

Wat, hoe en waarom:

Kerndossier in Nederland

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG, KERNDOSSIER, CCR/CCD

Betere zorg
door betere informatie



Datum 09-05-2011			
ID Nummer 11090			
Auteur(s) Nictiz - Tessa van Leeuwen			



Voorwoord

Dit rapport behandelt versie 0.1 van het kerndossier. Het doel van dit project is te komen tot een breed gedragen definitie van het kerndossier, die herbruikbaar is in andere regio's en binnen zorginstellingen. Er is overeenstemming over de inhoud van het kerndossier en het is technisch mogelijk om deze uit te wisselen. Ook sluit het kerndossier zoveel mogelijk aan op internationale standaarden voor informatie-uitwisseling.

Het kerndossier dat in dit rapport wordt voorgesteld is nog in ontwikkeling. Desondanks is ervoor gekozen om de huidige functionele beschrijving publiek beschikbaar te stellen, zodat er door zorgverleners, ICT afdelingen in ziekenhuis, patiënten, koepelverenigingen en wie dat verder graag wil naar gekeken kan worden. De opmerkingen en verbetervoorstellen die hieruit komen worden meegenomen in de verdere ontwikkeling.

Op basis van de reacties die Nictiz op dit voorstel ontvangt, wordt een volgende versie ontwikkeld. U kunt uw reactie per mail doorgeven via info@nictiz.nl onder vermelding van 'Kerndossier'.

Samenvatting

Een kerndossier, ook wel 'basisdossier' of 'kernEPD' genoemd, kan in verschillende situaties ingezet worden. Het wordt gebruikt om informatie binnen het ziekenhuis uit te wisselen, maar ook om gegevens tussen ziekenhuizen te delen.

De definitie die het Universitair Medisch Centrum Groningen gebruikt om aan te geven wat een kerndossier is, luidt:

'Het kernEPD omvat die patiëntgegevens, die specialisme overstijgend relevant zijn en waarvan alle behandelaars, zowel huidige als toekomstige, kennis dienen te nemen.'

Op dit moment zijn er verschillende initiatieven in Nederland die zich bezighouden met de ontwikkeling van een kerndossier. Een groot aantal wordt uitgevoerd binnen één zorginstelling en is in eerste instantie alleen bedoeld om intern medische gegevens tussen zorgverleners te delen. In de regio Rijnmond wordt een kerndossier ontwikkeld, met als doel medische gegevens regionaal tussen ziekenhuizen uit te wisselen. Landelijk wordt bij dit initiatief aangehaakt, om ervoor te zorgen dat de oplossing die hier wordt ontwikkeld ook op andere plekken in Nederland gebruikt kan worden. Hiervoor is brede overeenstemming nodig over de inhoud van het dossier.

Er is gestart met het bepalen van de inhoud van het kerndossier: welke gegevens willen zorgverleners met elkaar en met hun patiënten delen? Een werkgroep met vertegenwoordigers (medisch specialisten en ICT'ers) uit een aantal ziekenhuizen heeft een eerste versie vastgesteld van de inhoud van dit dossier. Dit hebben zij gedaan aan de hand van bestaande standaarden (Continuity of Care Record, Continuity of Care Document) en op basis van voorstellen gebaseerd op informatiesets uit hun eigen ziekenhuizen en landelijke en internationale

gegevenssets.

Deze eerste set is opgenomen in dit rapport. Op basis van de reacties op dit voorstel, wordt een versie 1.0 ontwikkeld. Deze versie wordt in een proof of Concept in de regio getest.

De gegevensset en de implementatiegids die op basis hiervan wordt ontwikkeld, is vrij beschikbaar als standaard voor een Nederlands kerndossier.

In de toekomst wordt de inhoud van het kerndossier verder uitgewerkt en worden ook zorgverleners buiten medisch specialisten in ziekenhuizen bij de ontwikkeling betrokken.

Graag ontvangen wij uw reacties op het kerndossier versie 0.1.

Inhoud

H-1	Kerndossier	1
1.1.	Inleiding	1
1.2.	Het kerndossier	1
1.3.	Hoe wordt het gebruikt?	2
1.4.	Doelstelling	2
H-2	Onderzoeksmethode	3
2.1.	Wat is er nodig?	3
2.2.	Aanpak	3
H-3	Resultaten	4
3.1.	Gegevensset	4
H-4	Achtergrond	7
4.1.	Standaarden	7
4.2.	Niveaus van informatie-uitwisseling: de IZI-piramide	8

Bijlage I - Voorbeeld

H-1 Kerndossier

1.1. Inleiding

In Nederland wisselen zorgverleners op verschillende manieren informatie over hun patiënten uit. Regionaal en landelijk wisselen huisartsen en apotheken medicatie-informatie en een professionele samenvatting van de patiënt onderling uit. Huisartsen schrijven verwijsbrieven naar medisch specialisten wanneer zij een patiënt doorverwijzen en zorgverleners bellen elkaar regelmatig om een patiënt te bespreken. Dit zijn allemaal goede en belangrijke manieren om informatie uit te wisselen, maar een overzicht met de belangrijkste informatie over de patiënt is voor medisch specialisten nog niet beschikbaar. Ook kunnen zij zelf nog niet automatisch een dergelijk overzicht met andere medisch specialisten delen.

De meeste ziekenhuis EPD's bestaan uit een verzameling van specialisme specifieke dossiers: elk specialisme houdt een eigen dossier van een patiënt bij. Wanneer een zorgverlener gegevens wil inzien die zijn collega heeft vastgelegd, moet hij hier actief naar op zoek. Hierdoor moeten patiënten vaker dezelfde vragen beantwoorden (bijvoorbeeld over de ziektegeschiedenis) en in sommige gevallen is informatie niet bekend (bijvoorbeeld over allergieën). Dit kan vervelende consequenties voor de patiënt hebben. Ook tussen ziekenhuizen wordt kerninformatie over de patiënt nauwelijks gedeeld. Zorgverleners bellen elkaar en sturen brieven, maar het is nu niet mogelijk om automatisch een samenvatting van de patiënt te generen en deze met andere zorgverleners te delen. Het kerndossier gaat hier verandering in brengen.

1.2. Het kerndossier

In verschillende ziekenhuizen in Nederland worden kerndossiers ontwikkeld. Deze kerndossiers zijn bedoeld om generieke informatie over een patiënt binnen het ziekenhuis met elkaar te delen. Dezelfde informatie kan ook tussen zorginstellingen worden gedeeld. Hier wordt op regionaal en landelijk niveau aan gewerkt. Dit rapport gaat over het kerndossier

dat landelijk wordt ontwikkeld.

Een kerndossier wordt ook wel 'basisdossier' of 'kern EPD' genoemd. De definitie die het Universitair Medisch Centrum Groningen gebruikt om aan te geven wat een kerndossier is, luidt:

'Het kern EPD omvat die patiëntgegevens, die specialisme overstijgend relevant zijn en waarvan alle behandelaars, zowel huidige als toekomstige, kennis dienen te nemen.'

De informatie in het kerndossier bevat niet alleen de informatie die nodig is om acute zorg te verlenen, maar alles wat voor meerdere specialismen relevant is. Denk bijvoorbeeld aan intoxicaties. Bijna alle medisch specialisten leggen het rookgedrag van hun patiënten vast. Deze informatie wordt op dit moment in veel ziekenhuizen meerdere keren op verschillende plaatsen in het dossier van de patiënt vastgelegd. Een ander onderdeel van het kerndossier bevat informatie over diagnoses. Welke diagnoses zijn op dit moment actueel en welke zijn in het verleden gesteld? Ook deze informatie is voor alle zorgverleners relevant. Door deze informatie onderling te delen zijn zorgverleners beter geïnformeerd en wordt voorkomen dat patiënten meerdere keren dezelfde informatie hoeven te geven.

Nu bevat het kerndossier de volgende twaalf onderdelen. Deze zijn gebaseerd op de Continuity of Care Record (CCR) – standaard:

- Afspraken
- Behandelingen
- Behandelrestricties
- Contactpersoon
- Diagnosen (en klachten)
- Inentingen
- Intoxicaties
- Labuitslagen
- Medicatie
- Medische hulpmiddelen
- Sociale anamnese
- Waarschuwingen

1.3. Hoe wordt het gebruikt?

Een kerndossier kan in verschillende situaties ingezet worden, zowel om informatie uit te wisselen binnen het ziekenhuis, als tussen ziekenhuizen.

Use case 1: Een patiënt wordt behandeld door meerdere specialisten, omdat hij verschillende ziektebeelden heeft. Denk aan een patiënt die naast hartfalen een versleten heup heeft. Wanneer deze patiënt een nieuwe heup krijgt, is het belangrijk dat de hartklachten bij de orthopeed bekend zijn. Andersom is het voor de cardioloog belangrijk om te weten dat de patiënt minder goed kan bewegen, omdat hij een versleten heup heeft. Het maakt voor het gebruik van een kerndossier niet uit of de patiënt gelijktijdig bij meerdere specialismen onder behandeling is, of dat er een periode tussen deze behandelingen zit.

Use case 2: Een patiënt wordt behandeld door meerdere specialisten, omdat de behandeling van één ziektebeeld de kennis over verschillende specialismen vraagt. Denk bijvoorbeeld aan de behandeling van een patiënt met borstkanker, waarbij onder andere een radioloog, chirurg, internist, dermatoloog, gynaecoloog anesthesioloog, fysiotherapeut en huisarts betrokken zijn. Specifieke informatie met betrekking tot de behandeling is zeker nodig, maar het is ook prettig dat bepaalde basisinformatie voor iedereen beschikbaar is.

Het kerndossier wordt gebruikt om de informatie op hoofdlijnen te delen. Wanneer hele specialisme-specifieke informatie vereist is, is alleen de kerninformatie onvoldoende. Denk bijvoorbeeld aan een samenwerking tussen twee urologieafdelingen in twee ziekenhuizen. Een deel van de behandeling wordt in het ene ziekenhuis en een ander deel wordt in een ander ziekenhuis uitgevoerd. In dit geval

moeten ziekenhuizen aanvullende afspraken maken over welke informatie moet worden uitgewisseld.

1.4. Doelstelling

In een samenwerkingsverband binnen de regio Rijnmond (bestaande uit het Maasstad ziekenhuis, het Sint Franciscus Gasthuis, het Erasmus MC en Zorgportaal Rijnmond, het Lievensbergziekenhuis en Nictiz) wordt een kerndossier ontwikkeld. De standaard die hiervoor wordt ontwikkeld is herbruikbaar in andere regio's en binnen zorginstellingen. Om dit te realiseren is het van belang dat dit initiatief breed wordt gedragen in Nederland door relevante partijen, zoals de Orde van Medisch Specialist, de NVZ en de NFU. Ook individuele zorgverleners en ziekenhuizen moeten zich hierin kunnen vinden. Er is overeenstemming over de inhoud van het kerndossier en het is technisch mogelijk om deze uit te wisselen. Het kerndossier sluit zoveel mogelijk aan op internationale standaarden voor informatie-uitwisseling (CCR/CCD).

In dit rapport is versie 0.1 van het kerndossier opgenomen. Om het kerndossier verder te ontwikkelen vragen wij uw reactie op de inhoud. Uw feedback wordt meegenomen in de ontwikkeling van de volgende versie.

H-2 Onderzoeksmethode

2.1. Wat is er nodig?

Om te komen tot een werkend kerndossier, is overeenstemming nodig over de volgende onderdelen:

- Data-elementen: welke gegevens wil men uitwisselen met behulp van een kerndossier?
- Waardensets: moeten de mogelijke 'antwoorden' per data-element worden ingeperkt tot een keuzelijst? Zo ja, hoe ziet deze keuzelijst eruit? Denk bijvoorbeeld aan het data-element 'ernst van een allergische reactie'. Hier kan als waardenset bij horen: mild, matig-ernstig, ernstig.
- Terminologie: met welke terminologie worden de waarden vastgelegd? Gebruikt men bijvoorbeeld voor het vastleggen van diagnoses SNOMED CT, ICD-10, of toch vrije tekst? In veel gevallen is hier een kloof tussen de wenselijke situatie (gecodeerd vastleggen) en de praktijk (vrije tekst). Als hier sprake van is, wordt gestreefd naar gecodeerd vastleggen. Dit mag niet blokkerend werken.

2.2. Aanpak

Deze drie bovengenoemde onderdelen kan men zien als een functionele omschrijving van het kerndossier. Het is belangrijk dat zorgverleners achter deze inhoud staan. In deze beschrijving is uitgewerkt welke gegevens een kerndossier bevat, en wat zij te zien krijgen op het moment dat bijvoorbeeld een patiënt uit een ander ziekenhuis op het spreekuur komt. Een werkgroep met vertegenwoordigers (medisch specialisten en ICT'ers) uit verschillende ziekenhuizen heeft versie 0.1 van de inhoud van het kerndossier vastgesteld. Dit hebben zij gedaan aan de hand van de zeventien CCR-hoofdstukken en op basis van voorstellen gebaseerd op informatiesets uit hun eigen ziekenhuizen, internationale gegevenssets (epSOS), en CCD. Deze versie 0.1 is begin 2011 getoetst in acht verschillende ziekenhuizen bij medisch specialisten en ICT'ers. In het hoofdstuk 'Resultaten' is de uitwerking van deze set opgenomen. Graag ontvangt Nictiz ook uw

reactie. Uitgangspunt bij het opstellen van de dataset was eerst een beperkte versie vast te stellen. Deze wordt in de toekomst uitgebreid.

Op basis van de reacties uit het veld ontwikkelen we een versie 1.0 van het kerndossier. Met een klein aantal leveranciers en ziekenhuizen voeren we een Proof of Concept uit om dit kerndossier te testen.

De inhoud van het kerndossier wordt technisch uitgewerkt in een Clinical Document Architecture (CDA) -implementatiegids. Deze implementatiegids helpt ICT-leveranciers en ziekenhuizen om het met hun systemen mogelijk te maken een kerndossier te genereren. Bij de ontwikkeling wordt zoveel mogelijk de internationale standaard aangehouden. Op sommige punten wordt hiervan afgeweken, zodat de standaard geschikt is voor het specifieke doel van het kerndossier én de Nederlandse situatie. In eerste instantie wordt de implementatiegids uitgewerkt als 'level twee'-implementatie. Dit betekent dat het ontvangende systeem wel de verschillende hoofdstukken kan herkennen van het kerndossier, maar nog niet de verschillende onderdelen per hoofdstuk automatisch kan verwerken (level drie). Het streven is om dit voor bepaalde onderdelen (diagnosen, allergieën) in de nabije toekomst te realiseren.

De CDA-implementatiegids en de gegevensset worden vrij beschikbaar gesteld als standaard voor een Nederlands kerndossier. In de toekomst werken we de inhoud van het kerndossier verder uit en betrekken we ook zorgverleners buiten medisch specialisten in ziekenhuizen bij de ontwikkeling. Bijvoorbeeld huisartsen. Bij de ontwikkeling van het kerndossier is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande structuur- en terminologiestandaarden. Deze zijn, waar nodig, geschikt gemaakt voor gebruik in de Nederlandse gezondheidszorg.

H-3 Resultaten

3.1. Gegevensset

In Tabel 1 is aangegeven welke gegevens nu zijn opgenomen in het kerndossier. Let op: deze weergave betreft versie 0.1 van het kerndossier. Dat betekent dat deze set nog niet definitief is vastgesteld.

Tabel 1: gegevensset kerndossier

Diagnosen		O	0..*
	Diagnose / klacht	R	De probleemlijst, bestaande uit menselijk leesbare tekst, SNOMED CT
	Type diagnose	O	klacht, werkdiagnose, opnamediagnose, ...
	Datum	O	wanneer is de diagnose gesteld?
	Einddatum	O	indien bekend
	Actief	O	ja/nee (wat is de status van het probleem?)
	Opmerkingen	O	zijde
	Bron	R	Wat is de bron voor de informatie? Zegt de patiënt dit, of is het vastgesteld door een arts?
Zorgverlener		O	De zorgverlener benoemen als hij ook degene is die de diagnose heeft gesteld.
	Naam arts	R	
	Specialisme	R	
	Ziekenhuis	R	

Behandelingen		
Behandelingen	R	0..* verrichtingencodes
Specialisme	O	
Opmerkingen	O	
Wanneer	R	
Startdatum	O	
Einddatum	O	
Zorgverlener	R	
Naam arts	R	
Specialisme	R	
Ziekenhuis	R	

Medicatie		O
Geneesmiddel	R	naam van het geneesmiddel en evt aanvullende
Gebruik	R	
Dosering	R	
Startdatum	R	
Stopdatum	O	
Actief	O	ja / nee (wordt de medicatie op dit moment gebruikt?)
Stopreden	O	de stopreden moet eenduidig worden vastgelegd. Bv actief gestopt, berekend
Reden van voorschrijven	O	
voorschrijver	O	indien het geen thuismedicatie betreft
Naam voorschrijver	R	
Specialisme	R	
Ziekenhuis	R	

Behandelrestricties aanwezig O			
Geldigheid	R	1..*	
Besproken met	R		patiënt, naasten, ...
Vastgelegd op	R		Datum
Geldig tot	R		Datum
Opmerkingen	O		vrije tekst
Verantwoordelijke zorgverlener	O		In sommige gevallen is dit niet de zorgverlener die het heeft vastgelegd. De verantwoordelijke kan dan apart worden genoemd.
Naam arts	R		
Specialisme	O		
Ziekenhuis	R		
Zorgverlener die het heeft vastgelegd	R		
Naam arts	R		
Specialisme	R		
Ziekenhuis	R		
Acties	O		Als behandelrestricties worden uitgewisseld, is 'acties' verplicht
Element	O	0..*	Minimale elementen: beademing; opname op IC; Transfusies
Behandelrestrictie aanwezig	O		ja/nee
Toelichting			vrije tekst
Verklaringen O			
Euthanasie verklaring	O		

Afspraken			
Specialisme			
Zorgverlener laatste afspraak	O		
Naam arts	R		
Specialisme	R		
Ziekenhuis	R		
Datum afspraak	O	0..*	

Waarschuwingen O			
Waarschuwing	R		menselijk leesbare tekst, verkregen uit vrije tekst of bijvoorbeeld SNOMED CT
Soort waarschuwing	R		overgevoelighed, intolerantie, allergie, co-morbiditeit, zwangerschap, MRSA
Datum van registratie	R		
Bron	O		Wat is de bron voor de informatie? Zegt de patiënt dit, of is het vastgesteld door een arts?
Reactie	O		vrije tekst, bijvoorbeeld manifesteert een allergische reactie zich in benauwdheid
Ernst van de reactie	O		mild, matig-ernstig, ernstig (geen harde definities mogelijk). Geeft inschatting van de actuele situatie en is niet per se een voorspeller voor de toekomst.
Opmerkingen	O		

Medische hulpmiddelen O			
Soort hulpmiddel	R		vrije tekst, bv pacemaker
Locatie	O		inwendig / uitwendig, ...
Opmerking			

Sociale anamnese		O	
	Burgerlijke staat	O	ongetrouwd, getrouwd/partnerschap, samenwonend, gescheiden, verweduwd
	Gezinssamenstelling	O	vrije tekst, dit element betreft de sociale omgeving waarin de patiënt woont: alleenwonend, meerpersoonshuishoudens, inwonend bij ouders, etc.
	Woonsituatie	O	Vrije tekst, dit element betreft de fysieke omgeving waarin de patiënt woont: flat zonder lift, verzorgingshuis, etc.
	Beroep	O	vrije tekst
	Dieeteisen	O	vrije tekst
	Opmerking	O	

Inentingen		O	
	Soort inenting	O	0..* rijksvaccinatieprogramma, tetanus, BCG, Hepatitis B, ...
	Datum	O	
	Opmerkingen	O	

Intoxicaties		O	
	Soort intoxicatie	O	roken, alcohol, drugs
	Opmerking	O	0..*
	Frequentie	O	alcohol per week
	Wanneer gestopt	O	datum / jaar
	Overig	O	

Labuitslagen		O	
	Laboratorium specialiteit	O	0..* microbiologie, chemie, ...
	Bepaling	O	0..*
	Waarde	R	
	Eenheid	R	
	Referentie ondergrens	R	
	Referentie bovengrens	R	
	Datum	R	

De tabel optionaliteit geeft aan of de elementen verplicht zijn. Hierbij staat de 'R' voor 'Required' (verplicht) en 'O' voor 'Optional' (optioneel). Indien een keuze is gemaakt voor een (voorkeur)terminologie, is dit ook in deze kolom aangegeven.

Voorbeeld

In Bijlage 1 treft u een voorbeeld aan van een gevuld kern dossier. Omdat niet alle gegevens (zoals gedefinieerd in de gegevensset) van deze patiënt beschikbaar waren, komt een aantal elementen niet terug. Dit is in de praktijk ook het geval.

H-4 Achtergrond

4.1. Standaarden

Bij het definiëren van het kerndossier is gebruik gemaakt van verschillende standaarden, te weten:

Vormstandaarden:

- Continuity of Care Record (CCR)
- Continuity of Care Document (CCD)
- Clinical Document Architecture (CDA)

Terminologiestandaarden:

- SNOMED CT
- LOINC
- G-standaard

CCR

Het Continuity of Care Record is een standaard die is bedoeld om informatie over een patiënt van de ene zorgverlener over te dragen aan de andere zorgverlener. De vorm waarin dit gebeurt, is het beste te omschrijven als een elektronische brief. Het bevat een *header* (over wie gaat het, voor wie is het bedoeld?), *body* (de inhoud van de brief) en een *footer* (algemene gegevens, zoals de handtekening van de afzender).

Bij CCR gaat het om een samenvatting van de gezondheidssituatie van de patiënt. Met behulp van deze standaard worden documenten die de meest belangrijke en actuele informatie van een patiënt bevatten, op een flexibele manier samengesteld. Deze elektronische documenten worden in de keten uitgewisseld. Het voordeel van elektronische documenten is, dat zij eenvoudig uit te wisselen en te bekijken zijn. Op een beeldscherm, of geprint op papier.

In een vaste volgorde worden verschillende aspecten opgenomen, zoals: naam-, adres- en woonplaatsgegevens, diagnoses en overzichten van de problemen, medicatie, allergieën en het zorgplan. In totaal bestaat de *body* uit zeventien secties.

De zeventien secties uit het CCR zijn bij de ontwikkeling van het kerndossier als leidraad gebruikt om te bepalen welke gegevens een kerndossier moet bevatten.

De zeventien secties van het CCR:

- Betaalinformatie
- Behandelrestricties
- Ondersteuning
- Functionele status
- Klachten en diagnoses
- Familie anamnese
- Sociale anamnese
- Waarschuwingen
- Medicatie
- Medische hulpmiddelen
- Inentingen
- Vitale functies
- Uitslagen
- Behandelingen
- Afspraken
- Zorgplan
- Zorgverleners

Voor meer informatie over CCR, zie het Nictiz-artikel 'Het 'wat' en 'waarom' van CCR in de gegevensuitwisseling in de zorgketen'.

CDA

Het Clinical Document Architecture is een raamwerk voor het uitwisselen van documenten, dat is gebaseerd op het HL7 RIM. Het is een opmaak standaard voor een document, die structuur en semantiek van medisch inhoudelijke documenten voor de uitwisseling tussen zorgprofessionals bepaalt. CDA specificeert niet welke informatie in het document opgenomen wordt.

De makers van CCR (ASTM¹) en CDA (HL7²) hebben samenwerking gezocht en zijn gezamenlijk gekomen tot het Continuity of Care Document. Deze CCD is een samenvoeging van de twee eerder genoemde standaarden. CDA geeft de technische uitwerking aan het document, terwijl CCR zorgt voor de inhoud (de hoofdstukken). Vanuit het perspectief van CDA is CCR dan ook een gestandaardiseerde dataset die beperkingen aanbrengt in CDA, om bijvoorbeeld een patiënt samenvatting te krijgen.

CDA + CCR = CCD

De relatie tussen CDA, CCR, CCD

4.2. Niveaus van informatie-uitwisseling: de IZI-piramide

De informatievoorziening in de zorgketen dient verschillende doelen. Deze zijn onder te verdelen in individuele zorgverlening, integrale zorgverlening, integrale besturing en integrale verantwoording. Voor ieder doel zijn aparte datasets vereist die definiëren welke informatie noodzakelijk is en aan welke eisen deze moet voldoen. De verschillende datasets kennen een gelaagdheid waarbij hoger liggende sets van onderliggende sets wordt afgeleid. Gezamenlijk vormen de datasets de Integrale Zorg Informatie piramide (IZI-piramide) (zie Figuur 1) (uit: IZI, Van Es, 2011).

De IZI-piramide geeft binnen de context van het kern dossier aan dat de informatie die een

¹ ASTM: American Society for Testing and Materials (ASTM), een organisatie die internationale standaarden ontwikkelt.

² HL7: Health Level 7, ontwikkelt interoperabiliteitsstandaarden voor gebruik in de gezondheidszorg.

kern dossier bevat, relevant moet zijn voor de zorgverlener. Op deze manier bestaat er een duidelijk verband tussen de informatie die voor en door de individuele arts wordt vastgelegd, en de informatie die wordt gedeeld met andere zorgverleners.

Individuele zorgverlening

De basis van de piramide is de informatie- of dataset die alle betrokken zorgverleners, maar ook de zorgvragers zelf, vastleggen. Dit wordt ook wel het 'specialistisch dossier' genoemd. Iedere betrokkene legt die informatie vast die vanuit zijn beroepsgroep als essentieel wordt beschouwd voor het behandelproces. De registratie op dit niveau dient daarmee het monodisciplinaire zorgproces. Het is de verantwoordelijkheid van de individuele beroepsgroepen om een eigen dataset te definiëren. Om deze gegevens in andere niveaus van de informatiepiramide opnieuw te kunnen gebruiken, moeten ze uniform worden vastgelegd. Een zekere eenheid van taal is hiervoor noodzakelijk. Dat vereist ook afstemming tussen beroepsgroepen.

Integrale zorgverlening

De tweede laag van de piramide bestaat uit sets die noodzakelijk zijn voor de integrale zorgverlening, geleverd door disciplines die bij de behandeling betrokken zijn. Deze sets zijn een subset van de informatie uit het basisniveau die alle behandelinformatie omvat.

Betrokkenen hebben alleen toegang tot gegevens op basis van nut en noodzaak én met toestemming van de patiënt. Het kern dossier is op dit niveau van informatie-uitwisseling te plaatsen. De gegevens in het kern dossier worden uit de specialistische dossiers geëxtraheerd, en vormen voor de zorgverlener bij de registratie van de kerngegevens een onderdeel van het specialisme specifieke dossier.

Integrale besturing

Van de integrale datasets worden sets afgeleid ter verbetering van de kwaliteit van het zorgproces. Denk hierbij aan de Landelijke Basisregistratie Zorg (de LBZ).

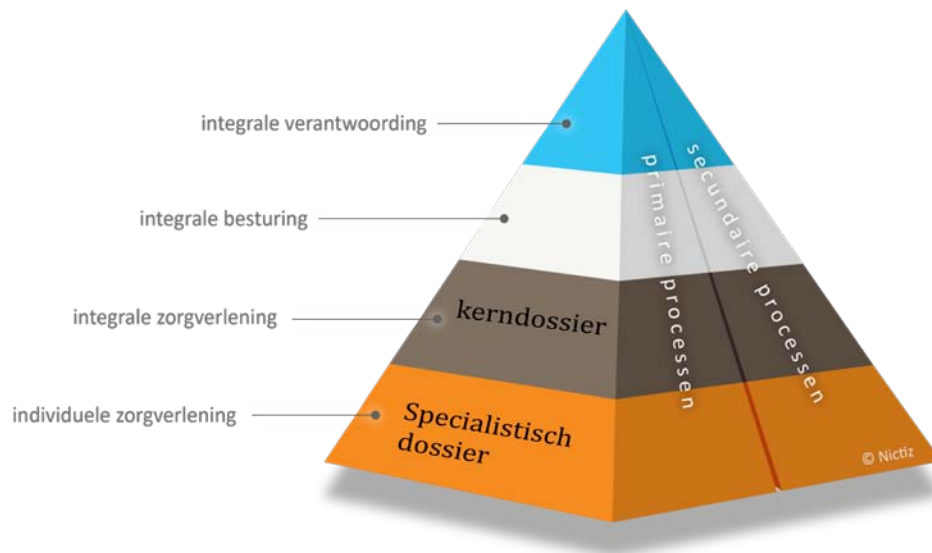
Integrale verantwoording

De top van de piramide wordt gevormd door de datasets voor de externe verantwoording naar overheidsinstanties of de inkomende zorgverzekeraar. Deze externe indicatorensets zijn een subset van de interne indicatorenset.

Doordat gegevens voor de verschillende doeleinden van elkaar zijn afgeleid, wordt dubbele registratie voorkomen. Omdat op het laagste niveau al sprake is van eenheid van taal, zijn gegevens op de hogere niveaus uniform en onderling vergelijkbaar.

Bij het bepalen van een dataset, is het van belang dat de verschillende niveaus van informatiebehoefte op elkaar zijn afgestemd, om dubbele registraties te voorkomen. Bij de ontwikkeling van het kerndossier is gekeken naar welke informatie er op het niveau van de individuele zorgverlening wordt vastgelegd, en welk deel van deze informatie nuttig en noodzakelijk is op het niveau van integrale zorgverlening. Uitgangspunt was dat er alleen informatie in het kerndossier wordt opgenomen die ook op het niveau van individuele zorgverlening wordt vastgelegd.

Voor meer informatie over de IZI piramide, zie www.nictiz.nl



Figuur 1: IZI-piramide

Bijlage I - Voorbeeld

In deze bijlage treft u een voorbeeld aan van een gevuld kern dossier. Aan de hand van de gedefinieerde gegevensset is een kern dossier gemaakt voor een patiënt. Aan de hand van dit voorbeeld wordt duidelijk welke informatie de zorgverlener ontvangt op het moment dat hij een kern dossier opvraagt. Omdat niet alle gegevens (zoals gedefinieerd in de gegevensset) van deze patiënt beschikbaar waren, komt een aantal elementen niet terug. Dit is in de praktijk ook het geval.

Kern dossier Joris Halkema 14-02-2011

Patiënt: Joris HALKEMA	Geboortedatum: 3 april 1920 (90jr) Geslacht: Man Burgerservicenummer: 123456789
Auteur: ABC-ZIS Kern dossier Applicatie v1.2, Organisatie: Maasstad Ziekenhuis, Gemaakt op: 14 februari 2011, 16:23:00	
Er zijn behandelaanwijzingen	

Inhoudsopgave ▾

Laatst toegevoegde gegevens

- Diagnose: wond hoofd na val, 04-02-2011
- Behandeling: SEH, 04-02-2011
- Afspraak: urologie, 22-04-2009

Waarschuwingen

Niet bekend.

Diagnosen en Klachten

Actief Ja/Nee	Diagnose /Klacht	Specialisme	Datum	Type	Opmerkingen	Bron	Zorgverlener
Ja	Wond hoofd na val	SEH	04-02-2011				
Ja	Dementieel syndroom	Neurologie					
Ja	Prostaatacarcinoom	Urologie					
Ja	Angina pectoris	Cariologie					
Ja	Chronische bronchitis	Longgeneeskunde					
Nee	Sub-clavian steal syndrome	Cardiologie					
Nee	Pneumonie	Longgeneeskunde	16-07-2006				

Behandelingen

Behandeling	Specialisme	Datum	Opmerking	Zorgverlener
SEH contact	SEH	04-02-2011		A.B. Vliet-Hoop, Maastrad ziekenhuis
SEH urine AO	SEH	04-02-2011		J. Praktijk, Maastrad ziekenhuis
SEH lab	SEH	04-02-2011		J. Praktijk, Maastrad ziekenhuis
Echografie buikorganen	PURO	21-01-2009		B. Lange, Maastrad ziekenhuis
Prostaatbiops. of punkt.	PURO	21-01-2009		B. Lange, Maastrad ziekenhuis

Medicatie

Poliklinische medicatie:

Actief Ja/Nee	Geneesmiddel	Dosering	Startdatum	Stopdatum	Opmerkingen
Ja	Carbasalaatcalcium sach 100 mg	1x per dag 1 stuk	04-02-2011		
Ja	Amlodipine tabl 5 mg	1x per dag 1 stuk	04-02-2011		
Ja	Metoprolol tabl mga "50" mg	1x per dag 1 stuk	04-02-2011		
Ja	Simvastatine tabl 20 mg	1x per dag 1 stuk	04-02-2011		
Ja	Paracetamol tabl 500mg EAV	4x per dag 1 stuk	04-02-2011		
Ja	Dalteparine inje wwsp 2500ID=0.2ml	ZN 0. 2ML	04-02-2011		
Ja	Haloperidol tabl 1mg	2x per dag 1 stuk	04-02-2011		
Ja	Otosporin oordr 10ml	3x per dag 2-3 dr	04-02-2011		
Ja	Simsastatine tabl 20mg	1x per dag 1 stuk	04-02-2011		
Ja	Paracetamol tabl 500 mga EAV	4x per dag 2 stuk	04-02-2011		
Ja	Metoprolol tabl mga "50"mg	1x per dag 1 stuk	04-02-2011		
Nee	MTCLOPRAMIDE INJVLST 5MG/ML AMF	3x per dag 10 mg		04-02-2011	Voortijdig gestopt.

Afspraken

Specialisme	Datum laatst geplande afspraak	Zorgverlener	Data eerdere afspraken
Urologie	22-04-2009	B. Lange, Maasstad ziekenhuis	29-01-2009; 21-01-2009; 10-12-2008
KNO	30-10-2007	G. Groot, Maasstad ziekenhuis	23-10-2007
Longgeneeskunde	06-09-2006	R. Vries, Maasstad ziekenhuis	

Behandelaanwijzingen

Behandelaanwijzingen: ja; Verklaringen: nee

Soort aanwijzing	Uitvoeren ja/nee	Datum vastlegging	Geldig tot	Toelichting	Vastgelegd door
Reanimeren	Nee	04-02-2011	04-05-2014	Bij dementie, 90 jr. NRIC op medische gronden	J.B. de Rode, Maasstad ziekenhuis
Beademen	Nee	04-02-2011	04-05-2014	Bij dementie, 90 jr. NRIC op medische gronden	J.B. de Rode, Maasstad ziekenhuis
Opname op IC	Nee	04-02-2011	04-05-2014	Bij dementie, 90 jr. NRIC op medische gronden	J.B. de Rode, Maasstad ziekenhuis
Transfusies	Nee	04-02-2011	04-05-2014	Bij dementie, 90 jr. NRIC op medische gronden	J.B. de Rode, Maasstad ziekenhuis
Overige		04-02-2011	04-05-2014	Niet abstineren en geen palliatieve sedatie. Bij dementie, 90 jr. NRIC op medische gronden	J.B. de Rode, Maasstad ziekenhuis

Uitslagen

Onderzoek	Eenheid	Referentie	05-02-2011 07:30	04-02-2011 11:51
CRP	Mg/l	0-10	3	15
Hemoglobine	Mmol/l	8.5-11.0	8.8	8.9
Hematocriet	l/l	0.40-0.50	0.41	0.42
MCV Fl		80-100	90	91
RDW	%	12.0-16.0	13.9	13.8
Trombocyten	10*9/l	150-400	199	238
Leukocyten	10*9/l	4.0-10.0	15.4 *	14.3 *
Pt Inr		0.8-1.2	1.1	
Natrium	Mmol/l	135-145	140	142
Kalium	Mmol/l	3.5-5.0	4.8	4.1
Ureum	Mmol/l	2.5-6.4		13.3 *
Kreatinine	Umol/l	64-104	301	271
MDRD-klar/1.73m2	ml/min	>90	17 *	19 *
Calcium	Mmol/l	2.20-2.65	2.40	
Tot.bili	U/l	0-17		11
Gamma GT	U/l	0-50		15
Alk.fos.	U/l	0-120		54
ALAT	U/l	0-41	20	19
ASAT	U/l	0-37	25	33
LDH	U/l	0-250		225
CK	U/l	0-200	166	
Troponine I	Ug/l	0.00-0.10	<0.10	
Albumine	g/l	35-50	42	
Cholesterol	Mmol/l	0.0-6.5	3.9	
Trigl.	Mmol/l	0.00-2.00	0.50	
Glucose	Mmol/l	4.4-5.5	7.1	

Sociale anamnese

- Woonsituatie: verzorgingshuis.
- Burgerlijke staat: verweduwd

Intoxicaties

Intoxicatie	
Roken	nee
Alcohol	nee
Drugs	nee

Inentingen

Inenting	Ja/Nee	Datum
Volgens rijksvaccinatieprogramma	Ja	
Tetanus	Ja	20-11-2008

Medische hulpmiddelen

- Kunstgebit boven
- Rolstoel

Document-id	266 (2.16.840.1.113883.19.4)	Gemaakt op:	14 februari 2011, 16:23:00
Patiënt	Joris HALKEMA		
Geboortedatum	3 april 1920	Geslacht	Man
Contactgegevens	adres niet beschikbaar Tel Privé (hoofd): 020 5555 3472 Tel Werk: 020 5538 9766	Patiëntnummers	12345 (2.16.840.1.113883.19.5) 123456789 (Burgerservicenummer)
Auteur	ABC-ZIS Kerndossier Applicatie v1.2, Organisatie: Maastricht Ziekenhuis		
Familie (niet)	M. BOUWMAN,		
Contactgegevens	adres niet beschikbaar 010-1234567		
Beheerder	Maastricht Ziekenhuis		