiten, zoals welke verpleegkundige diagnoses van toepassing zijn of welke interventies passend zijn. Deze besluiten worden eveneens in het zorgdossier genoteerd. In de vorige paragraaf is aangegeven dat een patiëntprobleem/ verpleegkundige diagnose, de bijbehorende interventies en zorguitkomsten aan elkaar verbonden zijn. De keuze voor een bepaald patiëntprobleem/ verpleegkundige diagnose, en de interventies met bijbehorende zorguitkomsten moet gebaseerd zijn op de meest actuele (wetenschappelijke) kennis, ervaring en wensen van de patiënt. Het is dan ook belangrijk dat verpleegkundigen transparant zijn over de besluiten die genomen zijn.

Verpleegkundigen kunnen nu niet goed laten zien op welke gronden bepaalde besluiten of zorgkeuzen zijn gemaakt. Dat komt omdat de gegevens niet eenduidig zijn en niet gestructureerd (via vrije teksten) worden genoteerd in het zorgdossier. Hierdoor is het lastig om als beroepsgroep te leren: welke kenmerken of factoren liggen ten grondslag aan de diagnostiek, welke factoren zijn van invloed op het herstelproces of zijn de ingezette verpleegkundige interventies effectief, wordt er afgeweken van de richtlijn? Bovendien zijn gegevens niet vergelijkbaar voor onderzoeksdoeleinden of voor benchmarkdoeleinden (om afdelingen/teams of zorgorganisaties met elkaar te vergelijken).

Het is daarom belangrijk dat de besluitvorming transparant en navolgbaar wordt gemaakt op basis van eenduidige gegevens. Hiervoor is een aanpak ontwikkeld. Op basis van patiëntkenmerken of andere factoren worden de keuzes of beslissingen die verpleegkundigen nemen stap voor stap uitgewerkt op basis van de richtlijnen. De uitwerking wordt ook wel een beslisboom genoemd.

De beslisbomen zijn opgeslagen in Nursingguide.

11.6 Het beproeven en implementeren van een eenduidig zorgplan

Zie [hoofdstuk 14](#).

12 De release van de informatiestandaard eOverdracht

12.1 Het releaseproces

Op basis van het validatieproces zijn wijzigingen doorgevoerd. Deze wijzigingen hebben geleid tot aanpassing van de informatiestandaard. Deze aanpassingen zijn verwerkt in verschillende versies van de eOverdracht. Het opleveren van een nieuwe versie wordt ook wel het releaseproces genoemd.

Een releaseproces betekent het proces, waarbij (complexe) aanpassingen of uitbreidingen van de eOverdracht zijn vastgesteld en (indien nodig) beproefd, zodat deze kunnen worden opgenomen in de publicatie van eOverdracht. Alle betrokkenen worden geïnformeerd door Nictiz en kunnen vervolgens de juiste versie van de eOverdracht implementeren.

12.1.1 Informatiestandaard eOverdracht versie 4.0

Op dit moment is versie 4.0 de meest actuele versie van de informatiestandaard eOverdracht: zie [Opbouw van de informatiestandaard eOverdracht 4.0](#)

12.1.2 Afspraken op vijf niveaus (via het vijflagenmodel)

In deel I is in de paragraaf over het theoretisch model toegelicht dat afspraken nodig zijn op vijf niveaus om tot interoperabiliteit te komen. In dit verantwoordingsrapport is voornamelijk ingegaan op één van de vijf niveaus, namelijk het informatieniveau.

De afgelopen jaren zijn verschillende zorgpartijen ook bezig geweest om afspraken te maken op de andere vier niveaus: organisatie-, proces-, applicatie- en infrastructuurniveau. Deze afspraken komen eveneens via een iteratief proces tot stand. Meer informatie zie onderstaand kader.



Extra informatie: afspraken op vijf niveaus

Organisatieniveau

Via dit niveau zijn afspraken gemaakt over wie wat doet en waar verantwoordelijk voor is. V&VN is de eigenaar van de informatiestandaard eOverdracht, en heeft het beheer gedelegeerd aan Nictiz. Dit betekent dat Nictiz verantwoordelijk is voor het up-to-date houden van de informatiestandaard eOverdracht (inclusief de bijbehorende zorginformatiebouwenstenen en SNOMED-termen).

Daarnaast zijn afspraken gemaakt over het vaststellingsproces: wie neemt de besluiten om wijzigingen door te voeren, en hoe zorgen we ervoor dat deze besluiten voldoende draagvlak en commitment hebben van de beroepsgroep? V&VN heeft hiervoor - in afstem-

ming met IT-leveranciers - een governance model vastgesteld (zie paragraaf 12.2).

Procesniveau

Op procesniveau gekeken hoe het overdrachtproces globaal (algemeen gesteld) verloopt: wie zijn er bij het overdrachtsproces betrokken, welke acties worden uitgevoerd, welke gegevens (uit de eOverdracht) worden in welke stap van het proces gebruikt. Deze informatie is onder andere opgehaald via een patient journey (in verschillende samenwerkingsverbanden). Op basis hiervan zijn processchema's ontwikkeld. Zo is een processchema voor het aanmeldbericht en voor het overdrachtsbericht opgesteld.

Applicatieniveau

Het is nodig om afspraken te maken over waar en wanneer bepaalde gegevens geneoteerd moeten worden, zodat verpleegkundigen weten wat er van hen verwacht wordt in relatie tot het verslagleggingsproces. V&VN is bezig met het opstellen van handreikingen die gebruikt kunnen worden door de gebruikersgroepen. Samen met de CNIO's en gebruikersgroepen wordt gekeken hoe dit proces het beste kan worden aangestuurd. Dit

is een proces waar ook de IT-leveranciers bij betrokken zijn.

Infrastructuurniveau

Via dit niveau worden afspraken gemaakt over generieke voorzieningen die op alle vormen van gegevensuitwisseling van toepassing zijn, zoals een landelijk adresboek. Hier zijn verschillende zorgpartijen bij betrokken, zoals de IT-leveranciers, de overheid, zorgverzekeraars en de werkgevers.

Onder het beheer van de informatiestandaard wordt verstaan: het consistent onderhouden en bijwerken van de inhoudelijke, functionele en infrastructurele afspraken van de eOverdracht. Denk hierbij aan het onderhouden van de de zibs of van uitwisselingsstandaarden (FHIR).

Daarnaast houdt het beheer ook in dat het gebruik wordt bevorderd. Denk hierbij aan het organiseren van bijeenkomsten met IT-leveranciers. Ook het uitgeven van aangepaste versies valt hieronder; ook wel het releaseproces genoemd.

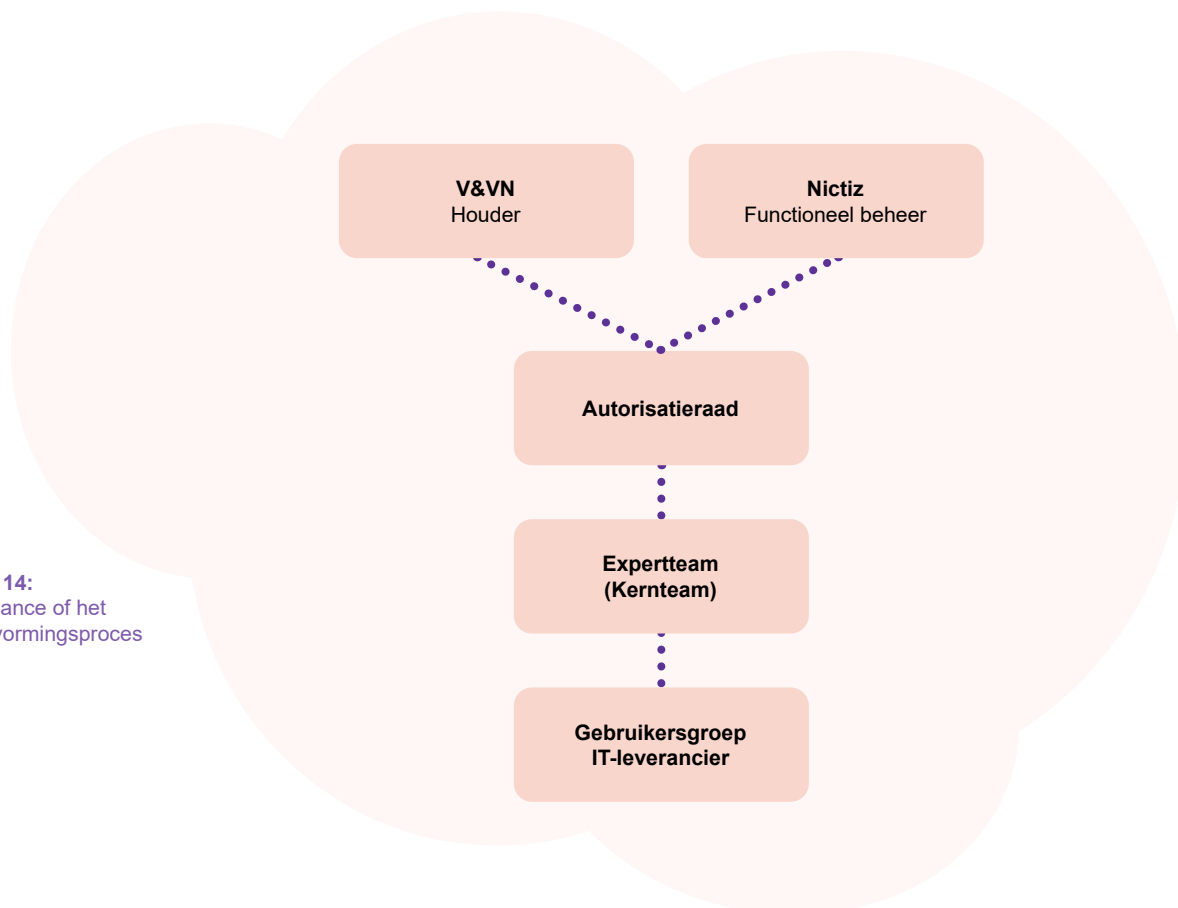
Het beheer van de eOverdracht wordt uitgevoerd door Nictiz. Hiervoor zijn beheerafspraken gemaakt. Het beheerproces is beschreven en gepubliceerd op de website van Nictiz.

12.2 Het besluitvormingsproces of de governance

In deel II is toegelicht dat een diversiteit in de verpleegkundige verslaglegging is ontstaan, onder andere vanwege een versnipperd besluitvormingsproces. Door het ontbreken van standaarden hebben gebruikersgroepen en IT-leveranciers samen systemen ingericht, waarbij vooral gekeken is vanuit het eigen systeem of de eigen sector. Er is nu een informatiestandaard eOverdracht, waarbij landelijke afspraken zijn gemaakt over welke gegevens hoe moeten worden ingebouwd (systeem of sector onafhankelijk). Dit vraagt ook om een andere governance ofwel besluitvormingsproces. De beroepsgroep moet de verslaglegging en de gegevens die beschikbaar zijn met elkaar beoordelen (over de muren van de eigen zorgorganisatie of systeem heen): begrijpen we elkaar, is het duidelijk, wat werkt wel of juist niet. Vanuit deze oordeelsvorming kan de beroepsgroep besluiten nemen en ook draagvlak creëren voor deze besluiten bij alle gebruikersgroepen van de IT-leveranciers.

Samen met het zorgveld en IT-leveranciers zijn afspraken gemaakt over het besluitvormingsproces. Deze afspraken zijn afgeleid van de Nederlandse Norm (NEN) 7522, die de basis vormt voor het beheer van de informatiestandaard. Er zijn verschillende rollen om de informatiestandaard te kunnen beheren. In [figuur 14](#) is te zien dat V&VN de rol van houder heeft, wat inhoudt dat V&VN eigenaar is van de informatiestandaard. Nictiz heeft de rol van functioneel beheerder, waarbij zij zorgdragen voor het proces wijzigingsverzoeken, de afhandeling ervan en het doorvoeren van de aanpassingen in de informatiestandaard. Verder is te zien dat een Autorisatieraad nodig is: het gremium dat besluiten neemt op basis van afgesproken processen met betrekking tot de wijzigingsvoorstellen. V&VN houdt als houder op afstand toezicht op de uitvoering van het beheersproces door Autorisatieraad (autorisator) en Functioneel Beheerder.

Figuur 14:
Governance of het
besluitvormingsproces



V&VN heeft ook een Expertteam (kerngroep) in het besluitvormingsproces nodig. Het Expertteam representeert experts die vanuit de brede beroepsgroep zijn vertegenwoordigd. De experts zijn CNIO's, en verpleegkundigen die werkzaam zijn in de verschillende zorgsectoren en daarnaast participeren of betrokken zijn bij de gebruikersgroep van een IT-leveranciers. De leden van het Expertteam hebben een formeel mandaat van de gebruikersgroep om zitting te nemen in het Expertteam.

Het Expertteam (kernteam) zorgt ervoor dat wijzigingsverzoeken inhoudelijk worden beoordeeld en kunnen eventuele vragen meenemen in deze beoordeling, zoals de mogelijke impact van bepaalde wijzigingen op de verschillende systemen. In het Expertteam kunnen ook de IT-leveranciers participeren, zodat zij vanuit hun expertise al vroeg mee kunnen denken.

13 Informatiestandaard eOverdracht = landelijke standaard

13.1 eOverdracht opgenomen in de basisinfrastructuur

Op landelijk niveau wordt toegewerkt naar een basisinfrastructuur die het fundament legt voor duurzaam informatiestelsel.

Een *basisinfrastructuur* houdt in dat een set van afspraken, eisen en standaarden gebruikt worden om gegevensuitwisseling en hergebruik mogelijk te maken.

Een *informatiestelsel* betekent dat het geheel van mensen, middelen en maatregelen gericht is op de informatiebehoefte van zorgorganisaties inclusief de zorgbrede basisinfrastructuur [\[1\]](#).

Een *duurzaam informatiestelsel* betekent dat een informatiestelsel op lange termijn kan blijven functioneren en waarvan de zorgpartijen vertrouwen dat het beschikbaar is, dat het werkt wanneer zij het nodig hebben, dat de gegevens veilig worden opgeslagen (en beschermd zijn tegen onbevoegde toegang) en dat het meebeweegt met veranderende behoeften. Het is dan ook een stelsel van afspraken, eisen en standaarden ontwikkeld moet worden om gegevensuitwisseling en hergebruik mogelijk te maken. Een basisinfrastructuur is onderdeel van een duurzaam informatiestelsel en zorgt er dus voor dat gegevensuitwisseling volgens bepaalde afspraken, eisen en standaarden toegepast worden.

Om te bepalen welke afspraken, eisen en standaarden bijdragen aan gegevensuitwisseling en hergebruik is een proces van toelating ontwikkeld. Dit proces bestaat uit een aantal stappen, zie ook [Infographic 'toelatingsprocedure voor duurzaam informatiestelsel'](#):

- Behoeftestelling
- Beoordelen vormvereisten
- Open consultatie.
- Indienen definitief voorstel, waarna review Architectuurboard en advies van de Kerngroep volgen
- Besluitvorming Informatieberaad

Voor de informatiestandaard eOverdracht heeft V&VN een toelatingsprocedure aangevraagd. Alle bovenstaande stappen zijn doorlopen. Op 26 maart 2018 is de informatiestandaard eOverdracht via het proces van toelating formeel toegelaten tot de basisinfrastructuur vastgesteld. Het besluit is gepubliceerd via de volgende link: [Vastgestelde bouwstenen en standaarden](#).

De eOverdracht is dus als informatiestandaard opgenomen in de basisinfrastructuur, wat inhoudt dat een set van afspraken en eisen worden gebruikt om cross-sectoraal en op een gestandaardiseerde manier gegevens te delen tussen verpleegkundigen onderling. De eOverdracht is daarmee (een) onderdeel van het duurzaam informatiestelsel dat gericht is op het op lange termijn functioneren van een informatiesysteem. Dit kan leiden tot een afname van fouten, minder administratieve lasten en efficiëntere verpleegkundige zorg.

13.2 eOverdracht geprioriteerd domein: gegevensuitwisseling wordt verplicht

De overheid is bezig om elektronische en veilige gegevensuitwisseling over patiënten te verplichten. Hiervoor wordt de kaderwet Wet op Gegevensuitwisseling (Wegiz) ingezet; zie ook [Uitleg over de wet Gegevensuitwisseling in de zorg \(Wegiz\)](#). Een kaderwet is een soort ‘hoofdwet’ die algemene regels en principes bevat over – in dit geval – elektronische gegevensuitwisseling.

In juli 2019 heeft het Informatieberaad Zorg in overleg met het zorgveld en aantal gegevensuitwisselingen geprioriteerd die voorrang krijgen en als eerste in aanmerking komen voor de Wegiz. Dit zijn gegevensuitwisselingen die van groot belang zijn voor de kwaliteit van de zorg zie ook [Vier geprioriteerde gegevensuitwisselingen](#):

- De eOverdracht
- De Basisgegevensset Zorg (BgZ)
- Beelduitwisseling
- Medicatieoverdracht

Voor deze vier geprioriteerde gegevensuitwisselingen wordt een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) ontwikkeld. Dit is een wetgevingsinstrument om specifieke of gedetailleerde regels, voorschriften of normen uit te werken, die voortkomen uit de kaderwet Wegiz. Dit betekent dat deze gegevensuitwisselingen als eerste verplicht worden. Een AMvB verwijst naar standaarden en normen. Een AMvB kan verwijzen naar een NEN-norm¹⁰ om bepaalde regels of voorschriften te definiëren.

Voor de gegevensuitwisseling tussen verpleegkundigen geldt dat regels, voorschriften of normen worden uitgewerkt. De AMvB zal dan ook onder andere verwijzen de afspraken die zijn vastgelegd in de informatiestandaard eOverdracht en de kwaliteitsstandaard Verslaglegging. Het ontwikkelen van de AMvB (en de bijbehorende NEN-norm) voor gegevensuitwisseling tussen verpleegkundigen start in 2023.

Meer informatie over de Wegiz, AMvB, normen en standaarden, [klik hier](#).

¹⁰ Een NEN-norm is een norm die is opgesteld door het Nederlands Normalisatie-instituut (NEN). Het NEN stelt normen op voor een breed scala aan producten, diensten en processen, waaronder ook normen voor gegevensuitwisseling. NEN-normen zijn in dit geval bedoeld om de kwaliteit, veiligheid en duurzaamheid van gegevensuitwisselingen te verhogen via praktische uitwerkingen.

14 De koers van V&VN voor de komende jaren

In dit verantwoordingsrapport is een toelichting gegeven op het meerjarenprogramma eOverdracht (2010-2018), het verkrijgen van meer inzicht en kennis over de overdracht en de ontwikkeling van de informatiestandaard eOverdracht.

Voor V&VN staat de komende jaren het veranderen, invoeren, kennisontwikkeling en leren over een eenduidige verpleegkundige verslaglegging en gegevensuitwisseling centraal. Daarbij is er voortdurend aandacht voor de unieke context en dynamiek van het speelveld. V&VN draagt vanuit deze veranderopgave of transitie bij aan de ambitie dat de beroepsgroep in 2026 werkt met eenduidige gegevens in het elektronisch zorgdossier, zodat gegevensuitwisseling en hergebruik mogelijk wordt. Deze veranderopgave wordt vormgegeven via de volgende actielijnen:

1. Het leren werken met uniforme en gestandaardiseerde gegevens
2. Het verpleegkundig zorgplan
3. Beslisondersteuning
4. Versterken van eigenaarschap

1. Het werken met uniforme en gestandaardiseerde gegevens

Het standaardisatieproces om te komen tot eenduidige gegevens brengt een veranderopgave met zich mee. Verpleegkundigen moeten immers leren werken met eenduidige gegevens. Vragen als: begrijpen verpleegkundigen elkaar beter met eenduidige gegevens?, kan zorg worden gecontinueerd zonder overtypen of kopiëren en plakken?, nemen de administratieve last en het verlies van informatie af?, zijn gegevens goed vindbaar in het zorgdossier?, moeten worden beantwoord. De beroepsgroep zal hierover afspraken moeten maken. Dit proces wordt de komende jaren begeleid door het programma eOverdracht.

2. Het verpleegkundig zorgplan

Via de eOverdracht kunnen verpleegkundigen beschikken over eenduidige gegevens. Deze gegevens hebben betrekking op onder andere het verpleegkundig zorgplan: verpleegkundige diagnose, interventies en uitkomst van zorg. Er zijn op dit moment nog verschillende (vak)talen, waardoor een grote diversiteit in verpleegkundige diagnoses, interventies en uitkomsten van zorg is ontstaan. V&VN werkt toe naar eenduidige verpleegkundige diagnoses, interventies en uitkomsten van zorg, waarbij beslisondersteuning en de kennis uit de richtlijnen geïntegreerd wordt.

Hoewel een transitie naar een eenduidig vaktaal voor het zorgplan gaande is, zal de nodige aandacht uit moeten blijven gaan naar het begeleiden van deze transitie. Denk hierbij aan het stapsgewijs beproeven en implementeren van een eenduidig zorgplan in het zorgdossier in samenwerking met de beroepsgroep, zorgorganisaties en IT-leveranciers.

3. Beslisondersteuning

Het is belangrijk dat de verpleegkundige diagnostiek en het bijbehorende zorgplan beter wordt gestroomlijnd: iedere verpleegkundige moet kunnen laten zien op welke gronden bepaalde zorgkeuzen of besluiten zijn gemaakt. Deze besluiten moeten transparant en navolgbaar zijn, en gebaseerd op de aanbevelingen die in richtlijnen beschreven staan. Dit is belangrijk voor de verdere professionalisering van het verpleegkundig domein.

Via het programma eOverdracht is een methodiek 'beslisondersteuning' ontwikkeld, waarbij de eenduidige gegevens, de aanbevelingen uit richtlijnen en de beslissingen beter op elkaar aansluiten. V&VN heeft de afgelopen jaren verschillende thema's uitgewerkt op basis van de richtlijnen die beschikbaar zijn gekomen. Via deze methodiek komen datasets en beslisregels beschikbaar; ook wel beslisbomen genoemd. De komende jaren zal het programma zich inzetten om de methodiek verder te ontwikkelen en te beproeven in de praktijk.

De komende jaren krijgt datagedreven zorg een steeds grotere rol, waarbij de beschikbare kennis en data een belangrijk fundament legt voor het leren en verbeteren én om de maatschappelijke meerwaarde aan te kunnen tonen. Daarom zal worden gekeken wat datagedreven zorg betekent voor de beroepsgroep.

4. Versterken van eigenaarschap

Het programma eOverdracht zal zorgdragen voor het actueel en houden van de producten en instrumenten die beschikbaar komen. Dit betekent dat de komende jaren ingezet wordt op:

- het structureel onderhoud en beheer van de informatiestandaard inclusief de datasets, handreikingen en beschikbare tools via een vastgestelde en werkzame beheer-, feedback- en releaseproces
- het verstevigen van het CNIO-netwerk

15 Referenties

- [1] Nictiz. Begrippenlijst n.d. <https://nictiz.nl/standaarden/begrippen/> (accessed September 15, 2022).
- [2] Nictiz. eOverdracht in de care. Een inventarisatie. Den Haag: 2010.
- [3] The Joint Commission, Joint Commission International, World Health Organization. Communication During Patient Hand-Overs. *Patient Safety Solutions* 2007;1. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(07\)33128-0](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(07)33128-0).
- [4] Döring N, Doupi P, Glonti K, Winkelmann J, Warren E, McKee M, et al. Electronic discharge summaries in cross-border care in the European Union: How close are we to making it happen? *Int J Care Coord* 2014;17:38–51. <https://doi.org/10.1177/2053435414540614>.
- [5] Eggins S, Slade D. Communication in Clinical Handover: Improving the Safety and Quality of the Patient Experience. *J Public Health Res* 2015;4:666. <https://doi.org/10.4081/jphr.2015.666>.
- [6] Kieft R, Tromp H, Verstappen B, Savaş B, Hak L, Vos M. De informatiestandaard eOverdracht. Veranderaanpak & implementatiestrategieën. Utrecht En Den Haag: 2021.
- [7] Williams H, Edwards A, Hibbert P, Rees P, Prosser Evans H, Panesar S, et al. Harms from discharge to primary care: mixed methods analysis of incident reports. *Br J Gen Pract* 2015;65:e829–37. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X687877>.
- [8] Tran DT, Johnson M. Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital. *Int Nurs Rev* 2010;57:454–62. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00846.x>.
- [9] de Mello BH, Rigo SJ, da Costa CA, da Rosa Righi R, Donida B, Bez MR, et al. Semantic interoperability in health records standards: a systematic literature review. *Health Technol (Berl)* 2022;12:255–72. <https://doi.org/10.1007/s12553-022-00639-w>.
- [10] van Gool CH, Volkert PA, Savelkoul M, Schoemaker C, Melse J, van Sonderen JF, et al. Eenheid van taal in de Nederlandse zorg. Van eenduidige informatie-uitwisseling tot hulpmiddel voor betere zorg (Semantic Unification in the healthcare sector). Den Haag: 2018. <https://doi.org/DOI.10.21945/RIVM-2018-0081>.
- [11] Hanzehogeschool. V&VN Richtlijn Verslaglegging. 2022.
- [12] Hutink H, De Jong A, Hülsmann C, Piller E, Fresz M, Rozing N, et al. Leidraad Kwaliteitsregistraties 2016.
- [13] Keenan G, Yakel E, Lopez KD, Tschannen D, Ford YB. Challenges to nurses' efforts of retrieving, documenting, and communicating patient care information. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2013;20:245–51. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2012-000894>.
- [14] McCloughen A, O'Brien L, Gillies D, McSherry C. Nursing handover within mental health rehabilitation: An exploratory study of practice and perception. *Int J Ment Health Nurs* 2008;17:287–95. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00545.x>.
- [15] Galatzan BJ, Carrington JM. Exploring the State of the Science of the Nursing Hand-off Communication. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* 2018;36:484–93. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000461>.
- [16] de Blok C, Vat L, van Soest-Poortvliet M, Pieter D, Minkman M, de Bruijne M, et al. Onderzoek naar de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT. Utrecht: 2012.
- [17] Adler-Milstein J, Raphael K, O'Malley TA, Cross DA. Information Sharing Practices Between US Hospitals and Skilled Nursing Facilities to Support Care Transitions. *JAMA Netw Open* 2021;4:e2033980–e2033980. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.33980>.
- [18] Inspectie voor Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg. Informatie-uitwisseling in de zorg: ICT lost knelpunten zonder standaardisatie van de informatie-uitwisseling niet op. Utrecht: 2011.
- [19] Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU). Registratie aan de bron. Visie op documentatie en gebruik van zorggegevens 2013-2020. 2013.
- [20] Clark J, Lang N. Nursing's next advance: An internal classification for nursing practice. *Int*

- Nurs Rev 1992;39:109–11.
- [21] Hayajneh AA, Hweidi IM, Abu Dieh MW. Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: A systematic review. *Nurs Open* 2020;7:1313–20. <https://doi.org/10.1002/nop2.547>.
- [22] Joint Commission Center for Transforming Healthcare. Improving Transitions of Care: Hand-off Communications 2014. https://www.centerfortransforminghealthcare.org/-/media/cth/documents/improvement-topics/handoff_comm_storyboard.pdf (accessed May 10, 2021).
- [23] Kieft RAMM, Stalpers D, Jansen APM, Francke AL, Delnoij DMJ. The methodological quality of nurse-sensitive indicators in Dutch hospitals: A descriptive exploratory research study. *Health Policy (New York)* 2018;122:755–64. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.05.015>.
- [24] Vuokko R, Mäkelä-Bengs P, Hyppönen H, Doupi P. Secondary Use of Structured Patient Data: Interim Results of A Systematic Review. *Stud Health Technol Inform* 2015;210:291–5. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-512-8-291>.
- [25] Vuokko R, Mäkelä-Bengs P, Hyppönen H, Lindqvist M, Doupi P. Impacts of structuring the electronic health record: Results of a systematic literature review from the perspective of secondary use of patient data. *Int J Med Inform* 2017;97:293–303. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.10.004>.
- [26] Thoroddsen A, Saranto K, Ehrenberg A. Models , Standards and Structures of Nursing Documentation in European Countries Models , standards and structures of nursing documentation in European countries 2009. <https://doi.org/10.3233/978-1-60750-024-7-327>.
- [27] Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. *J Adv Nurs* 2011;67:1858–75. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x>.
- [28] Fenton W. Developing a guide to improve the quality of nurses' handover. *Nurs Older People* 2006;18:32–6.
- [29] Abraham J, Kannampallil TG, Srinivasan V, Galanter WL, Tagney G, Cohen T. Measuring content overlap during handoff communication using distributional semantics: An exploratory study. *J Biomed Inform* 2017;65:132–44. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2016.11.009>.
- [30] Smeulers M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009979.pub2>.
- [31] Abraham J, Kannampallil T, Patel VL. A systematic review of the literature on the evaluation of handoff tools: implications for research and practice. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2014;21:154–62. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001351>.
- [32] Goossen W, Goossen-Baremans A, van der Zel M. Detailed Clinical Models: A Review. *Health Informatics Research* 2010;16:201–14. <https://doi.org/10.4258/hir.2010.16.4.201>.
- [33] Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 2009;6:e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
- [34] Siders AM, Peterson M. Increasing patient satisfaction and nursing productivity through implementation of an automated nursing discharge summary. *Proceedings / the . Annual Symposium on Computer Application [Sic] in Medical Care Symposium on Computer Applications in Medical Care* 1991:136–40.
- [35] Anderson MA, Hill PD. Psychometric properties of the referral data inventory. *Applied Nursing Research* 1994;7:151–7. [https://doi.org/10.1016/0897-1897\(94\)90009-4](https://doi.org/10.1016/0897-1897(94)90009-4).
- [36] Pheby DFH, Thorne P. The Medical Data Index (MDI) dependency module: a shared database to assist discharge planning and audit. *J Adv Nurs* 1994;20:361–7. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20020361.x>.
- [37] Patterson P, Blehm R, Foster J, Fuglee K, Moore J. Nurse Information Needs for Efficient Care Continuity Across Patient Units. *JONA: The Journal of Nursing Administration* 1995;25:28–36.
- [38] Closs S. Discharge communications between hospital and community health care staff: a selective review. *Health Soc Care Community* 1997;5:181–97.
- [39] Jones JS, Dwyer PR, White LJ, Firman R. Patient transfer from nursing home to emergency

- department: Outcomes and policy implications. *Academic Emergency Medicine* 1997;4:908–15. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1997.tb03818.x>.
- [40] Goossen WTF, Epping PJMM, van den Heuvel WJA, Feuth T, Frederiks CMA, Hasman A. Development of the Nursing Minimum Data Set for the Netherlands (NMDSN): Identification of categories and items. *J Adv Nurs* 2000;31:536–47. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01308.x>.
- [41] Sackley CM, Pound K. Stroke patients entering nursing home care: a content analysis of discharge letters. *Clin Rehabil* 2002;16:736–40. <https://doi.org/10.1191/0269215502cr535oa>.
- [42] Hellesø R. Information handling in the nursing discharge note. *J Clin Nurs* 2006;15:11–21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01235.x>.
- [43] Nagle LM, Judd JM. Supporting continuity of information in the patient transfer process should there be a minimum data set across care settings? *Stud Health Technol Inform* 2006;122:746–8.
- [44] Terrell KM, Miller DK. Challenges in Transitional Care Between Nursing Homes and Emergency Departments. *J Am Med Dir Assoc* 2006;7:499–505. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2006.03.004>.
- [45] Porteous JM, Stewart-wynne EG, Connolly M, Crommelin PF. iSoBaR - a concept and hand-over checklist: the National Clinical Handover Initiative. *Med J Aust* 2009;190:152–6. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02625.x>.
- [46] Hübner U, Flemming D, Heitmann KU, Oemig F, Thun S, Dickerson A, et al. The need for standardised documents in continuity of care: Results of standardising the eNursing Summary. *Stud Health Technol Inform* 2010;160:1169–73. <https://doi.org/10.3233/978-1-60750-588-4-1169>.
- [47] Satzinger W, Courté-Wienecke S, Wenng S, Herkert B. Bridging the information gap between hospitals and home care services: experience with a patient admission and discharge form. *Journal of Nursing Management (Wiley-Blackwell)* 2005;13:257–64. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2005.00542.x>.
- [48] MacNeela P, Morris R, Scott A, Treacy MP, Hyde A. Seen as core: a Delphi consensus study of essential elements of mental health nursing care in Ireland. *Arch Psychiatr Nurs* 2010;24:339–48. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.02.001>.
- [49] Inspectie voor Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg. Informatie-uitwisseling in de zorg: ICT lost knelpunten zonder standaardisatie van de informatie-uitwisseling niet op. Utrecht: 2011.
- [50] PwC Nederland in opdracht van IGJ. Verantwoorde informatieoverdracht in de zorg. Achtergrondstudie ten behoeve van de Staat van de Gezondheidszorg 2011: informatieoverdracht in twee zorgketens. 2011.
- [51] Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Patiënteninformatie. Den Haag: 2014.
- [52] van Duijvendijk I. Verpleegkundige overdracht, een geoliede machine? Den Haag: 2014.
- [53] Buurman BM, Verhaegh KJ, Smeulders M, Vermeulen H, Geerlings SE, Smorenburg S, et al. Improving handoff communication from hospital to home: the development, implementation and evaluation of a personalized patient discharge letter. *International Journal for Quality in Health Care* 2016;28:384–90. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw046>.
- [54] Galster G. Why is clinical information not reused? *Stud Health Technol Inform* 2012;180:624–8. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-101-4-624>.
- [55] Matney BSA. Semantic interoperability : The good , the bad , and the ugly. *Nursing (Brux)* 2016;46:23–4. <https://doi.org/DOI-10.1097/01.NURSE.0000490225.92179.69>.
- [56] Royal College of Nursing (RCN). Defining Nursing 2014:1–31.
- [57] Hovenga E, Grain H. An Information Paradigm Shift is Required to Realize EHR Benefits. *Stud Health Technol Inform* 2015;216:26–9. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-564-7-26>.
- [58] Olsen RM, Hellzén O, Skotnes LH, Enmarker I. Content of nursing discharge notes: Associations with patient and transfer characteristics. *Open J Nurs* 2012;02:277–87. <https://doi.org/10.4236/ojn.2012.23042>.
- [59] Kelly NA, Mahoney DF, Bonner A, O'Malley T. Use of a Transitional Minimum Data Set (TMDS) to Improve Communication Between Nursing Home and Emergency Depart-

- ment Providers. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13:85.e9-85.e15. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.02.007>.
- [60] Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). The SIGN discharge document (SIGN publication no. 128). Edinburgh: 2012.
- [61] Health Information and Quality Authority. National Standard for Patient Discharge Summary Information. 2013.
- [62] Griffiths D, Morphet J, Innes K, Crawford K, Williams A. Communication between residential aged care facilities and the emergency department: A review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2014;51:1517–23. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.002>.
- [63] Olsen RM, Hellzén O, Skotnes LH, Enmarker I. Breakdown in informational continuity of care during hospitalization of older home-living patients: a case study. *Int J Integr Care* 2014;14:1–38. <https://doi.org/10.4324/9781315259994-1>.
- [64] Nordmark S, Söderberg S, Skär L. Information exchange between registered nurses and district nurses during the discharge planning process: Cross-sectional analysis of survey data. *Inform Health Soc Care* 2015;40:23–44. <https://doi.org/10.3109/17538157.2013.872110>.
- [65] Flink M, Bergenbrant Glas S, Airosa F, Öhlén G, Barach P, Hansagi H, et al. Patient-centered handovers between hospital and primary health care: An assessment of medical records. *Int J Med Inform* 2015;84:355–62. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.01.009>.
- [66] Davis J, Morgans A, Burgess S. Information management for aged care provision in Australia: development of an aged care minimum dataset and strategies to improve quality and continuity of care. *Health Information Management Journal* 2016;45:27–35. <https://doi.org/10.1177/1833358316639453>.
- [67] Keebler JR, Lazzara EH, Patzer BS, Palmer EM, Plummer JP, Smith DC, et al. Meta-Analyses of the Effects of Standardized Handoff Protocols on Patient, Provider, and Organizational Outcomes. *Hum Factors* 2016;58:1187–205. <https://doi.org/10.1177/0018720816672309>.
- [68] Australian Digital Health Agency. Discharge Summary v1.5.2 2018. <https://developer.digital-health.gov.au/specifications/clinical-documents/ep-2656-2018?autodownload=true> (accessed July 30, 2018).
- [69] Vreeke E, Klein Wolterink G. Zorg voor kinderen in beeld. Vooronderzoek kinddimensie. 2015.
- [70] V&VN. Visie Eenheid in begrip. 2014.
- [71] Kieft RAMM, Vreeke EM, de Groot EM, de Graaf-Waar HI, van Gool CH, Koster N, et al. Mapping the Dutch SNOMED CT subset to Omaha System, NANDA International and International Classification of Functioning, Disability and Health. *Int J Med Inform* 2018;111:77–82. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.12.025>.
- [72] Kim J, Macieira TGR, Meyer SL, Ansell (Maggie) M, Bjarnadottir (Raga) RI, Smith MB, et al. Towards implementing SNOMED CT in nursing practice: A scoping review. *Int J Med Inform* 2020;134:104035. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.104035>.
- [73] Kieft RAMM, Vreeke EM, De Groot EM, Volkert PA, Francke AL, Delnoij DMJ. The development of a nursing subset of patient problems to support interoperability. *BMC Med Inform Decis Mak* 2017;17. <https://doi.org/10.1186/s12911-017-0567-5>.
- [74] V&VN. Begrippenkader Indicatieproces 2019:1–36. <https://www.venvn.nl/media/vl4draop/begrippenkader-indicatieproces-def.pdf> (accessed January 15, 2022).
- [75] van Straalen L, Schuurmans M, editors. *Klinisch redeneren voor verpleegkundigen*. 1e ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-1109-5>.

16 Bijlagen

16.1 Bijlage 1: Begrippenlijst en begrippen toegelicht

In dit verantwoordingsrapport komen verschillende begrippen aan de orde. Deze begrippen worden in onderstaande begrippenlijst toegelicht.

Begrippenlijst	
Administratieve lasten (regeldruk)	De inspanning die zorgprofessionals moeten maken om te voldoen aan de informatieverplichtingen die voortvloeien uit wetten en regels in relatie tot de zorg die zij leveren. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie (afgeleid van de Financiële Begrippenlijst)
Basisinfrastructuur	Een set van afspraken, eisen en standaarden gebruikt worden om gegevensuitwisseling en hergebruik mogelijk te maken [1] .
Begrijpelijkheid	Het vaststellen of de gegevens met bijbehorende termen begrijpelijk zijn voor de beroepsgroep.
Classificatie	Een classificatie is een terminologie (definieert concepten), maar deze concepten worden gedefinieerd en geordend via bepaalde kenmerken [1] .
Duurzaam informatiestelsel	Een informatiestelsel die op lange termijn kan blijven functioneren en waarvan de zorgpartijen vertrouwen dat het beschikbaar is, dat het werkt wanneer zij het nodig hebben, dat de gegevens veilig worden opgeslagen (en beschermd zijn tegen onbevoegde toegang) en dat het meebeweegt met veranderende behoeften [1] .
Eenduidig vastleggen	Als zorgprofessionals gegevens vastleggen met behulp van (inter)nationale standaarden, dan wordt die zorginformatie nog maar voor één uitleg interpreteerbaar. Het gebruik van standaarden zorgt er ook voor dat computers de vastgelegde informatie 'begrijpen'. Door eenduidig vastleggen dragen we bij aan eenheid van taal [1] .
Eenheid of eenduidige (vak)taal	Zorggegevens (en hun synoniemen) hebben dezelfde betekenis. De betekenis van een gegeven is duidelijk en niet vatbaar voor verkeerde of misinterpretaties [1] .
Eenheid in techniek	Dit betekent dat aan het elektronisch zorgdossier dezelfde eisen wordt gesteld, zodat uitwisseling tussen systemen mogelijk wordt [1]
Elektronische gegevensuitwisseling	Elektronische gegevensuitwisseling betekent dat gegevens via een gestandaardiseerd format worden uitgewisseld zonder informatieverlies en extra administratieve lasten. Dit betekent in dat eenduidige gegevens op de juiste plek in het zorgdossier in de hele zorgketen van de patiënt altijd beschikbaar zijn Gegevensuitwisseling in de zorg .
Elektronisch zorgdossier	De verzameling van alle elektronisch vastgelegde persoonlijke gegevens van een patiënt bij een zorgorganisatie [1] .
Doelmatigheid	Gegevens (met bijbehorende termen) die geschikt zijn om te gebruiken in verschillende zorgcontexten; met andere woorden zijn de gegevens toepasbaar in verschillende zorgcontexten.
Hergebruik	Dit betekent dat eenduidig vastgelegde gegevens kunnen worden gebruikt om te delen met de patiënt, voor de overdracht, voor wetenschappelijk onderzoek en voor kwaliteitsdoeleinden. Deze gegevens hoeven dan niet opnieuw te worden uitgevraagd en vastgelegd, of opgezocht [1] .
Indicatieproces	Het proces waarbij een wijkverpleegkundige beoordeelt wat de zorgbehoefte van de patiënt is, welke zorg ingezet kan worden en door wie (bijvoorbeeld een verzorgende of een gespecialiseerde verpleegkundige) [74] .
Informatiestandaard	Een standaard waarin is uitgewerkt welke gegevens uit het primaire proces worden geregistreerd, hoe deze gegevens zijn gecodeerd in een door de partijen in het zorgveld geaccepteerd terminologie- of codestelsel en op welke wijze de informatiebehoefte is vertaald in elektronische uitwisselingsspecificaties [1] .

Informatiestelsel	Het geheel van mensen, middelen en maatregelen gericht is op de informatiebehoefte van zorgorganisaties inclusief de zorgbrede basisinfrastructuur [1].
Informatieverlies	Treedt op als gegevens verdwijnen of niet hergebruikt kunnen worden omdat deze gegevens niet één op één overgenomen kunnen worden.
Klinisch redeneerproces	Het 'besluitvormingsproces' waarbij de verpleegkundige de verzamelde informatie analyseert en daaruit conclusies trekt en besluiten neemt [75].
Verpleegkundige verslaglegging	Het administratieve proces waarbij de beroepsgroep patiëntgegevens over de verpleegkundige zorg documenteren in het zorgdossier [11].
Semantische interoperabiliteit	De mate waarin computerapplicaties, systemen en databases in staat zijn om informatie uit te wisselen en te begrijpen op een manier die betekenis heeft voor gebruikers [9].
Terminologie	Een terminologie is een lijst van termen en concepten binnen het zorgproces [1].
Verpleegkundig proces	Het verpleegkundig proces behelst de stappen of de aanpak die verpleegkundigen uitvoeren als een patiënt opgenomen wordt of in zorg is [11].
Wijzigingsverzoek	Dit is een aanvraag om een wijziging aan te brengen aan – in dit geval – de informatiestandaard eOverdracht.
Zorginformatie-bouwsteen	Zorginformatiebouwstenen (zib's) worden gebruikt om inhoudelijke (niet technische) afspraken vast te leggen ten behoeve van het standaardiseren van informatie, die gebruikt wordt in het zorgproces. Het doel van de standaardisatie is dat deze informatie uit het zorgproces wordt hergebruikt voor andere doeleinden, zoals kwaliteitsregistraties, overdracht, patiëntgebonden onderzoek. Een zorginformatiebouwsteen is een informatiemodel, waarin een zorginhoudelijk concept wordt beschreven in termen van de gegevenselementen waaruit dat concept bestaat, de datatypes van die gegevenselementen etc. [1].

Begrippen toegelicht

Dit verantwoordingrapport gaat in op de gegevens die via het verslagleggingsproces worden genoteerd en worden uitgewisseld tussen de beroepsgroep onderling in de zorgketen. Sommige begrippen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Deze begrippen zijn: het verpleegkundig proces, het klinisch redeneerproces, het indicatieproces en de verpleegkundige verslaglegging. In de praktijk kunnen deze begrippen nog wel eens door elkaar worden gebruikt. Daarom worden deze in deze paragraaf nog een extra toelichting gegeven.

Het verpleegkundig proces

Het verpleegkundig proces zijn de stappen of de aanpak die alle verpleegkundigen toepassen in hun dagelijkse praktijk als een patiënt wordt opgenomen of in zorg is. Het is een continue proces die bestaat uit de volgende stappen:

1. Gegevensverzameling
2. Het zorgplan: patiëntproblemen/verpleegkundige diagnosen
3. Het zorgplan: doelen en gewenste zorgresultaten
4. Het zorgplan: interventies
5. Het zorgplan: uitkomsten of bereikte zorgresultaten (tussenevaluatie)
6. Overdracht (eindevaluatie)

Het klinisch redeneerproces

Een *klinisch redeneerproces* is het 'besluitvormingsproces' waarbij de verpleegkundige de verzamelde informatie analyseert en daaruit conclusies trekt en besluiten neemt [75], zoals over een patiëntprobleem/verpleegkundige diagnose en bijbehorende (evidence of consensus based) interventies.

Het indicatieproces

Het indicatieproces of het indiceren is het proces waarbij een verpleegkundige beoordeelt wat de zorgbehoefte van de patiënt is, welke zorg ingezet kan worden en door wie (bijvoorbeeld een verzorgende of een gespecialiseerde verpleegkundige). Als een verpleegkundige het indicatieproces start, dan volgt zij de stappen van het verpleegkundig proces [74]. Parallel aan dit proces neemt zij besluiten en stelt conclusies vast om te bepalen welke zorg nodig is en of de juiste zorg nog geboden wordt. Het indicatieproces hangt dus samen met het verpleegkundig proces en het klinisch redeneerproces. Het verschil is dat beoordeeld wordt welke zorg ingezet kan worden en door wie deze kan leveren.

De verpleegkundige verslaglegging

Tijdens de bovengenoemde processen verzamelen en documenteren verpleegkundigen allerlei gegevens die nodig zijn voor de zorg van een patiënt. Denk hierbij aan gegevens die via de anamnese en metingen worden verzameld. Maar ook de gegevens over het zorgplan en de genomen besluiten: de patiëntproblemen, interventies en zorgresultaten. Deze gegevens en de genomen besluiten worden vastgelegd in het elektronisch zorgdossier; ook wel de *verpleegkundige verslaglegging* genoemd [11]. De verpleegkundige verslaglegging is het administratieve proces waarbij de beroepsgroep patiëntgegevens over de verpleegkundige zorg documenteren in het zorgdossier. In [tabel 12](#) is een overzicht gemaakt met de belangrijkste kenmerken van de processen.

Tabel 12: Overzicht van de verschillende processen in de verpleging

Verpleegkundig proces	Klinisch redeneerproces	Indicatieproces	Verpleegkundige verslaglegging
Verpleegkundig verzamelen van gegevens van iedere patiënt tijdens opname of gedurende het verblijf	Analyseren van de gegevens en identificatie mogelijke problemen	Analyseren van de gegevens en identificatie mogelijke problemen	Via anamnese en metingen
Verpleegkundig diagnosticeren	Besluit bevestigen (onderbouwen) van het probleem of de diagnose	Besluit bevestigen (onderbouwen) van het probleem of de diagnose	In het zorgplan-deel van het elektronisch zorgdossier: via keuzelijst van patiëntproblemen
Gewenste doelen	Besluit bevestigen in afstemming met patiënt	Besluit bevestigen in afstemming met patiënt	Via status of score
Verpleegkundig interventies	Identificeren en bevestigen van passende interventies behorend bij diagnose	Identificeren en bevestigen van passende interventies behorend bij diagnose	In het zorgplan-deel van het elektronisch zorgdossier: via keuzelijst van interventies
-	-	Besluit nemen over welke zorg hoe vaak ingezet moet worden en wie dit kan leveren.	In het zorgplan-deel van het elektronisch zorgdossier
Tussen evaluatie; zijn de gewenste doelen behaald	Analyseren en interpreteren van de gegevens	Analyseren en interpreteren van de gegevens	Via status of score
Eindevaluatie	Interpreteren van de gegevens	Interpreteren van de gegevens	Via overdracht

16.2 Bijlage 2: Uitwerking Mesh-termen en zoekstring

Uitwerking Mesh-termen – zie tabel hieronder.

D: Patiënt (kind en volwassen)	D: Verpleegkundige overdracht continuïteit van zorg	O: Informatie
<p>Mesh Terms:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients [Mesh] • Age Groups [Mesh] 	<p>Mesh Terms:</p> <p>Continuity of Patient Care [Mesh] Patient Handoff [Mesh] Nursing [Mesh] Patient Discharge[Mesh]</p>	<p>Mesh Terms:</p> <p>Health Information Exchange [Mesh] Electronic Health Records [Mesh] Health Information Exchange [Mesh] Communication [Mesh]</p>
<p>Entry terms:</p> <p>Patient [Tiab] Clients [Tiab] Cliënt [Tiab] Adolescents [Tiab] Adolescence [Tiab] Teens [Tiab] Teen [Tiab] Teenagers [Tiab] Teenager [Tiab] Youth [Tiab] Youths [Tiab] Adolescents, Female [Tiab] Adolescent, Female [Tiab] Female Adolescent [Tiab] Female Adolescents [Tiab] Adolescents, Male [Tiab] Adolescent, Male [Tiab] Male Adolescent [Tiab] Male Adolescents [Tiab] Adults [Tiab] Children [Tiab] Infants [Tiab]</p>	<p>Entry terms:</p> <p>Care Continuity, Patient [Tiab] Patient Care Continuity [Tiab] Continuum of Care [Tiab] Care Continuum [Tiab] Continuity of Care [Tiab] Care Continuity [Tiab] Handoff, Patient [Tiab] Handoffs, Patient [Tiab] Patient Handoffs [Tiab] Patient Hand Over [Tiab] Hand Over, Patient [Tiab] Hand Overs, Patient [Tiab] Patient Hand Overs [Tiab] Patient Sign Out[Tiab] Sign Out, Patient [Tiab] Sign Outs, Patient [Tiab] Patient Signout [Tiab] Patient Signouts [Tiab] Signout, Patient [Tiab] Signouts, Patient [Tiab] Patient Signover [Tiab] Patient Signovers [Tiab] Signover, Patient [Tiab] Signovers, Patient [Tiab] Patient Hand Off [Tiab] Hand Off, Patient [Tiab] Hand Offs, Patient [Tiab] Patient Hand Offs [Tiab] Patient Sign Outs [Tiab] Patient Handover [Tiab] Handover, Patient [Tiab] Handovers, Patient [Tiab] Patient Handovers [Tiab] Nursing Handoff [Tiab] Handoff, Nursing [Tiab] Handoffs, Nursing [Tiab] Nursing Handoffs [Tiab] Nursing Hand Offs [Tiab] Nursing Handover [Tiab] Handover, Nursing [Tiab] Handovers, Nursing [Tiab] Nursing Handovers [Tiab] Nursing Hand Overs [Tiab] Nursing Hand Off[Tiab] Hand Off, Nursing[Tiab] Hand Offs, Nursing [Tiab] Nursing Hand Over [Tiab] Hand Over, Nursing [Tiab] Hand Overs, Nursing [Tiab] Clinical Handoffs [Tiab] Clinical Handoff [Tiab] Handoff, Clinical [Tiab] Handoffs, Clinical [Tiab] Clinical Handover [Tiab] Clinical Handovers [Tiab] Handover, Clinical [Tiab] Handovers, Clinical [Tiab]</p>	<p>Entry Terms:</p> <p>Exchange, Health Information [Tiab] Exchanges, Health Information [Tiab] Health Information Exchanges [Tiab] Information Exchange, Health [Tiab] Information Exchanges, Health [Tiab] Medical Information Exchange [Tiab] Exchange, Medical Information [Tiab] Exchanges, Medical Information [Tiab] Information Exchange, Medical [Tiab] Information Exchanges, Medical[Tiab] Medical Information Exchanges [Tiab] Minimum dataset</p>

Uitwerking DDO met zoektermen

Searchstring 2011

((((((((((patient transfer[Title/Abstract]) OR care transfer[Title/Abstract]) OR care transition[Title/Abstract]) OR patient transition[Title/Abstract]) OR discharge[Title/Abstract])) OR transmission[Title/Abstract])) AND ((quality of care[Title/Abstract]) OR continuity of care[Title/Abstract])) AND (((((((care plan[Title/Abstract]) OR careplan[Title/Abstract]) OR transferral[Title/Abstract]) OR shift report[Title/Abstract]) OR hand off[Title/Abstract]) OR hand over[Title/Abstract]) OR handover[Title/Abstract]) OR handoff[Title/Abstract]) OR communication[Title/Abstract])) OR (("Patient Transfer"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Mesh])

Gebruikte searchstring PUBMED

Patients [Mesh] OR Age Groups[Mesh] AND Continuity of Patient Care[Mesh] OR Patient Discharge [Mesh] OR Patient Handoff [Mesh] AND Nursing [Mesh] OR Care Continuity [Title/Abstract] OR Patient Care Continuity [Title/Abstract] OR Continuum of Care [Title/Abstract] OR Care Continuum [Title/Abstract] OR Continuity of Care [Title/Abstract] OR Care Continuity [Title/Abstract] OR Patient Handoff [Title/Abstract] OR Patient Handoffs [Title/Abstract] OR Patient Hand Over [Title/Abstract] OR Patient Hand Overs [Title/Abstract] [Title/Abstract] OR Patient Sign Out [Title/Abstract] OR patient sign outs [Title/Abstract] OR Patient Signout [Title/Abstract] OR Patient Signouts [Title/Abstract] OR Patient Signover [Title/Abstract] OR Patient Hand Off [Title/Abstract] OR Patient Hand Offs [Title/Abstract] OR Patient Sign Out [Title/Abstract] OR Patient Sign Outs [Title/Abstract] OR Patient Handover [Title/Abstract] OR Patient Handovers [Title/Abstract] OR Nursing Handoff [Title/Abstract] OR Nursing Handoffs [Title/Abstract] OR Nursing Hand Offs [Title/Abstract] OR Nursing Handover [Title/Abstract] OR Nursing Handovers [Title/Abstract] OR Nursing Hand Overs [Title/Abstract] OR Nursing Hand Off [Tiab] OR Nursing Hand Over [Title/Abstract] OR Nursing Hand Overs [Title/Abstract] OR Clinical Handoffs [Title/Abstract] OR Clinical Handoff [Title/Abstract] OR Clinical Handover [Title/Abstract] OR Clinical Handovers [Title/Abstract] OR Patient Discharges [Title/Abstract] AND (Health Information Exchange [Mesh] OR Electronic Health Records [Mesh] OR Communication [Mesh] OR content [Title/Abstract])

Searcht pubmed 5-11-2018 12.00

Gebruikte searchstring

(Patients [Mesh] OR Age Groups [Mesh] AND (Continuity of Patient Care [Mesh] OR Patient Discharge [Mesh] OR Patient Handoff [Mesh] AND Nursing [Mesh] OR Care Continuity [Title/Abstract] OR Patient Care Continuity [Title/Abstract] OR Continuum of Care [Title/Abstract] OR Care Continuum [Title/Abstract] OR Continuity of Care [Title/Abstract] OR Care Continuity [Title/Abstract] OR Patient Handoff [Title/Abstract] OR Patient Handoffs [Title/Abstract] OR Patient Hand Over [Title/Abstract] OR Patient Hand Overs [Title/Abstract] [Title/Abstract] OR Patient Sign Out [Title/Abstract] OR patient sign outs [Title/Abstract] OR Patient Signout [Title/Abstract] OR Patient Signouts [Title/Abstract] OR Patient Signover [Title/Abstract] OR Patient Hand Off [Title/Abstract] OR Patient Hand Offs [Title/Abstract] OR Patient Sign Out [Title/Abstract] OR Patient Sign Outs [Title/Abstract] OR Patient Handover [Title/Abstract] OR Patient Handovers [Title/Abstract] OR Nursing Handoff [Title/Abstract] OR Nursing Handoffs [Title/Abstract] OR Nursing Hand Offs [Title/Abstract] OR Nursing Handover [Title/Abstract] OR Nursing Handovers [Title/Abstract] OR Nursing Hand Overs [Title/Abstract] OR Nursing Hand Off [Tiab] OR Nursing Hand Over [Title/Abstract] OR Nursing Hand Overs [Title/Abstract] OR Clinical Handoffs [Title/Abstract] OR Clinical Handoff [Title/Abstract] OR Clinical Handover [Title/Abstract] OR Clinical Handovers [Title/Abstract] OR Patient Discharges [Title/Abstract] AND (Health Information Exchange [Mesh] OR Electronic Health Records [Mesh] OR Communication [Mesh] OR content [Title/Abstract])

Search in CINAHL

18-11-2019

Gebruikte search string

(((MH "Named Groups") OR (MH "Patients"))) OR TI (patient OR client OR clients) OR AB (patient OR client OR clients)) AND

(((MH "Continuity of Patient Care") OR (MH "Hand Off (Patient Safety)") (MH "Patient Discharge") OR (MH "Transfer, Discharge"))) OR TI ((Care continuity, patient OR (patient care, continuity) OR (Continuum of Care) OR (care continuum) OR (care continuity) OR (handoff, patient) OR (handoffs patient) OR (patient hand over) OR (hand over, Patient) OR (hand overs, Patient) OR (patient hand overs) OR (patient sign out) OR (sign out, patient) OR (sign outs, patient) OR (patient signout) OR (patient signouts) OR (patient singover) OR (patient Signovers) OR (patient handoff) OR (patient handoffs) OR (nursing handoff) OR (nursing handoffs) OR (nursing handover) OR (handover, nursing) OR (handovers, nursing) OR (nursing handovers) OR (nursing hand off) OR (hand off, nursing) OR (hand offs, nursing) OR (Nursing Hand over) OR (hand over, Nursing) OR (hand overs, nursing) OR (clinical handoffs) OR (clinical handoff) OR (handoff, clinical) OR (handoffs clinical) OR (clinical handover) OR (clinical handovers) OR (handover, clinical) OR (handovers, clinical) OR AB ((Care continuity, patient) OR (patient care, continuity) OR (Continuum of Care) OR (care continuum) OR (care continuity) OR (handoff, patient) OR (handoffs patient) OR (patient hand over) OR (hand over, Patient) OR (hand overs, Patient) OR (patient hand overs) OR (patient sign out) OR (sign out, patient) OR (sign outs, patient) OR (patient signout) OR (patient signouts) OR (patient singover) OR (patient Signovers) OR (patient handoff) OR (patient handoffs) OR (nursing handoff) OR (handoff nursing) OR (handoffs nursing) OR (nursing hand offs) OR (nursing handoffs) OR (nursing handover) OR (handover, nursing) OR (handovers, nursing) OR (nursing handovers) OR (nursing hand off) OR (hand off, nursing) OR (hand offs, nursing) OR (Nursing Hand over) OR (hand over, Nursing) OR (hand overs nursing) OR (clinical handoffs) OR (clinical handoff) OR (handoff, clinical) OR (handoffs clinical) OR (clinical handover) OR (clinical handovers) OR (handover, clinical) OR (handovers, clinical)) AND

(((MH "Health Care Information Exchange (Iowa NIC)") OR (MH "Electronic Health Records") OR (MH "Communication") OR (MH "Minimum Data Set"))) OR TI ((Exchange, Health Information OR (Exchanges, Health Information) OR (Health Information Exchanges) OR (Information Exchange, Health) OR (Information Exchanges, Health) OR (Medical Information Exchange) OR (Exchange, Medical Information) OR (Exchanges, Medical Information) OR (Information Exchange, Medical) OR (Information Exchanges, medical) OR (Medical Information Exchanges) OR (Minimum dataset)) OR (standardized) OR (standardization) OR (standard) OR AB ((Exchange, Health Information) OR (Exchanges, Health Information) OR (Health Information Exchanges) OR (Information Exchange, Health) OR (Information Exchanges, Health) OR (Medical Information Exchange) OR (Exchange, Medical Information) OR (Exchanges, Medical Information) OR (Information Exchange, Medical) OR (Information Exchanges, medical) OR (Medical Information Exchanges) OR (Minimum dataset) OR (standardized) OR (standardization) OR (standard)).

Gebruikte searchstring PsycINFO

Search gedaan op 19-11-2018

Aantal hits 357

Limitations: engels en 2005-2018

(((MH "Named Groups") OR (MH "Patients"))) OR TI (patient OR client OR clients) OR AB (patient OR client OR clients)) AND

(((MH "Continuity of Patient Care") OR (MH "Hand Off (Patient Safety)") (MH "Patient Discharge") OR (MH "Transfer, Discharge"))) OR TI ((Care continuity, patient OR (patient care, continuity) OR (Continuum of Care) OR (care continuum) OR (care continuity) OR (handoff, patient) OR (handoffs patient) OR (patient hand over) OR (hand over, Patient) OR (hand overs, Patient) OR (patient hand overs) OR (patient sign out) OR (sign out, patient) OR (sign outs, patient) OR (patient signout) OR (patient signouts) OR (patient singover) OR (patient Signovers) OR (patient handoff) OR (patient handoffs) OR (nursing handoff) OR (handoff nursing) OR (handoffs nursing) OR (nursing hand offs) OR (nursing handoffs) OR (nursing handover) OR (handover, nursing) OR (handovers, nursing) OR (nursing handovers) OR (nursing hand off) OR (hand off, nursing) OR (hand offs, nursing) OR (Nursing Hand over) OR (hand over,

Nursing) OR (hand overs, nursing) OR (clinical handoffs) OR (clinical handoff) OR (handoff, clinical) OR (handoffs clinical) OR (clinical handover) OR (clinical handovers) OR (handover, clinical) OR (handovers, clinical) OR AB ((Care continuity, patient) OR (patient care, continuity) OR (Continuum of Care) OR (care continuum) OR (care continuity) OR (handoff, patient) OR (handoffs patient) OR (patient hand over) OR (hand over, Patient) OR (hand overs, Patient) OR (patient hand overs) OR (patient sign out) OR (sign out, patient) OR (sign outs, patient) OR (patient signout) OR (patient signouts) OR (patient singover) OR (patient Signovers) OR (patient handoff) OR (patient handoffs) OR (nursing handoff) OR (handoff nursing) OR (handoffs nursing) OR (nursing hand offs) OR (nursing handoffs) OR (nursing handover) OR (handover, nursing) OR (handovers, nursing) OR (nursing handovers) OR (nursing hand off) OR (hand off, nursing) OR (hand offs, nursing) OR (Nursing Hand over) OR (hand over, Nursing) OR (hand overs nursing) OR (clinical handoffs) OR (clinical handoff) OR (handoff, clinical) OR (handoffs clinical) OR (clinical handover) OR (clinical handovers) OR (handover, clinical) OR (handovers, clinical)) AND (((MH "Health Care Information Exchange (Iowa NIC)") OR (MH "Electronic Health Records") OR (MH "Communication") OR (MH "Minimum Data Set"))) OR TI ((Exchange, Health Information OR (Exchanges, Health Information) OR (Health Information Exchanges) OR (Information Exchange, Health) OR (Information Exchanges, Health) OR (Medical Information Exchange) OR (Exchange, Medical Information) OR (Exchanges, Medical Information) OR (Information Exchange, Medical) OR (Information Exchanges, medical) OR (Medical Information Exchanges) OR (Minimum dataset)) OR (standardized) OR (standardization) OR (standard)OR AB ((Exchange, Health Information) OR (Exchanges, Health Information) OR (Health Information Exchanges) OR (Information Exchange, Health) OR (Information Exchanges, Health) OR (Medical Information Exchange) OR (Exchange, Medical Information) OR (Exchanges, Medical Information) OR (Information Exchange, Medical) OR (Information Exchanges, medical) OR (Medical Information Exchanges) OR (Minimum dataset) OR (standardized) OR (standardization) OR (standard))

Gebruikte searchstring Cochrane

Search op 13-11-2018

(Patients OR age groups):ti,ab,kw AND (Continuity of Patient Care OR Patient Handoff OR Patient Discharge):ti,ab,kw AND (Nursing):ti,ab,kw AND (Health Information Exchange OR Electronic Health Records OR Health Information Exchange OR Communication OR data OR dataset):ti,ab,kw

((MH "Named Groups") OR (MH "Patients")) AND ((MH "Continuity of Patient Care") OR (MH "Hand Off (Patient Safety)") (MH "Patient Discharge") OR (MH "Transfer, Discharge")) AND ((MH "Health Care Information Exchange (Iowa NIC)") OR (MH "Electronic Health Records") OR (MH "Communication") OR (MH "Minimum Data Set"))

16.3 Bijlage 3: Classificaties en terminologieën

Verschillen tussen de classificaties NNN, Omaha System en de terminologie SNOMED

Er is een verschil tussen een terminologie SNOMED en de in Nederland toegepaste verpleegkundige classificaties, zoals NNN of Omaha System.

Een *terminologie* SNOMED is een systeem van concepten of termen die gebruikt worden om specifieke concepten te benoemen en te definiëren binnen een bepaald veld. De terminologie beschrijft concepten voor het hele zorgproces, waaronder de gegevensverzameling, het zorgplan, de tussen- en evaluevaluatie. Dus ook concepten met betrekking tot metingen, woonsituatie, allergie, gezinssituatie, de patiënt enzovoort.

Een verpleegkundige *classificatie*, zoals NNN of Omaha System, is gericht op het ordenen van concepten. Een classificatie definieert eveneens concepten (net als een terminologie), maar definieert en ordent deze concepten aan de hand van bepaalde kenmerken. Een classificatie richt zich daarbij alleen op het zorgplan-deel: verpleegkundige diagnose/probleem, interventies en zorguitkomsten. Deze concepten worden geordend op basis van bepaalde kenmerken. Via deze ordeningen zijn signalen/symptomen of verpleegkundigen diagnoses uitgewerkt en daaraan gekoppeld interventies en uitkomsten van zorg.

Tabel: Overzicht van verschillen tussen classificaties (NNN en Omaha System) en terminologie SNOMED

Gegevens ten behoeve van het verpleegkundig proces	NNN	Omaha System	SNOMED
Anamnese (gegevensverzameling)	-	-	+
Metingen en risico-inventarisatie (gegevens verzameling)	-	-	+
Verpleegkundige diagnose/ problemen	+	+	+
Verpleegkundige interventies	+	+	+
Zorgresultaten	+	+	+
Overdracht	-	-	+

+ wordt uitgewerkt - wordt niet uitgewerkt

Het verschil tussen terminologie SNOMED en de classificaties is dat een SNOMED betrekking heeft op de benaming van concepten die het volledige zorgproces omvatten. Terwijl de classificaties betrekking hebben op het ordenen van concepten in groepen op basis van bepaalde kenmerken. Classificaties zijn gericht op een deel van het zorgproces, namelijk het zorgplan: verpleegkundige diagnose/probleem, interventies en zorguitkomsten.

Verschillende classificaties in de verpleging

Er zijn in de verpleging verschillende classificaties, zoals NNN en Omaha System. Zij delen verpleegkundige concepten dus in groepen op basis van bepaalde kenmerken. De kenmerken verschillen tussen NNN en Omaha System, waardoor de ordening en uitwerking van verpleegkundige zorg niet eenduidig is. Met andere woorden de classificaties hebben verschillende opvattingen over hoe verpleegkundige zorg ingedeeld moet worden. De NNN deelt verpleegkundige zorg in dertien domeinen, terwijl Omaha System dit via vier aandachtgebieden doet. Dit betekent dat beide classificaties vandaaruit verschillende kenmerken geven aan verpleegkundige zorg en gebruiken dus een ande-

re indeling in groepen. Via deze indelingen zijn ook verschillende diagnoses/problemen, interventies en zorgresultaten gedefinieerd.

Uitwerking in domeinen en diagnoses/problemen in onderstaande tabel.

NNN	Omaha System	SNOMED
Ordering in domeinen	Ordering in domeinen	Geen ordering
Gezondheidsbevordering	Fysiologisch domein	
Voeding	Psychosociaal domein	
Uitscheiding/uitwisseling	Gezondheidsgerelateerd domein	
Activiteit/rust	Omgevingsdomein	
Waarneming/cognitie		
Zelfperceptie		
Rollen/relaties		
Seksualiteit		
Coping/stresstolerantie		
Levensprincipes		
Veiligheid/bescherming		
Welbevinden		
Groei/ontwikkeling		
Verpleegkundige Nanda-I diagnoses	Aandachtgebieden	Problemen of diagnoses
Via de 13 domeinen zijn 141 diagnostische concepten geordend. Een concept kan uit meerdere diagnoses bestaan. Er zijn dan ook meer dan 250 verschillende diagnoses.	Via de vier domeinen zijn 42 aandachtgebieden gedefinieerd. Een aandachtgebied kan uit veelvoud van signalen en symptomen bestaan.	Geen ordering. Er is een lijst met verpleegkundige diagnoses of problemen opgenomen in SNOMED.
Een mapping tussen Nanda-I diagnoses en Omaha System signalen en symptomen is tot nu nog niet gelukt (ook internationaal niet). Dit betekent dat de beroepsgroep niet dezelfde problemen/verpleegkundige diagnoses in de zorgketen kan gebruiken.		

Verpleegkundige diagnoses/patiëntproblemen

Als gekeken wordt naar de verpleegkundige diagnose of problemen binnen deze ordeningen dan is hetzelfde zichtbaar: Nanda-I diagnoses zijn 141 diagnostische concepten, die weer uit meerdere diagnoses kunnen bestaan. De 42 aandachtgebieden van Omaha System zijn uitgewerkt in een veelvoud van signalen en symptomen.

Dit betekent eveneens dat beide classificaties verschillend omgaan met verpleegkundige diagnostiek en verschillende termen gebruiken. Dit kan leiden tot verwarring of verkeerde interpretaties, wanneer gegevens uitgewisseld worden in de zorgketen of wanneer de gegevens gebruikt worden voor onderzoek of om te werken aan kwaliteitsverbetering.

De terminologie SNOMED is anders opgebouwd. Een terminologie is een systeem van concepten en termen, die worden gedefinieerd. Via SNOMED wordt het concept diagnose gedefinieerd, maar deze wordt niet geordend volgens bepaalde vooraf vastgestelde kenmerken. Het is dus mogelijk om een lijst met verpleegkundige diagnoses te selecteren, die niet in een bepaalde groep (en op basis van bepaalde kenmerken) zijn geordend.

Verpleegkundige interventies

Hetzelfde geldt voor verpleegkundige interventies. De Nursing Intervention Classification heeft 542 interventies uitgewerkt in zeven domeinen. Omaha System heeft vier soorten acties die uitgewerkt kunnen worden in 76 actievlakken. Ook hier geldt dat beide classificaties verschillend omgaan met verpleegkundige interventies en verschillende termen (en codes) gebruiken. Dit kan leiden tot verwarring of verkeerde interpretaties, wanneer gegevens uitgewisseld worden in de zorgketen of wanneer de gegevens gebruikt worden voor onderzoek of om te werken aan kwaliteitsverbetering.

Nursing Intervention Classification	Omaha System	SNOMED
542 interventies, uitgewerkt in zeven domeinen:	Er zijn vier soorten acties, die uitgewerkt kunnen worden in 76 actievlakken	Er is een lijst met verpleegkundige interventies uitgewerkt op basis van de wetenschappelijke kennis die in richtlijnen zijn geschreven. De interventies zijn niet geordend.
Elementair fysiologische functies	Adviseren, instrueren, begeleiden (AIB)	
Complex fysiologische functies	Behandelen en procedures toepassen (BP)	
Gedrag	Casemanagen (CM)	
Veiligheid	Monitoren/bewaken (MB)	
Gezin en familie		
Gezondheidszorgstelsel		
Samenleving		
Een mapping tussen NIC en Omaha System is tot nu nog niet gelukt (ook internationaal niet). Dit betekent dat de beroepsgroep niet dezelfde interventies in de zorgketen gebruiken.		

Verpleegkundige zorgresultaten

De Nursing Outcome Classification en Omaha System gaan verschillend om met verpleegkundige zorgresultaten en gebruiken andere termen (en codes). Dit kan leiden tot verwarring of verkeerde interpretaties, wanneer gegevens uitgewisseld worden in de zorgketen of wanneer de gegevens gebruikt worden voor onderzoek of om te werken aan kwaliteitsverbetering.

Nursing Outcome Classification	Omaha System	SNOMED
Iedere Outcome heeft een naam en definitie, domein en klasse indicatoren, met een 5 punt Likertschaal met codering	Scores op status, kennis en gedrag via een 5-puntsschaal. Per probleem wordt een start- en streefscore bepaald.	Er is een lijst met verpleegkundige zorgresultaten uitgewerkt op basis van de wetenschappelijke kennis die in richtlijnen zijn geschreven. De zorgresultaten zijn niet geordend.
Een mapping tussen NOC en Omaha System is tot nu nog niet gelukt (ook internationaal niet). Dit betekent dat de beroepsgroep niet dezelfde zorgresultaten in de zorgketen kan gebruiken.		

16.4 Bijlage 4: Tabellen overdrachten

Verpleegkundige overdrachten in verschillende zorgsectoren																																									
		ZH											VVT															GGZ					REV								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Tot	%	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Tot	%	1	2	3	4	5	1	Tot	%	Totaal	%
1 Hoofdelement: Patiëntgegevens		11 100% 15 100%																																							
Deelelement		Gegevens-elementen																																							
1	NAW																																								
	1 Voor- en achternaam	11 100% 15 100%																																							
	2 BSN	11 100% 11 73%																																							
	3 Adres: straat, huisnummer, woonplaats, postcode, tel nummer, land, email	11 100% 15 100%																																							
	4 Geslacht, gender	10 91% 0 0%																																							
	5 Meertaligheid	1 9%																																							
	6 Burgelijke staat (Gehuwd, alleen, partner)	4 36% 1 1 1 1 1 5 33%																																							
	7 Geboortedatum	11 100% 14 93%																																							
	8 Geboorteplaats	0 0% 2 13%																																							
2	Contactpersonen																																								
	9 Naam	11 100% 10 67%																																							
	10 Telefoonnummer	10 91% 9 60%																																							
	11 Email adres	1 9%																																							
	12 Relatie tot patiënt (broer, zus, partner, kind)	10 91% 8 53%																																							
	13 Geslacht contactpersoon	1 9%																																							
3	Verzekeringsgegevens																																								
	14 Zorgverzekerings-nummer	5 45% 8 53%																																							
	15 Zorgverzekeraar naam	4 36% 9 60%																																							
4	Wettelijke vertegenwoordiging																																								
	16 Juridische status, <i>ouderlijk gezag; zorgmachtiging, crisismaatregel</i>	6 55% 2 13%																																							
2 Hoofdelement: Gezinssamenstelling en woonsituatie		9 82% 7 47%																																							
Deelelement		Gegevens-elementen																																							
1	Woonsituatie																																								
	1 Alleen, met partner, gezin	8 73% 7 47%																																							
	2 Woningtype: flat, eengezinswoning, met/zonder trap	7 64% 0 0%																																							
2	Gezinssituatie																																								
	3 Gezinssamenstelling	8 73% 2 13%																																							
	4 Aantal kinderen	5 45% 4 27%																																							
	5 Aantal kinderen inwonend	4 36% 0 0%																																							
	2 Aantal kinderen inwonend	2 18% 0 0%																																							
3 Hoofdelement: Informatie over organisatie		11 100% 12 80%																																							
Deelelement		Gegevens-elementen																																							
1	Contactgegevens versturende organisatie																																								
	1 Naam en soort organisatie, afdeling, adres, tel.nr, naam vk en behandelaar	11 100% 10 67%																																							
2	Contactgegevens ontvangende organisatie																																								
	2 Naam en soort organisatie, afdeling, adres, tel.nr, naam vk en behandelaar	9 82% 11 73%																																							
4 Hoofdelement: Medische gegevens		11 100% 13 87%																																							
Deelelement		Gegevens-elementen																																							
1	Naam verwijzer, hoofdbehandelaar	8 73%																																							
2	Medische diagnose	9 82%																																							
3	Behandeling																																								
	1 Therapie, operatie, verrichting, complicaties	6 55%																																							
	2 Onderzoekresultaten	1 9%																																							
4	Medische voorgeschiedenis																																								
	3 Familie anamnese, erfelijke aandoening	4 36%																																							
5	Allergie																																								
	4 Overgevoeligheid	9 82%																																							
6	Infectiestatus, infecties, besmettingen, isolatie																																								
	5 Vaccinaties	5 45%																																							
	5 Vaccinaties	3 27%																																							
8	Wilsverklaring																																								
	6 Reanimatieverklaring of NR beleid	3 27%																																							
	7 Euthanasieverklaring	2 18%																																							
	7 Euthanasieverklaring	0 0%																																							
9	Medicatie																																								
	8 Medicijngebruik, BEM code, naam, sterkte, frequentie, tijd, start, stopdatum, hulp bij medicatie	9 82%																																							
5 Hoofdelement: Informatie over overplaatsing		11 100% 15 100%																																							
Deelelement		Gegevens-elementen																																							
1	Reden van opname, ontslag, overplaatsing	11 100%																																							
2	Verloop van opname	5 45%																																							
3	Datum opname, ontslag, overplaatsing	11 100%																																							
4	Medebehandelaars, betrokken hulpverleners																																								
	1 Apotheek, huisarts, diëtiste, maatsch werk, psychiater, geriater, adres, telefoonnummer	10 91%																																							
5	Afspraken																																								
	1 Afspraken	6 55%																																							
6 Hoofdelement: Meetwaarden		11 100% 9 60%																																							
Deelelement		Gegevens-elementen																																							
1	Meetwaarden (via assessments) en vitale functies	10 91%																																							
2	Screening, risico analyse	7 64%																																							
3	Laboratorium	2 18%																																							

Uitwerking overdrachten Internationaal			t/m 2010													2011 t/m 2018															
	Auteur	Jaar	Siders AM & Peterson M.	Anderson MA & Hill PD.	Pheby DFH & Thorne P	Patterson PK, et al.	Closs SI	Jones JS, et al	Goossen WTF, et al	Sackley CM & Pound, K	Satzinger W, et al	Helleso R	Nagle LM & Judd JM	Terrell KM & and Miller DK	Porteous JM, et al	"Hübner U, et al"	Totaal	%	Rose Mari Olsen1*, 2012	Kelly et al	(SIGN)	Health Information and Quality Authority, Natl Stand for Patient Discharge Summary Inf.	Griffiths D, et al	Rose Mari Olsen et al	Nordmark S, Söderberg S, Skär L	Flink M, et al.	Davis J, Morgans A, Burgess S.	Keebler JR, et al	"Australian Government (Australian Digital Health Agency), Discharge Summary v1.5.2 2018. Via deze link	Totaal	%
		21															2	14%	1											3	25%
7	Slaap								1		1	1					4	29%	1					1						2	17%
8	Zintuigen				1	1	1										3	21%												0	0%
		22			1		1										2	14%												0	0%
		23			1	1	1										3	21%												0	0%
		24			1		1										2	14%												0	0%
9	Pijn				1			1				1					3	21%	1					1					3	25%	
10	Ademhaling, dyspnoe				1							1					2	14%	1	1				1					4	33%	
		25			1			1									3	21%											1	8%	
		26															1	7%											1	8%	
11	Circulatie	27				1						1					2	14%	1					1					3	25%	
		28															1	7%											1	8%	
		29							1								1	7%											1	8%	
8	Hoofdelement: Psychisch, mentaal, geestelijk		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	93%	1	1			1	1	1	1	1	1	7	58%	
	Deelelement		Gegevelementen																												
1	(Des)orientatie							1	1								3	21%		1									1	8%	
2	(Risico op) suicide, TS poging					1											1	7%											0	0%	
3	Depressie				1					1							2	14%											0	0%	
4	Sensorische en neurologische functies					1	1										3	21%											0	0%	
5	Gedrag	Verward				1	1	1					1				4	29%											0	0%	
6	Gevaar voor zichzelf, anderen			1													1	7%											0	0%	
7	Psychologische behoefte			1		1											2	14%											0	0%	
8	Problemen met stemming, gevoelsstatus																1	7%	1					1		1			3	25%	
9	Inzicht in gezondheid/ziekte								1								1	7%											0	0%	
10	Cognities (algemeen)											1			1		4	29%	1				1	1	1			1	5	42%	
11	Dwalen							1									1	7%											0	0%	
12	Teruggetrokken							1									1	7%											0	0%	
13	Geheugen				1	1			1								3	21%											0	0%	
14	Angst				1				1								2	14%											0	0%	
15	Zorgmijding								1								1	7%											0	0%	
16	Niet om kunnen gaan met stress								1								1	7%											0	0%	
17	Bewustzijnstatus	Alert			1	1	1										3	21%											0	0%	
9	Hoofdelement: Taal, Communicatie		1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	10	71%	1				1	1		1		4	33%		
	Deelelement		Gegevelementen																												
1	Taalvaardigheid												1				1	7%					1						1	8%	
2	Communicatie vaardigheden			1	1	1			1	1	1	1					7	50%	1				1						2	17%	
3	(Primaire) taal		1														2	14%					1			1			2	17%	
		1															1	7%											0	0%	
4	Culturele achtergrond, etniciteit, nationaliteit												1				1	7%									1		1	8%	
10	Hoofdelement: Levensovertuiging			1				1									2	14%	1				1	1		1		4	33%		
	Deelelement		Gegevelementen																												
1	Religie, spiritualiteit			1				1									2	14%	1					1					2	17%	
11	Hoofdelement: Participatie in de maatschappij			1	1								1				3	21%								1		1	8%		
	Deelelement		Gegevelementen																												
1	Beroep				1												1	7%											0	0%	
2	Hobby				1								1				2	14%											0	0%	
3	Opleiding																0	0%											0	0%	
4	Financiële situatie			1													1	7%									1		1	8%	

Uitwerking overdrachten Internationaal		t/m 2010													2011 t/m 2018															
Auteur	Jaar	Siders AM & Peterson M.	Anderson MA & Hill PD.	Pheby DFH & Thorne P	Patterson PK, et al.	Closs SI	Jones JS, et al	Goossen WTF, et al	Sackley CM & Pound, K	Satzinger W, et al	Helleso R	Nagle LM & Judd JM	Terrell KM & and Miller DK	Porteous JM, et al	"Hübner U, et al"	Totaal	%	Rose Mari Olsen1*, 2012	Kelly et al	(SIGN)	Health Information and Quality Authority, Natl Stand for Patient Discharge Summary Inf.	Griffiths D, et al	Rose Mari Olsen et al	Nordmark S, Söderberg S, Skär L	Flink M, et al.	Davis J, Morgans A, Burgess S.	Keebler JR, et al	"Australian Government (Australian Digital Health Agency). Discharge Summary v1.5.2 2018. Via deze link	Totaal	%
12 Hoofdelement: Hulp van anderen			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	71%	1			1	1	1	1	1	1	1	1	6	50%
Deelelement	Gegevenselementen																													
1 Sociale context, achtergrond				1				1			1	1			1	6	43%	1				1		1		1			4	33%
2 Sociaale context, mantelzorg				1	1	1			1							5	36%				1			1	1				3	25%
	1 naam mantelzorger, soort zorg, frequentie			1					1					1		3	21%				1				1				2	17%
13 Hoofdelement: Hulpmiddelen		1	1	1	1	1	1	1	1	1				1	1	10	71%						1						1	8%
Deelelement	Gegevenselementen																													
1 Hulpmiddelen	1 Prothese, looprek, rolstoel	1	1	1	1	1	1		1	1					1	9	64%												0	0%
2 Verpleegartikelen	2 Infuus, catheters, sonde, drain, stoma, soorten infusen, catheters, sondes, zuurstoftoediening	1			1									1		3	21%												0	0%
14 Hoofdelement: Middelengebruik					1		1									2	14%		1	1	1	1	1	1	1		1	7	58%	
Deelelement	Gegevenselementen																													
1 Drug					1											1	7%												0	0%
2 Alcohol																1	7%												0	0%
3 Roken							1									1	7%												0	0%
15 Hoofdelement: Overig		1	1						1	1			1	1		6	43%		1	1	1	1	1	1	1		1	7	58%	
Ingesloten documenten		1							1	1				1		6	43%		1								1	2	17%	
1 Patiënt behoefte, wensen									1							2	14%							1				1	8%	
2 Toestemming voor overplaatsing			1													1	7%											0	0%	
75 deelelementen	63 gegevenselementen																													

Zwarte letters = tm 2010
Groen: zit niet in Nederlandse set
*: zit in set 2012 tm 2018

Bevindingen internationaal en Nederland samengevoegd

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
				Bevindingen				Analyse					
				Internationaal		Nederland		Aantal Deelementen	Aantal gegevens-elementen in beide	Aantal gegevenselementen alleen internationaal	Aantal gegevenselementen alleen Nederland		
				Totaal	%	Totaal	%						
1	Hoofdelement: Patiëntgegevens			14	100%	32	100%						In alle overdrachten zijn patiëntgegevens opgenomen, terwijl van de 16 gegevenselementen er 11 in beide voorkomen, en 5 alleen in Nederland.
	Deelement (n=4)		Gevenselementen (n=16)						11	0	5		
	Patiëntgegevens (niet gespecificeerd)			9	64%								
1	NAW			8	57%			1					
		1	Voor- en achternaam	6	43%	32	100%		1				
		2	BSN			28	88%					1	
		3	Straat, huisnummer, woonplaats, postcode, tel nummer, land, email	5	36%	32	100%		1				
		4	Geslacht, gender	5	36%	11	34%		1				
		5	Meerling			1	3%					1	
		6	Burgelijke staat (gehuwd, alleen, partner)	3	21%	9	28%		1				
		7	Geboortedatum, leeftijd	6	43%	31	97%		1				
		8	Geboorteplaats			2	6%					1	
2	Verzekeringsgegevens			3	21%			1					
		9	Zorgverzekeringsnaam	1	7%	15	47%		1				
		10	Zorgverzekeringsnummer	4	29%	15	47%		1				
3	Contactpersoon			6	43%			1					
		11	Naam	5	36%	25	78%		1				
		12	Telefoon-nr.	4	29%	23	72%		1				
		13	Email adres			1	3%					1	
		14	Relatie tot patiënt (broer,zus)	2	14%	18	56%		1				
		15	Geslacht contactpersoon			2	6%					1	
4	Wettelijke vertegenwoordiging			4	29%			1					
		16	Juridische status, ouderlijk gezag; zorgmachtiging, crisismaatregel	2	14%	12	38%		1				
2	Hoofdelement: Gezinsamenstelling en woonsituatie			7	50%	19	59%						Hoger in NL
	Deelement (n=2)		Gevenselementen (n=5)						2	0	3		
1	Woonsituatie		1	Alleen, met partner, gezin			17	53%	1			1	
		2	Woningtype			6	43%	8	25%	1			
2	Gezinssituatie						13	41%	1				
		3	Samenstelling gezin	2	14%	9	28%		1				
		4	Aantal kinderen			4	13%					1	
		5	Aantal kinderen inwonend			2	6%					1	
3	Hoofdelement: Informatie over organisatie			10	71%	29	91%						Hoger in NL
	Deelement (n=2)		Gevenselementen (n=2)						2	0	0		
1	Contactgegevens versturende organisatie		1	Naam organisatie, afdeling, adres, tel.nr, naam vk en behandelaar	10	71%	27	84%	1	1			
2	Contactgegevens ontvangende organisatie		2	Naam organisatie, afdeling, adres, tel.nr, naam vk en behandelaar	6	43%	26	81%	1	1			
4	Hoofdelement: Medische gegevens			14	100%	29	91%						Lager in NL
	Deelement (n=10)		Gevenselementen (n=12)						6	4	2		
1	Medische diagnose				13	93%	19	59%	1				
		1	Primaire diagnose	8	57%					1			
		2	Secundaire diagnose	5	36%					1			
2	Gegevens verwijzer		3	Naam verwijzer, hoofdbehandelaar	5	36%	11	34%	1	1			
		4	Handtekening behandelaar	2	14%					1			
3	Behandeling		5	Therapie, operatie,verrichting, complicaties, prognose	7	50%	12	38%	1	1			
		6	"Onderzoekresultaten Kinische status"	3	21%	2	6%		1				
4	Medische voorgeschiedenis		7	Familie anamnese, erfelijke aandoening	7	50%	10	31%	1				1
		Alerts			4	29%			1				
6	Allergieën, overgevoeligheid				7	50%	19	59%	1				
7	Infecties, besmettingen, isolatie, infectiestatus				1	7%	10	31%	1				
		8	Vaccinaties			3	9%						1
8	Wilsverklaring				1	7%	5	16%	1				
		9	Reanimatieverklaring of NR beleid	2	14%	8	25%		1				
		10	Donorcodicil	1	7%					1			
		11	Euthanasie verklaring	1	7%	4	13%		1				
9	Medicatie				11	79%	24	75%	1				
		12	Overzicht medicatielijst			5	36%	24	75%		1		
			Naam, sterkte, frequentie, tijd, start- en stopdatum, hulp bij medicatie										
5	Hoofdelement: Informatie over overplaatsing			10	71%	32	100%						Hoger in NL
	Deelement (n=4)		Gevenselementen (n=3)						2	0	0		
1	Reden opname, ontslag, overplaatsing				7	50%	30	94%	1				
2	Afspraken		1	Vervolgspraken, gepland, nog te plannen	4	29%	10	31%	1	1			
3	Betrokken hulpverleners		2	Psych, apotheek, huisarts, dietiste enz.	1	7%	23	72%	1	1			
4	Datum van opname, ontslag, overplaatsing				5	36%	13	41%	1				

Bevindingen internationaal en Nederland samengevoegd

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
				Bevindingen				Analyse					
				Internationaal		Nederland		Aantal Deelelementen	Aantal gegevens-elementen in beide	Aantal gegevens-elementen alleen internationaal	Aantal gegevens-elementen alleen Nederland		
				Totaal	%	Totaal	%						
6	Hoofdelement: Meetwaarden			9	64%	23	72%						Hoger in NL
	Deelelement (n=3)		Gegevens-elementen						2	0	0		
1	Meetwaarden (via assessments) en vitale functies	1	Bloeddruk, pols, temp, ademhaling, gewicht, lengte, schedelomvang, apgarscore, Waterlow scale, vochtbalans	8	57%	22	69%	1	1				
2	Risico assessments	2	Valrisico, pijnscore	2	14%	7	22%	1	1				
3	Laboratoriumwaarden			2	14%	2	6%	1					
7	Hoofdelement: Zorgplan			14	100%	32	100%						Gelijk
	Deelelement		Gegevens-elementen										
	Zorgplan (niet gespecificeerd)			5	36%				0	2	1		
1	Probleem (zorgvraag)			8	57%	9	28%	1					
2	Achtergrond verpleegkundige zorg, voorgeschiedenis			1	7%	7	22%	1					
3	Verpleegkundige interventies, instructies, acties, begeleidingsadviezen			7	50%	17	53%	1					
		1	Instructies gehad, instructies nodig, begeleidingsadviezen	2	14%					1			
		2	Benodigde procedures	2	14%					1			
4	Doelen en uitkomsten			3	21%	5	16%	1					
5	Vrijheidsbeperking, vrijheidsbeperkende maatregelen			2	14%	6	19%	1					
		3	Datum vrijheidsbeperkende maatregelen									1	
	Zorgplan gespecificeerd in thema's												
	Deelelement (n=20)		Gegevens-elementen (n=49)						13	15	21		
1	Functionele status			4	29%	10	31%	1					
		1	Beperkingen	1	7%					1			
		2	Herstel mogelijkheid	1	7%					1			
		3	Huishouden kunnen doen, boodschappen	1	7%					1			
2	Mobiliteit (status), activiteit			7	50%	20	63%	1					
		4	Lopen, hulp bij mobiliseren, hulp bij lopen			8	25%					1	
		5	Traplopen			1	3%					1	
		6	Houding veranderen			6	19%					1	
		7	Transfer mogelijkheden	6	43%					1			
		8	Hulp in en uit bed gaan			11	34%					1	
		9	Verlamming (hemiplegia), immobiel (volledig), bedlegerig	1	7%	2	6%		1				
		10	Valincidenten	1	7%					1			
		11	Valrisico			7	22%					1	
3	ADL, zelfzorg			8	57%	12	38%	1					
		12	Frequentie, hulp nodig bij ADL, Lichamelijke verzorging enz.			15	47%					1	
		13	Wassen, douchen	4	29%	16	50%		1				
		14	Verzorgen	2	14%					1			
		15	Kleden, aan/uitkleden	4	29%	14	44%		1				
		16	Slikken (risico op slikproblemen), mond- en slikproblemen	1	7%	7	22%		1				
		17	Mondverzorging			10	31%					1	
		18	gebitsprothese			12	38%					1	
		19	Steunkousen	1	7%	3	9%		1				
4	Voeding			7	50%	17	53%	1					
		20	Drinken	1	7%					1			
		21	Eten/drinken			16	50%					1	
		22	Hulp nodig, hoeveelheid, hulpmiddelen			17	53%					1	
		23	Mate van eetlust, misselijkheid, braken			2	6%					1	
		24	Ondervoeding			6	19%					1	
		25	Dieet	4	29%	19	59%		1				
5	Uitscheiding		Gebruk van toilet, hulp bij toiletgang	5	36%	14	44%	1					
		26	Continentiemateriaal	3	21%					1			
		27	Blaasproblemen, incontinentie urine	5	36%	20	63%		1				
		28	Darmfunctie, incontinentie feces/ontlasting	5	36%	17	53%		1				
		29	Frequentie ontlasting en consistentie			10	31%					1	
		30	Stoma zorg			9	28%					1	
6	Voortplanting		Sexualiteit			8	25%	1					
		31	Zwangerschapduur, aantal zwangerschappen, uitgerekende datum			2	6%					1	
		32	Vliezen gebroken			1	3%					1	
7	Wond		Wondsoort, status, hechtingen	2	14%	24	75%	1	1				
		34	Risico op decubitus	1	7%					1			
		35	Decubitus	3	21%					1			
		36	Verbandmiddelen	1	7%					1			

Bevindingen internationaal en Nederland samengevoegd

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
				Bevindingen				Analyse					
				Internationaal		Nederland		Aantal Deelelementen	Aantal gegevens-elementen in beide	Aantal gegevens-elementen alleen internationaal	Aantal gegevens-elementen alleen Nederland		
				Totaal	%	Totaal	%						
		37	Kleur, status huid	2	14%					1			
8	Slaap			4	29%	13	41%	1					
9	Zintuigen			3	21%	14	44%	1					
		38	Gehoor	2	14%	14	44%		1				
		39	Zicht	3	21%	13	41%		1				
		40	Spraak	2	14%					1			
		41	Reuk, smaak			2	6%				1		
10	Pijn			3	21%	13	41%	1					
11	Ademhaling, respatie, dyspnoe			2	14%	6	19%	1					
		42	Soort ademhaling, diepte, frequentie,	3	21%	2	6%		1				
		43	Ademhaling zelfstandig of ondersteund (beademing)	1	7%	1	3%		1				
		44	O2 toediening			5	16%				1		
12	Circulatie			2	14%	2	6%	1					
		45	Pols, polsfrequentie	1	7%					1			
		46	Koorts	1	7%					1			
13	Therapietrouw					2	6%	1					
14	Moeder en kind					3	9%	1					
		47	Kolven			2	6%				1		
		48	Borstvoeding			2	6%				1		
		49	Groei en ontwikkeling kind			1	3%				1		
15	Patroon van probleemhantering					1	3%	1					
16	Veiligheid/bescherming					2	6%	1					
17	Epilepsie					1	3%	1					
18	Gezondheidsbevordering					2	6%	1					
19	Rollen en relaties					9	28%	1					
8	Hoofdelement: Psychisch, mentaal, geestelijk			13	93%	24	75%						Lager in NL
	Deelelement (n=22)	Gegevens-elementen							0	0	0		
1	(Des)orientatie			3	21%	7	22%	1					
2	(Risico op) suicide, TS poging			1	7%	2	6%	1					
3	Depressie			2	14%			1					
4	Problemen met stemming, gevoelsstatus			3	21%	2	6%	1					
5	Delier + dos score					8	25%	1					
6	Problemen met aandacht, concentratievermogen					12	38%	1					
7	Problemen met denken					10	31%	1					
8	Sensorische en neurologische functies			3	21%			1					
9	Gedrag		Adequaat, verward, onrustig	3	21%	19	59%	1					
10	Verward			2	14%			1					
11	Gevaar voor zichzelf, anderen			1	7%	2	6%	1					
12	Psychologische behoefte			2	14%			1					
13	Inzicht in gezondheid/ziekte			1	7%	13	41%	1					
14	Cognities (algemeen)			4	29%	19	59%	1					
15	Dwalen			1	7%			1					
16	Teruggetrokken			1	7%			1					
17	Geheugen			3	21%	10	31%	1					
18	Angst			2	14%			1					
19	Zorgmijding			1	7%			1					
20	Niet om kunnen gaan met stress			1	7%			1					
21	Bewustzijnstatus			3	21%	1	3%	1					
9	Hoofdelement: Taal, Communicatie			10	71%	20	63%						Lager in NL
	Deelelement (n=4)	Gegevens-elementen (n=1)							1	0	0		
1	Taalvaardigheid			1	7%	16	50%	1					
2	Communicatie vaardigheden			7	50%	4	13%	1					
3	(Primaire) taal			2	14%	10	31%	1					
		1	Tolk nodig	1	7%	2	6%		1				
4	Culturele achtergrond, etniciteit, nationaliteit			1	7%	5	16%	1					
10	Hoofdelement: Levensovertuiging			2	14%	9	28%						Hoger in NL
	Deelelement (n=1)	Gegevens-elementen							0	0	0		
1	Religie, spiritualiteit			2	14%	9	28%	1					

Bevindingen internationaal en Nederland samengevoegd

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
				Bevindingen				Analyse					
				Internationaal		Nederland		Aantal Deelelementen	Aantal gegevens-elementen in beide	Aantal gegevens-elementen alleen internationaal	Aantal gegevens-elementen alleen Nederland		
				Totaal	%	Totaal	%						
11	Hoofdelement: Participatie in de maatschappij			3	21%	4	13%						Lager in NL
	Deelelement (n=5)		Gegevens-elementen						0	0	0		
1	Beroep			1	7%	3	9%	1					
2	Hobby			2	14%			1					
3	Opleiding			0	0%			1					
4	Financiële situatie			1	7%			1					
12	Hoofdelement: Hulp van anderen			10	71%	22	69%						Lager in NL
	Deelelement (n=2)		Gegevens-elementen (n=4)						3	0	1		
1	Sociale context, achtergrond			6	43%	18	56%	1					
2	Sociale context, mantelzorg			5	36%	14	44%	1					
		1	Naam mantelzorger	3	21%	3	9%		1				
		2	Telefoonnummer			3	9%				1		
		3	Frequentie	3	21%	2	6%		1				
		4	Soort zorg, betrokken hulp	3	21%	6	19%		1				
13	Hoofdelement: Hulpmiddelen			10	71%	25	78%						Hoger in NL
	Deelelement (n=2)		Gegevens-elementen (n=2)						2	0	0		
1	Hulpmiddelen	1	Prothese, looprek, rolstoel, gehoorapparaat, bril	9	64%	10	31%	1	1				
2	Verpleegartikelen	2	Infuus, catheters, sonde, drain, stomatype, soorten infusen, catheters, sondes	3	21%	25	78%	1	1				
14	Hoofdelement: Middelengebruik			2	14%	13	41%						Hoger in NL
	Deelelement (n=4)		Gegevens-elementen						0	0	0		
1	Drug			1	7%	12	38%	1					
2	Alcohol			1	7%	11	34%	1					
3	Roken			1	7%	13	41%	1					
4	Intoxicaties					3	9%	1					
15	Hoofdelement: Overig			6	43%	29	91%						Hoger in NL
1	Ingesloten documenten			6	43%	8	25%	1					
2	Patiënt behoefte, wensen			2	14%	3	9%	1					8 hoger in NL
3	Toestemming voor overplaatsing			1	7%			1					2 gelijk
													5 lager in NL
89	deelelementen	98	gegevens-elementen					89	44	21	33		
								Deelelementen in beide	Aantal gegevens-elementen in beide	Aantal gegevens-elementen alleen internationaal	Aantal gegevens-elementen alleen Nederland		
									45%	21%	34%		

Zwart: zit in beide (internationaal en Nederlands)
 Groen: zit alleen in internationale set; niet in Nederlandse set
 Rood: zit alleen in Nederlandse set; niet in internationale set

V&VN

Orteliuslaan 1000
3528 BD Utrecht

Telefoonnummer: (030) 291 90 50

E-mail: info@venvn.nl

Info: www.venvn.nl

