



Betere zorg door betere informatie

e-Overdracht in de Care

Een inventarisatie





Betere zorg door betere informatie

e-Overdracht in de Care

Een inventarisatie



Colofon

e-Overdracht in de Care, een inventarisatie
Den Haag, juli 2010

Tekst: Renée Verwey, Erna Vreeke, Irene van Duijvendijk, Ruud Zondervan
Review: Johan Bruin, Francis Bolle, Han Huizinga, Tineke van Sprundel, Luc de Witte

Dit is een uitgave van Nictiz in samenwerking met V&VN en ActiZ.

Nictiz

Postbus 19121
2500 CC Den Haag
Oude Middenweg 55
2491 AC Den Haag
T 070 317 34 72
F 070 320 74 37
E info@nictiz.nl
I www.nictiz.nl

© Niets van deze uitgave mag op enigerlei wijze vermenigvuldigd, opgenomen in een geautomatiseerd gegevensbestand, en/of openbaar worden gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toezegging van de uitgever en zonder bronvermelding.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding	6
Hoofdstuk 2 Werkwijze	9
2.1 Literatuuronderzoek	9
2.2 Empirisch onderzoek	9
2.3 Communicatie	11
Hoofdstuk 3 Kader	12
3.1 Overdracht	12
3.2 Care-sector en V&V	13
3.3 Proces van (verpleegkundige) overdracht	15
3.4 Inhoud van (verpleegkundige) overdracht	16
3.5 Standaardisatie	17
Hoofdstuk 4 Resultaten	20
4.1 Literatuuronderzoek	20
4.2 Interviews	21
4.3 Relevante projecten en rapportages	29
4.4 Landelijke kwaliteitseisen	31
Hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen	35
Bronnen	39
Bijlage 1 Literatuuronderzoek	41
Bijlage 2 Vragenlijst interviews regio's en instellingen	58
Bijlage 3 Tabel geïnterviewde personen	61
Bijlage 4 Documentregister	64
Bijlage 5 Stakeholders	66
Bijlage 6 Indicatoren	67
Bijlage 7 Items Overdrachtsformulieren	69

Hoofdstuk 1 Inleiding

Als gevolg van het toenemend aantal mensen met chronische aandoeningen en door de verkorting van de ligduur in de ziekenhuizen neemt het aantal overdrachtsmomenten in de zorgketen toe. Alleen al in de regio Den Haag wordt geschat dat er jaarlijks circa 15.000 cliënten¹ overgedragen worden tussen ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. 13% van alle mensen in deze regio ontvangt nazorg na een ziekenhuisopname (POINT Prestaties 2008, 2009). Gegevens over de zorg worden soms digitaal, maar veelal handmatig overgenomen in het papieren dossier van de volgende zorgverlener. Wanneer gegevens in een zorginformatiesysteem (EPD/ECD) zijn ingevoerd worden vaak verschillende systemen en methodieken gehanteerd bij de registratie, waardoor er geen sprake is van interoperabiliteit.

In de care-sector zijn meerdere instellingen en disciplines betrokken bij de zorg van de cliënt en is een goede overdracht nodig om de continuïteit en coördinatie van zorg en dienstverlening te waarborgen. Er wordt nog onvoldoende geprofiteerd van de registratie van andere instellingen, en elektronische informatieoverdracht komt slechts moeizaam tot stand. Knelpunten in de informatievoorziening in de care-sector zijn onder andere:

- Er zijn vaak meerdere dossiers binnen één organisatie aanwezig.
- Deze dossiers zijn niet volledig ingevuld, relevante informatie ontbreekt.
- Informatie is niet duidelijk leesbaar, daardoor slecht toegankelijk en niet meer overdraagbaar tussen beroepsgroepen onderling en/of zorgorganisaties.
- Er is geen eenduidig begrippenkader tussen beroepsgroepen onderling en tussen zorgorganisaties.
- Met de uitwisseling van informatie en de overdracht is daardoor veel tijd en geld gemoeid.

Aanleiding

Voor de gezamenlijke zorgorganisaties, verenigd in ActiZ en de beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden Nederland (V&VN), was dit aanleiding om voorstellen in te dienen bij de stuurgroep ICT en Innovatie² om deze situatie te verbeteren. Het voorstel van ActiZ betreft één van de drie voorstellen uit een de nota *ICT in de Care* (ActiZ, 2007) en beschrijft de weg naar een virtueel Elektronisch Cliënt Dossier (ECD) door middel van eenheid van taal en registratie. Het voorstel van V&VN betreft de

¹ Voor cliënten kan ook patiënten gelezen worden.

² De stuurgroep ICT & Innovatie, bestaat uit vertegenwoordigers van koepelorganisaties in de zorg, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz).

overdracht tussen verpleegkundigen en verzorgenden, zowel in de care-sector als tussen de sectoren cure en care (V&VN, 2007).

De stuurgroep ICT en Innovatie heeft vervolgens geconcludeerd dat er een geïntegreerd project in de care-sector gestart moet worden. Tevens is geconcludeerd dat beide voorstellen overlappende doelstellingen kennen en een gelijksoortige aanpak voorstellen. Na overleg is door de veldpartijen, V&VN, VGN en ActiZ, ingezoomd op de overdracht van cure naar care en tussen care-instellingen onderling op zorginhoudelijk niveau.

Inventarisatie

Het project e-Overdracht in de care is in december 2009 gestart met een inventariserend onderzoek naar de huidige stand van zaken in Nederland wat betreft de elektronische gegevensuitwisseling in de care-sector. In deze inventarisatie is onderzocht in hoeverre momenteel elektronische zorginhoudelijke overdracht van patiëntgegevens tussen zorginstellingen in Nederland plaatsvindt, met welk doel gegevens worden uitgewisseld, welke gegevens overgedragen worden, hoe een dergelijke overdracht het beste georganiseerd kan worden en welke randvoorwaarden hiervoor noodzakelijk zijn. Het doel van deze inventarisatiefase is:

Inventariseren van de huidige stand van zaken in Nederland wat betreft de elektronische gegevensuitwisseling in de care-sector. De focus is gericht op de zorginhoudelijke gegevensuitwisseling tussen verpleging en verzorging tijdens overdrachtmomenten in de zorgketen.

De resultaten van deze inventarisatie worden weergegeven in dit rapport. Op basis van de verkregen inzichten wordt vervolgens een vervolgprojectplan opgesteld, waarin voorstellen worden gedaan ter verbetering van de overdracht van zorg door verpleegkundigen en verzorgenden.

Communicatie

Een apart aspect van het onderzoeksproject e-Overdracht in de care is de communicatie met de betrokken stakeholders. De communicatie is vooral gericht op het geven van informatie aan diverse partijen zodat zij op de hoogte zijn van het bestaan van het project. Een tweede belangrijke doelstelling is het verkrijgen van commitment voor de uiteindelijk te nemen maatregelen waarmee elektronische overdracht in de keten wordt gerealiseerd. In het rapport zal hier specifiek aandacht aan worden besteed.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de werkwijze die gehanteerd is bij het onderzoek. Hoofdstuk 3 verduidelijkt de gehanteerde begrippen en geeft het kader weer waarin overdracht in de keten plaatsvindt. In hoofdstuk 4 worden de onderzoeksresultaten van de inventarisatie weergegeven. In het laatste hoofdstuk worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan die van belang zijn voor het vervolgprojectplan e-Overdracht in de care.

Hoofdstuk 2 Werkwijze

Voorafgaand aan de inventarisatie zijn eerst kengetallen opgezocht en veelgebruikte begrippen verhelderd, en is het kader geschetst waarin elektronische zorginhoudelijke overdracht plaatsvindt. Het inventarisatieonderzoek bestond vervolgens uit twee onderdelen, te weten literatuuronderzoek en empirisch onderzoek. De werkwijze bij het literatuuronderzoek wordt allereerst toegelicht, gevolgd door de uitleg over de werkwijze bij het empirisch onderzoek. Tenslotte wordt kort ingegaan op de activiteiten die in het kader van het communicatieplan ten tijde van het project zijn uitgevoerd.

2.1 Literatuuronderzoek

Bij het literatuuronderzoek zijn de volgende onderzoeksvragen gehanteerd:

- Wat is de noodzaak van elektronische (verpleegkundige) overdracht?
- Waar vindt elektronische (verpleegkundige) overdracht plaats?
- Welke ontwikkelingen worden er beschreven op het gebied van zorginhoudelijke (verpleegkundige) elektronische overdracht?
- Wat is het belang van standaardisatie bij elektronische overdracht en in hoeverre is dit reeds gerealiseerd voor verpleegkundige en verzorgende gegevensuitwisseling?

Er is gezocht naar relevante wetenschappelijke Engelstalige literatuur op Pubmed met de volgende zoektermen: *Nursing* en/of *Continuity of care*, *Discharge*, *Transfer*, *Transition* en *Transmission*. Om inzicht te krijgen in de stand van zaken rond standaardisatie is verder gezocht met de zoektermen *Interoperability*, *Standard Nursing Language*, *Nursing Minimum Data Set* en *Detailed Clinical Models*. Nederlandstalige artikelen zijn gezocht via Google met de zoektermen *elektronische (verpleegkundige)overdracht*, *elektronisch verpleegkundig dossier* en/of *ketenzorg* en de vertaling van de eerder genoemde Engelstalige zoektermen. Uiteindelijk zijn 64 artikelen beoordeeld op relevantie voor de onderzoeksvraag. Een nadere toelichting op deze werkwijze en meer specifieke informatie over de resultaten van het literatuuronderzoek zijn te vinden in Bijlage 1 Literatuuronderzoek.

2.2 Empirisch onderzoek

Tijdens het empirische deel van het inventarisatieonderzoek is van verschillende methodes gebruik gemaakt om gegevens te verzamelen. Er zijn interviews afgenomen, er heeft een documentenanalyse plaatsgevonden en er is een mailing met vragen verstuurd. Hiermee is getracht in korte tijd (vier maanden) een zo volledig mogelijk

beeld te schetsen van de stand van zaken wat betreft zorginhoudelijke elektronische overdracht in Nederland.

2.2.1 Interviews

Tijdens de interviews is een semigestructureerde vragenlijst gebruikt (zie Bijlage 2 Vragenlijst interviews regio's en instellingen), waarbij de volgende hoofdvragen zijn aangehouden:

- Wat is het belang van e-Overdracht en hoe wil men in de toekomst e-Overdracht geregeld zien?
- Hoe vindt het proces van e-Overdracht momenteel plaats?
- Wat wordt er (zorg)inhoudelijk aan elkaar overgedragen?
- Binnen welke structuur (systeem, organisatie, financiële verantwoordelijkheid) worden gegevens uitgewisseld?

Bij de keuze voor te interviewen personen in de betreffende regio's en instellingen is uitgegaan van door ActiZ en door V&VN aangedragen voorstellen. Bij een aantal aangesloten instellingen van Actiz is men reeds bezig met de implementatie van het ECD. De betreffende instellingen zijn verenigd in een ECD-netwerk. Er is gesproken met de persoon die dit implementatietraject begeleidt en er zijn twee netwerkbijeenkomsten bezocht. Vervolgens werden contactgegevens verkregen van instellingen die beschouwd worden als voorloper binnen dit netwerk. De regionale samenwerkingsverbanden zijn geselecteerd omdat zij bij de veldpartijen bekend staan als actief en als voorlopers op het gebied van overdracht. De experts werden via het netwerk van de projectleden benaderd.

Er zijn in de eerste drie maanden van 2010 vijftien interviews afgenomen. Bij ieder interview waren twee projectgroepleden aanwezig, waarbij één medewerker de vragen stelde en de andere medewerker zich bezighield met de verslaglegging. De interviews zijn opgenomen en uitgeschreven en het verslag is vervolgens ter goedkeuring voorgelegd aan de geïnterviewde. Voordat de interviews werden geanalyseerd zijn ze eerst globaal doorgelezen. De stukken tekst die niet relevant waren werden geschrapt. Vervolgens werd de tekst opgesplitst in fragmenten en werd per onderwerp een code gekozen. Vervolgens werden de delen gecategoriseerd en samengebracht. Zo konden conclusies getrokken worden en kon de verkregen informatie gebruikt worden in het inventarisatieonderzoek.

2.2.2 Documentenanalyse

Er zijn zestig documenten verzameld bij de organisaties Nictiz, ActiZ, V&VN, GGZ en VGN die betrekking hadden op het onderwerp elektronische overdracht in de care. Relevante gegevens hieruit zijn samengevat (zie Bijlage 4 Documentregister). Daarnaast zijn landelijke kwaliteitseisen die van invloed zijn op inhoudelijke gegevensuitwisseling in de care in kaart gebracht.

2.2.3 Mailing

Er zijn 195 e-mails verstuurd, onder andere naar alle Verpleegkundige/verzorgende Advies Raden (VAR), naar alle afdelingen van V&VN, naar kwaliteitsmedewerkers van Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen, Academische Ziekenhuizen en het netwerk van VVT-instellingen die actief betrokken zijn bij de ontwikkeling van het ECD. De mail bevatte de volgende tekst en vragen:

“Graag verneem ik van u of er binnen uw afdeling/ achterban:

- al gebruik wordt gemaakt van een gestandaardiseerd overdrachtdossier (op papier, dan wel elektronisch);
- zo ja, of u hiervan een voorbeeld kunt toesturen;
- of er sprake is van een minimale dataset voor het vastleggen van gegevens en
- of er iemand is die relevante informatie voor het project heeft en dit met ons wil delen.”

Er is vervolgens een verzamelstaat gemaakt van circa veertig overdrachtsformulieren die als antwoord op de mailing zijn teruggezonden. Bij analyse bleken er meerdere versies (o.a. verschil tussen kort/uitgebreid en standaard/gespecialiseerd) uit instellingen/ regio's te zijn ontvangen. Na samenvoegen hiervan zijn uiteindelijk zestien formulieren geanalyseerd. De items die voorkwamen op de formulieren werden geordend in Excel en veelvoorkomende items (> vier keer) werden hiermee geïdentificeerd.

2.3 Communicatie

Om alle belanghebbenden bij het project zo goed mogelijk te voorzien van informatie en om draagvlak te creëren is bij aanvang van het project een communicatieplan opgesteld. Er is een lijst opgesteld met stakeholders met wie contact is opgenomen en er zijn korte communicatieboodschappen geplaatst op de websites van Nictiz, ActiZ en V&VN (zie Bijlage 3 Tabel geïnterviewde personen).

Hoofdstuk 3 Kader

In dit hoofdstuk worden de gebruikte termen en begrippen nader gedefinieerd. Er wordt een beeld geschetst van (verpleegkundige) overdracht en van kenmerkende aspecten van de care-sector waarin deze overdracht plaatsvindt. Overdracht van zorginhoudelijke gegevens is voor de hele care-sector relevant, maar in dit rapport wordt vooral ingezoomd op de overdracht tussen ziekenhuis en Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT). Daarnaast wordt ingegaan op het proces van overplaatsing, op de rol van betrokken partijen hierbij en op de inhoud van de overdracht. Er wordt een toelichting gegeven op een aantal richtlijnen die van invloed zijn op zorginhoudelijke overdracht, en ten slotte wordt het begrip standaardisatie toegelicht.

3.1 Overdracht

Bij een overdracht wordt informatie overgedragen tussen een verzender en een ontvanger via een informatie-uitwisselingplatform of medium. Het betreft niet altijd eenrichtingsverkeer, het gaat om de uitwisseling van relevante gegevens tussen zorgverleners uit de instelling waar de cliënt vandaan komt met zorgverleners van de instelling waar de cliënt naartoe gaat.

Het gaat uiteindelijk om:

- de setting die de patiënt overplaatst;
- de setting waar naartoe overgeplaatst wordt;
- het informatie-uitwisselingplatform en
- de cliënt.

Er zijn verschillende vormen van overdracht te onderscheiden: gegevensuitwisseling tussen cliënt en zorgverlener, binnen één organisatie en tussen verschillende organisaties (zorginstellingen). In deze rapportage wordt ingegaan op (verpleegkundige) overdracht van cliëntgegevens tussen zorgverleners in zorginstellingen. Daarnaast is er een onderscheid te maken in de vorm waarin overdracht plaatsvindt: schriftelijk via een ontslagbrief (post, fax, mail) of mondeling, in de regel via telefonische overdracht.

Overdracht is een onderdeel van een groter geheel, namelijk de overplaatsing van de cliënt. Voorafgaand aan een overplaatsing vindt in de regel een verwijzing, een planning van het ontslag, een vorm van indicering en de daaropvolgende opname in de volgende zorginstelling c.q. terugkeer naar huis plaats.

3.2 Care-sector en V&V

De oorspronkelijke betekenis van cure en care is genezen en verzorgen, twee hoofdfuncties van de gezondheidszorg. Met die termen worden echter ook sectoren van de gezondheidszorg bedoeld. De thuiszorg, het verpleeghuis en de gehandicaptenzorg bijvoorbeeld worden tot de care-sector gerekend; de huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en revalidatiecentra tot de cure-sector. De cure wordt via de zorgverzekeringen gefinancierd, de care via de AWBZ. In het verlengde hiervan is men wel gaan spreken van 'de cure' en 'de care' (RVZ, 2001). Voor de GGZ valt alle acute zorg binnen één jaar onder de cure, de overige zorg onder de care. De care-sector omvat een grote diversiteit aan zorgaanbod. De doelgroep in de rapportage zijn de verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn in *alle* sectoren van de gezondheidszorg. De care waar in deze rapportage over wordt gesproken betreft in dit geval het care-gedeelte van de zorg die verpleegkundigen en verzorgenden leveren (dat kan ook plaatsvinden in een cure-instelling).

Specifiek voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep is dat zij zich richt op de gevolgen voor het dagelijks leven van de ziekte, handicap of aandoening, zoals de problemen ten gevolge van beperkingen in de mobiliteit. Daarnaast vervullen verpleegkundigen en verzorgenden een rol in het bewaken en mede ondersteunen van de medische behandeling, zoals problemen met therapietrouw, verstrekken van medicatie en observatie van de gezondheidstoestand van de cliënt. De verpleegkundige ondersteunt en beïnvloedt beroepsmatig de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling en therapie, om het evenwicht tussen draaglast en draagkracht te handhaven of te herstellen (Leistra, 1999). De verzorgende stimuleert, ondersteunt en biedt compensatie bij niet toereikende zelfredzaamheid op lichamelijk en psychosociaal gebied. Het doel is een optimaal niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven van de zorgvrager ten aanzien van gezondheid, woon-leefomgeving, participatie en mentaal welbevinden (Arcades, 2005).

Er zijn momenteel circa 300.000 verpleegkundigen en verzorgenden van kwalificatieniveau 3/5 werkzaam in Nederland. In 2003 is ruim 20% van de totale kosten van de Nederlandse gezondheidszorg aan verpleging en verzorging besteed. Dit komt neer op 12,3 miljard euro. Van de totale AWBZ-uitgaven gaat het merendeel naar verpleging en verzorging (RIVM, 2006).

De volgende cijfers zijn kenmerkend voor de care-sector in Nederland. Uit kerncijfers³ (Actiz, 2007; VGN 2009) blijkt onder meer dat:

- 170.000 intramurale cliënten in VVT-instellingen verbleven, waarvan 100.000 in verpleeghuizen en 70.000 in verzorgingstehuizen en 630.000 cliënten in de thuissituatie zorg ontvingen;
- 70.000 intramurale cliënten en 88.000 extramurale cliënten in de sector gehandicaptenzorg zorg ontvingen;
- intramuraal 150.000 fte medewerkers in loondienst werken bij VVT instellingen en extramuraal 70.000, waarbij gemiddeld 70% van de medewerkers cliëntgebonden taken uitvoert;
- 156.000 personen (97.400 fte) werkzaam zijn in de gehandicaptenzorg en
- er per jaar ruw geschat tussen 250.000 en 300.000 overplaatsingen plaatsvinden in Nederland. In de regio Den Haag zijn er circa 15.000 overplaatsingen.

Uitgaande van de cijfers zoals die uit de Regio Den Haag bekend zijn is de navolgende verdeling naar de te onderscheiden soorten zorg vastgesteld bij een verwijzing na een ziekenhuisopname:

- 38% wordt doorverwezen naar een verpleeg,-of verzorgingstehuis
- 62% gaat terug naar huis waarbij:
 - 22% in de thuissituatie verpleegkundige zorg nodig heeft
 - 22% persoonlijke zorg nodig heeft
 - 14% huishoudelijke zorg nodig heeft
 - en 4% ondersteunende begeleiding nodig heeft (Boursma, 2008)

Dit betekent dat er bij 82% van alle overdrachten naast medische ook zorginhoudelijke gegevens overgedragen worden aan verpleging en verzorging. Op basis van deze bevindingen lijkt het aannemelijk te veronderstellen dat het merendeel van de overdrachten plaatsvindt tussen ziekenhuis en thuiszorg. Het is echter niet mogelijk om betrouwbare cijfers aan te leveren, niet over het exacte aantal overdrachten per jaar in Nederland en ook niet over tussen welke instellingen er overgedragen wordt.

Er zijn diverse trends in de gezondheidszorg die van invloed zijn op de wijze waarop zorginhoudelijke overdracht in de care-sector plaatsvindt. Men spreekt over ontschotting van de zorg waarbij grenzen tussen cure en care vervagen. Toenemende vergrijzing, hoge kosten en tekorten op de arbeidsmarkt zijn debet aan de voorspellingen dat in 2025 slechts aan 60% van de zorgvraag kan worden voldaan. Er is daarom een

³ Voor VVT samenvatting van gegevens uit jaarverslagen van 470 instellingen, voor de gehandicaptenzorg betreft het 156 instellingen.

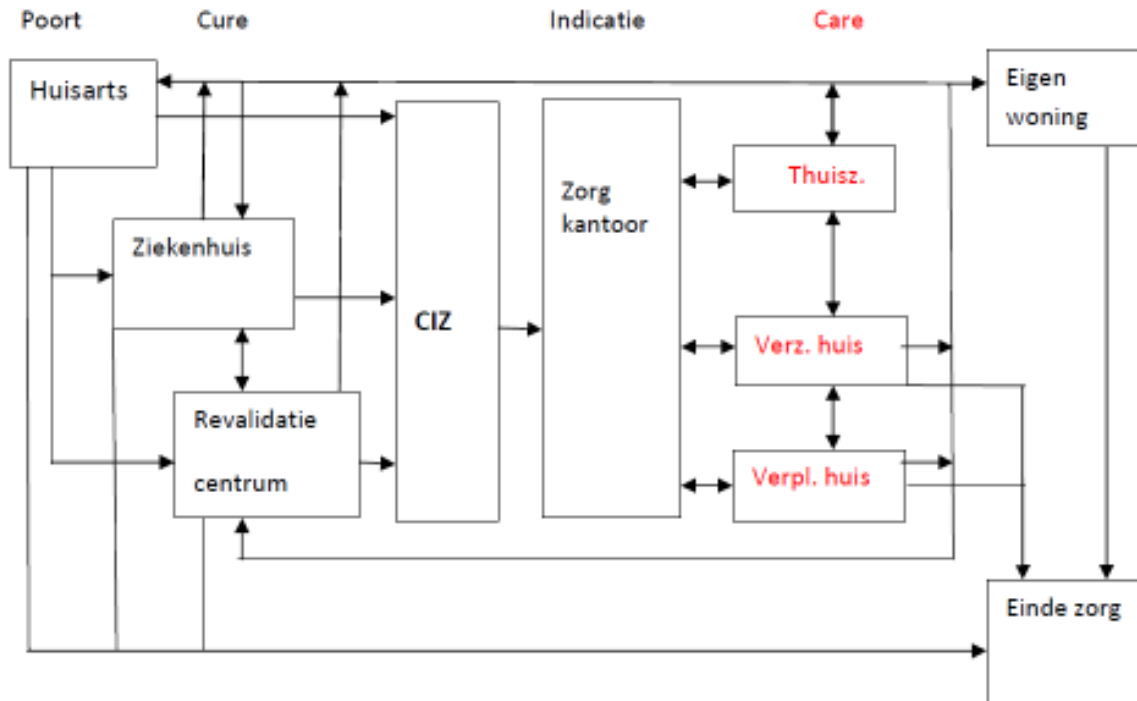
dringende noodzaak om slimmer met mensen en middelen om te gaan. De rol van de cliënt en diens zelfmanagement en sociale netwerk worden sturende factoren. Belangrijk is dat de cliënt de juiste plaats krijgt in een omgeving waarin informatievoorzieningen optimaal op elkaar zijn afgestemd. Ook worden zorgtrajecten voor chronisch zieken meer en meer in zorgpaden en ketens gerealiseerd en continuïteit van zorg is dan een essentiële factor. Ketenzorg wordt daarbij gedefinieerd als een samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat, wat blijkt uit de geformaliseerde afspraken tussen betrokken zorgaanbieders over samenhang en continuïteit van de patiëntenzorg (CBO, 2010).

3.3 Proces van (verpleegkundige) overdracht

Voordat een cliënt kan worden opgenomen in een zorginstelling in de care-sector is er een indicatie nodig, die afgegeven wordt door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Bij veel ontslagsituaties vanuit het ziekenhuis regelt de transferverpleegkundige⁴ een indicatie voor de cliënt (Schrijvers, 2007). Hij of zij stemt de zorgbehoefte van de cliënt af met de verschillende zorginstellingen. De transferverpleegkundige draagt er zorg voor dat de geïndiceerde zorg vertaald wordt in een zorgaanbod (LVW, 2004). Met een indicatiebesluit kan de cliënt in heel Nederland zorg krijgen. Het CIZ stuurt het indicatiebesluit naar het zorgkantoor in de regio van de cliënt en geeft aan waar de cliënt de zorg wil ontvangen (CIZ, 2010).

In de navolgende figuur wordt weergegeven tussen welke partijen in het veld de inhoudelijke overdracht plaats kan vinden, althans daar waar het gaat om een cliënt die algemene gezondheidszorg behoeft, en met welke instellingen de cliënt te maken kan krijgen tijdens zijn/haar weg door de keten.

⁴ In Nederland zijn momenteel circa 360 transferverpleegkundigen werkzaam.



Figuur 1. Zorgproces in de keten

Bron: Nictiz, 2004

Zorgprocessen kennen een cyclische fase: anamnese, diagnose, resultaatbepaling (doelen stellen, prognose), plannen en uitvoeren van interventies. Op diverse momenten in dit proces wordt de zorg geëvalueerd en bijgesteld. Op het moment van overdracht wordt de zorg geëvalueerd en de stand van zaken wordt vastgelegd, samengevat en overgedragen. Dit gebeurt in de regel door middel van het opstellen van een verpleegkundige ontslagbrief. Ten behoeve van de continuïteit van zorg is het een logisch uitgangspunt dat de samenvatting van de zorg in instelling A het vertrekpunt wordt voor de zorg in instelling B.

3.4 Inhoud van (verpleegkundige) overdracht

De (verpleegkundige) overdracht bestaat voor een deel uit statische gegevens (persoonsgegevens, demografische gegevens) en voor het andere deel uit een samenvatting van dynamische gegevens over de gezondheidstoestand van de cliënt en de behandeling en verzorging. Volgens de consensus tekst verpleegkundige verslaglegging⁵ is een verpleegkundige overdracht een schriftelijk vastgelegde eindevaluatie van het verpleegproces in overleg met de patiënt, die gebruikt wordt bij

⁵ Deze consensus tekst wordt momenteel herzien door het LEVV, de nieuwe richtlijn verslaglegging wordt medio december 2010 verwacht.

een overplaatsing naar een andere afdeling of zorgsetting. Navolgende onderdelen dienen in de overdracht te staan:

- de verleende zorg;
- aan wie de zorg wordt overgedragen;
- door wie de zorg wordt overgedragen;
- per wanneer de zorg wordt overgedragen;
- de actuele verpleegkundige diagnoses;
- de beoogde resultaten;
- de redenen van overplaatsing; intern, naar een andere instelling of de thuiszorg;
- de redenen die geleid hebben tot deze voortzetting van verpleegkundige zorg;
- de wijze waarop de patiënt zijn ontslag ervaart en
- de toekomstverwachting van de patiënt.

De verpleegkundige overdracht dient om de continuïteit en de kwaliteit van de zorg te waarborgen. De verpleegkundige zorgt ervoor dat het verpleegproces bij overplaatsing van de patiënt voortgezet kan worden. De nog aan te bieden zorg moet aansluiten op de reeds geboden verpleegkundige zorg. Hiervoor is het noodzakelijk dat er informatieoverdracht plaatsvindt. De verpleegkundige overdracht dient om dié informatie door te geven die het voortzetten van het verpleegproces na overplaatsing mogelijk maakt (Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad, 1999).

Behalve bovenstaande verouderde richtlijn is recent een *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg* uitgebracht, waarin uitspraken gedaan worden over aandachtspunten bij samenwerking in de zorg. Deze handreiking heeft implicaties voor dossiervorming bij e-Overdracht zoals het komen tot een geïntegreerd multidisciplinair dossier, de noodzaak van aanwezigheid van een behandelplan in het dossier, de verantwoordelijkheid om collega's te voorzien van relevante gegevens en de noodzaak om duidelijkheid te creëren voor de patiënt over wie betrokken zijn bij de zorg: de contactpersoon voor de patiënt en mantelzorgers, de persoon die inhoudelijk eindverantwoordelijkheid draagt voor de zorg en de persoon die belast is met de zorgcoördinatie (KNMG, 2010).

3.5 Standaardisatie

In de inleiding van deze rapportage is reeds aangegeven dat standaardisatie een belangrijke voorwaarde is voor de totstandkoming van e-Overdracht. Er zijn diverse

manieren waarop het woord standaard gebruikt wordt in de Nederlandse taal⁶. In deze rapportage wordt de volgende definitie gehanteerd: "Een standaard is een afgesproken manier om gegevens vast te leggen en uit te wisselen binnen en tussen informatiesystemen". Standaarden in de gezondheidszorg zijn van essentieel belang voor gegevensuitwisseling ter ondersteuning van de verpleegkundige praktijk (Westra, Delaney, Konicek, & Keenan, 2008). Professionele richtlijnen bevatten in de regel inhoudelijke standaarden die gebaseerd zijn op Evidence Based Practice (EBP). Bestaande richtlijnen bevatten elementen (data) die als inhoudelijke standaarden beschouwd kunnen worden (een voorbeeld: de Bradenschaal, een meetschaal voor decubitus, is onderdeel van de richtlijn decubitus).

Voor de verpleegkundige gegevensuitwisseling zijn drie type standaarden het meest belangrijk, namelijk inhoudstandaarden (daarbij gaat het om terminologie/taal die gebruikt wordt om verpleegkundige data, informatie en kennis uit te wisselen), berichtenstandaarden (betreffende een systeem van elektronisch berichtenverkeer zoals HL7 of archetypes) en beveiligingsstandaarden, zoals NEN 7510 (Bakken, 2006).

In deze inventarisatie gaan we alleen in op de ontwikkeling van inhoudstandaarden. Volgens Westra e.a. (2008) hebben inhoudsstandaarden verschillende niveaus:

- Minimum data sets (als paraplu: deze standaarden worden gebruikt voor de beschrijving van patiëntenzorg en de context waarin deze zorg plaatsvindt).
- Interface terminologie (gedifferentieerde termen om verpleegkundige zorg te documenteren, bv. Nanda, NIC, NOC).
- Referentie terminologie (bevat verschillende soorten interface (multidisciplinaire) terminologie in een relationele structuur d.w.z. links/verbanden. Een voorbeeld is SNOMED CT).

Op het laagste niveau gaat het om inhoudstandaarden, die ook wel Detailed Clinical Models (DCM's) worden genoemd. De ontwikkeling van DCM's vindt zijn oorsprong in Amerika (Coyle, Mori, & Huff, 2003; Huff, Rocha, Coyle, & Narus, 2004). Het zijn de kleinste bouwstenen van een informatiesysteem waarin bijvoorbeeld precies wordt aangegeven wat er geregistreerd kan worden bij een bloeddrukmeting. Het zijn gestandaardiseerde modellen voor het weergeven van de kleinste deeltjes van de

⁶ Standaard volgens Van Dale:

- wettig exemplaar van een maat- of gewichtseenheid
- vaststaand, erkend voorbeeld of model
- bepaald peil: een hoge standaard bereiken
- normaal, geldend voor alle gevallen

vakinhoud. Van belang bij de ontwikkeling van DCM's is dat er op alle niveaus overeenstemming is over te hanteren standaarden.

Er dient dus in eerste instantie overeenstemming bereikt te worden over de belangrijkste aspecten in een overdracht, bijvoorbeeld door afspraken te maken over de minimale inhoud van ontslagbrieven zoals in het Continuity of Care Record (CCR). Het CCR is een gegevensset met de meest relevante administratieve, demografische en klinische data over de gezondheid van een patiënt voor één of meerdere specialismen. De standaard is bedoeld om informatie over een patiënt op een effectieve manier van de ene zorgverlener over te dragen aan een andere zorgverlener (Nictiz, 2010). Typisch verpleegkundige aspecten in de overdracht vormen tot dusver geen onderdeel van het CCR.

Dergelijke overeenstemming wordt ook gezocht in het buitenland, waarbij een initiatief in de VS opmerkelijk is. Om standaardisatie in elektronische overdracht te bevorderen is er in 2008 door het U.S. Department of Health and Human Services een rapport uitgebracht waarin een *use case* is uitgewerkt voor consultatie en overdracht van zorg. Hierin staan de betrokken stakeholders bij e-Overdracht beschreven en worden de belangrijkste aandachtspunten en obstakels genoemd:

- vertrouwelijkheid, privacy en beveiliging van gegevens;
- integriteit van de informatie, interoperabiliteit en gegevensuitwisseling;
- acceptatie van elektronische dossiers;
- ontbreken van een business case en noodzakelijke infrastructuur;
- tekortkomingen ten aanzien van standaardisatie van data en
- inzagerecht en communicatie met de patiënt.

In de use case wordt een gedetailleerde dataset van overdracht weergegeven waarin ook typisch verpleegkundige aspecten vermeld staan. Daarnaast zijn de perspectieven van betrokken partijen uitgewerkt en opgenomen in een scenario (National Coordinator for Health Information Technology, 2008).

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het inventariserend onderzoek beschreven. Allereerst wordt de samenvatting van het literatuuronderzoek weergegeven, gevolgd door de resultaten op basis van de interviews. Vervolgens worden belangrijke hoofdpunten uit projecten en rapportages van veldpartijen beschreven, waarna wordt ingegaan op de landelijke kwaliteitseisen die relevant zijn voor e-Overdracht. Ten slotte worden de resultaten van de mailing besproken.

4.1 Literatuuronderzoek

In deze paragraaf wordt de samenvatting van het literatuuronderzoek weergegeven. De volledige tekst staat in bijlage 1.

Elektronische overdracht bevordert de continuïteit en coördinatie van zorg doordat informatie toegankelijker wordt, men eerder op de hoogte is van de actuele situatie van de cliënt en zorginhoudelijke informatie vollediger en nauwkeuriger wordt weergegeven. Vooralsnog zijn de implicaties van verpleegkundige gegevensuitwisseling tussen diverse zorginstellingen nog niet bekend. Er is sowieso op dit terrein nog nauwelijks onderzoek gedaan. Wel is bekend dat de diversiteit van de setting andere informatiebehoeften van verpleegkundigen en verzorgenden met zich meebrengt. Ontslagdocumenten zouden daarom vooral vanuit de diverse contexten en in samenspraak met diverse betrokkenen ontwikkeld moeten worden.

Gegeven maatschappelijke ontwikkelingen wordt de positie en de rol van de patiënt en familie in de zorg steeds groter. Dat geldt zeker voor langdurige zorg in de care-sector. Deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de communicatie tussen professionals onderling, maar ook voor de communicatie met de cliënt en diens naasten. Patiënten maken zich zorgen over privacy en misbruik van persoonlijke gegevens. Bij totstandkoming van e-Overdracht zal daarom terdege met de positie en rol van patiënt en mantelzorg rekening gehouden moeten worden.

In Nederland ontstaan de eerste initiatieven voor e-Overdracht, waarbij ook sprake is van zorginhoudelijke gegevensuitwisseling. Het gebruik van elektronische dossiers door verpleegkundigen en verzorgenden is geen gemeengoed. Slechts 45% van de beroepsgroep komt hiermee in aanraking. In de ouderenzorg is de automatisering het minst ver doorgedrongen. Het merendeel van de verpleegkundigen staat positief tegenover elektronische dossiers omdat de kwaliteit en veiligheid van de zorg erbij gebaat is. Daarnaast wordt aangegeven door de beroepsgroep dat, ongeacht het gebruik

van ICT, de administratieve handelingen toenemen. Dit lijkt ten koste te gaan van de directe patiëntenzorg.

Scandinavische landen lijken voorop te lopen bij de realisatie van elektronische overdracht in de zorg. Daar zijn gegevenssets vastgesteld waar ook verpleegkundige aspecten in opgenomen zijn. Uit beschreven initiatieven blijkt dat standaardisatie en beveiliging van gegevens en gebruiksvriendelijkheid belangrijke issues zijn.

Ten aanzien van de standaardisatie van verpleegkundige gegevensuitwisseling worden drie aspecten van belang geacht:

- bevorderen van interoperabiliteit, onder meer door het gebruik van DCM's;
- vaststellen van interface- en referentietalen en
- vaststellen van een standaard gegevensset voor de overdracht van de zorg.

Als het gaat om interfacetalen wordt internationaal door verpleegkundigen de Nanda, NIC en NOC het meeste in elektronische dossiers toegepast. Als referentietaal wordt SNOMED CT steeds meer gebruikt. Ten slotte is het van belang om de juiste randvoorwaarden te creëren voor e-Overdracht door te zoeken naar een goede organisatorische en bestuurlijke inbedding.

4.2 Interviews

In totaal zijn vijftien interviews afgenomen. Een overzicht met namen van personen en instellingen staat in Bijlage 3 Tabel geïnterviewde personen. Bij vijf regionale samenwerkingsverbanden werd een interview afgenomen, en bij vijf organisaties in de care-sector die werken met een ECD. De geïnterviewden zijn veelal afkomstig uit organisaties waar verschillende vormen van zorg wordt geboden, bijvoorbeeld zowel verpleeghuiszorg als thuiszorg. Het betreft hier voornamelijk AWBZ-zorg; één bezochte organisatie heeft ook huisartsen in dienst. Daarnaast is gesproken met verpleegkundigen uit de cure-sector (ziekenhuis, revalidatie) die betrokken zijn (geweest) bij de ontwikkeling van een elektronisch dossier voor verpleegkundigen. De gespreksonderwerpen worden gerangschikt naar de volgende rubrieken: visie, proces, inhoud van de overdracht en binnen welke structuur gegevens worden uitgewisseld. Tot slot zijn er zes experts geïnterviewd die zich bezig houden met projecten en/of onderzoek in de zorg, specifiek gericht op de care-sector.

4.2.1 Visie op e-Overdracht

Wat is het belang van e-Overdracht en hoe wil men in de toekomst e-Overdracht geregeld zien?

Organisaties

Alle geïnterviewden van de organisaties waar onderzoek werd gedaan zijn van mening dat er eerst een goede basisopzet moet zijn van het ECD, waarin de administratieve en financiële aspecten (indicatiestelling, AZR-berichten en deze omzetten in ZZP's⁷) goed zijn geregeld. Pas hierna kan men zich gaan richten op het zorginhoudelijke deel van het ECD. Het op orde hebben van de administratieve zaken heeft prioriteit.

Het zorgleefplan⁸ van Actiz wordt veelal als uitgangspunt gebruikt bij de indeling en opzet van het ECD, waarbij de aandacht voor wonen en welzijn van groot belang is. De cliënt staat centraal en men gaat uit van de visie van één ECD per cliënt binnen de hele organisatie, dus over de diverse settingen heen (zoals verpleeghuis, zorgcentra, thuiszorg). De overdracht binnen deze organisaties is hierdoor vaak eenvoudig te realiseren, omdat er immers gebruik wordt gemaakt van één dossier. Wanneer een cliënt wordt overgedragen naar een volgende afdeling worden professionals van de afdeling waar de cliënt terecht komt geautoriseerd om in het dossier van cliënt te kijken.

SvdP: " Medewerkers hebben een locatie gebonden autorisatie. Als iemand verhuist dan raakt de oude locatie de autorisatie kwijt en de nieuwe locatiemedewerkers krijgen een autorisatie voor het ECD van de betreffende cliënt."

De overdracht naar buiten de instelling wordt als belangrijk gezien, zeker als het om ketenzorg gaat, zoals bij cliënten met een CVA of bij de zorg voor cliënten met dementie. Hierbij worden als argumenten genoemd het verbeteren van de informatievoorziening, de efficiëntie, het minder bevragen van de cliënt en familie, het vergemakkelijken van informatie opvragen en het verminderen van foutgevoeligheid. De aandacht van zorginstellingen gaat daarnaast uit naar de overdracht van gegevens van en naar de huisarts en het uitwisselen van de informatie met de apotheek.

De verpleegkundigen uit de cure-sector vinden het vooral belangrijk dat de overdracht bijdraagt aan de continuïteit van zorg, het verbeteren van de kwaliteit van gegevens en efficiëntie verbeteringen. Het kost veel tijd om gegevens over te schrijven, door eenduidige (gestandaardiseerde) overdracht zouden gegevens eenvoudig kunnen

⁷ Zorgzwaartepakketten

⁸ Model om de behoefte van zorg van cliënten in het dagelijks leven uit te werken zorgplannen.

worden hergebruikt in de intake van de volgende instelling. Van belang is dat de overdrachtgegevens worden gegenereerd uit het elektronisch dossier. In de praktijk blijkt dit echter slechts bij één van de bezochte organisaties het geval.

Regionale samenwerking

Wat opvalt in de interviews met medewerkers van de regio's is dat er vooral gekeken wordt hoe de zorg in de keten verbeterd kan worden en welke generieke oplossing hiervoor gevonden kan worden.

FvdB: "Een eenduidige structuur is van belang, nu loopt men op dit gebied nog achter de feiten aan."

Het uitgangspunt is zoveel mogelijk informatie en diensten delen in de regio, waarbij ICT gezien wordt als ondersteuning. Deze ondersteuning van de regio's vindt wisselend plaats. Processen worden gefaciliteerd door middel van ICT-oplossingen en een passende infrastructuur, maar ook door ondersteuning van projecten in de keten. Doelstellingen die genoemd worden zijn samenwerking op gebied van ICT in de keten gericht op veiligheid, kwaliteit en efficiëntie. e-Overdracht wordt door de meeste respondenten uit de regio gezien als een basisdienst.

4.2.2 Proces van overdracht

Hoe vindt het proces van e-Overdracht momenteel plaats?

Organisaties

Binnen de care-sector bestaan er meerdere informatiestromen die van belang zijn in de overdracht. Dit betreft enerzijds de toekenning en de verantwoording van de geboden zorg en anderzijds de inhoudelijke overdracht.

- Er wordt een indicatie gesteld voordat de cliënt in zorg kan worden genomen. Deze indicatie komt via het zorgkantoor als een AZR-bericht binnen bij de betreffende zorginstelling en dit resulteert in een bepaald ZZP. Op basis hiervan wordt bepaald wat de aard en de hoeveelheid zorg is die de cliënt krijgt.
- Bij overdracht van de cliënt uit een andere instelling komt veelal een verpleegkundige/verzorgende overdracht met informatie over de zorgbehoefte van de cliënt mee. Daarnaast is er een overdracht van gegevens van de specialist en of de (huis)arts en soms van de andere disciplines.

Uit de interviews blijkt dat het proces van zorgtoekenning veelal digitaal verloopt, maar een koppeling van het ECD met het CIZ is er vaak nog niet. De inhoudelijke overdracht tussen verschillende zorginstellingen vindt voornamelijk op papier plaats, de overdracht binnen de organisaties vindt indien mogelijk plaats binnen het ECD mits het onderdeel zorgdossier al digitaal beschikbaar is.

FvdB: "Momenteel wordt er overgedragen met een uitdraai van het ECD , als het naar buiten de instelling gaat. Is het binnen een instelling dan wordt het elektronisch gedaan doordat dan beide afdelingen met plancare⁹ werken."

Vaak is echter alleen het administratieve deel van het ECD reeds operationeel. Er wordt aangegeven dat dit deel de prioriteit heeft.

Hvd: "Het ECD kent een aantal onderdelen. De onderste laag is het cliëntenregistratiesysteem, het belangrijkste onderdeel omdat hierin alle administratieve processen worden geregeld en met name de financiële aspecten (AZR-berichten, ZZP etc.). Dit heeft de prioriteit en als dit klaar is kan verder worden gebouwd aan integratie van het zorgdeel."

Binnen de cure-sector is voor het aanvragen van zorg naar de care-sector dikwijls een transferverpleegkundige aangesteld die de indicatie invoert in de aanmeldmodule van het CIZ. Als een cliënt een indicatie heeft wordt hij/zij overgeplaatst naar de betreffende zorginstelling. De verpleegkundige van de afdeling schrijft een inhoudelijke overdracht en deze wordt op papier meegegeven met de patiënt of in enkele regio's digitaal verstuurd via de infrastructuur van betreffende regio.

Regionale samenwerking

Een aantal regio's werken voor het verbeteren van de overdracht al met een ICT-systeem dat gericht is op het verbeteren van het proces van overdracht in de zorgketen. In de regio Den Haag wordt er gewerkt met POINT⁹. In drie bevraagde regio's is POINT inmiddels operationeel en in twee andere regio's worden er voorbereidingen voor de implementatie getroffen. In zes andere regio's wordt het systeem Pluriform gebruikt voor ondersteuning van de communicatie in de regio. Dit systeem wordt breder ingezet dan

⁹ Systeem dat het hele proces van aanmelden, aanvragen nazorg, indicatiestellingen (Wmo/Awbz/Zvw), matching van vraag en aanbod elektronisch ondersteunt, resulterend in de elektronische overdracht tussen verzender en ontvanger.

alleen voor het proces van verpleegkundige en verzorgende overdracht. Een andere bevraagde regio is van plan dit jaar een systeem aan te schaffen voor o.a. ondersteuning van de overdracht.

In verschillende regio's worden specifieke patiëntengroepen ondersteund in de keten, waarvoor er diverse keteninformatiesystemen worden gebruikt. Soms worden er gegevens ontsloten naar het CIZ. Dit lukt niet altijd omdat er sprake is van een landelijk systeem van het CIZ en omdat deze systemen per regio verschillen. Opvallend is dat de communicatie met de specialisten, de huisartsen en de apotheek vaak al is geregeld via Edifact-berichten¹⁰ en OZIS-koppelingen¹¹.

4.2.3 Inhoud overdracht

Wat wordt er (zorg)inhoudelijk aan elkaar overgedragen?

Organisaties

In de care-sector wordt over het algemeen de inhoud van het zorgleefplan aangehouden in het zorgdossier, zoals dit onder meer door Actiz is ontwikkeld. De respondenten geven aan dat het nog lastig is om tot eenheid van taal en begrippen te komen. Ook stelt men dat het personeel zich de methodiek nog eigen moet maken.

In een enkele organisatie wordt gebruik gemaakt van het instrument RAI¹². Voor de overdracht naar andere organisaties zijn soms formulieren ontwikkeld vanuit bepaalde zorgketens. Deze zijn niet opgebouwd volgens vaste standaarden. De overdracht vanuit het ziekenhuis is vaak opgebouwd volgens de gezondheidspatronen van Gordon¹³. Er wordt bij een ziekenhuisopname lang niet altijd een overdracht *vanuit* care-instellingen verstuurd, dit gebeurt wel als de cliënt na de ziekenhuisopname weer terug gaat. De overdracht bestaat uit NAW-gegevens, demografische gegevens, medische gegevens, medicatiegegevens en zorginhoudelijke gegevens. Soms is er een apart wondformulier ontwikkeld voor de overdracht.

¹⁰ Standaard voor elektronische communicatie met behulp van gestructureerde en gestandaardiseerde berichten.

¹¹ Koppeling tussen IT-systemen die het mogelijk maakt gegevens uit het softwaresysteem van de apotheek uit te wisselen.

¹² Assesment tool ontwikkelt in Canada om zorgbehoeften van de cliënt in kaart te brengen.

¹³ Gezondheidsbeleving en -instandhouding ; voeding/stofwisselingspatroon ; uitscheidingspatroon; activiteitenpatroon; slaap/rustpatroon; cognitiepatroon; zelfbelevingspatroon; rollen/relatiepatroon; seksualiteit/voortplantingspatroon; stressverwerkingspatroon en het waarden/overtuigingenpatroon.

Regionale samenwerking

In een paar regio's wordt gebruik gemaakt van een eenduidig overdrachtformulier. Vanuit de beroepsgroepen is er binnen die regio's overeenstemming bereikt over de over te dragen items. Dit varieert van een formulier met hoofdrubrieken tot een gedetailleerd formulier. In één ondervraagde regio is een inventarisatie gemaakt van alle overdrachtsformulieren uit een bepaalde zorgketen. In paragraaf 4.5 wordt hierop verder ingegaan.

4.2.4 Structuur overdracht

Binnen welke structuur (systeem, organisatie, financiële verantwoordelijkheid) worden er gegevens uitgewisseld?

Organisaties

Zoals al eerder aangegeven wordt in de meeste organisaties zoveel mogelijk gebruik gemaakt van één ECD binnen de organisatie. Ook wanneer er verschillende vormen van zorg worden aangeboden, zoals verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg.

HvD: "Er is gekozen voor een ECD voor de verschillende sectoren, omdat de processen redelijk overeenkomstig lijken te zijn. Intern is er één dossier!"

Bij het merendeel van de ondervraagde regio's bestaan er afspraken en/of samenwerkingsverbanden waarin is vastgelegd hoe berichtenverkeer plaatsvindt. Wat betreft de verpleegkundige en verzorgende overdracht tussen instellingen; als deze digitaal plaatsvindt wordt hiervoor gebruik gemaakt van de bestaande infrastructuur. Er wordt echter nog vaak gebruik gemaakt van een uitdraai van het ECD of een zelf samengestelde getypte overdracht. Van de vijf ondervraagde regio's vindt alleen in de regio Den Haag en Noord Holland Noord elektronische overdracht van zorginhoudelijke gegevens plaats.

De manier van beveiligen van de gegevens verschilt per instelling. Er wordt nog niet veel met een UZI-pas gewerkt bij de instellingen waar de interviews zijn afgenomen. In de meeste instellingen worden de mensen die werkzaam zijn op de afdeling waar de patiënt ligt geautoriseerd om de gegevens van de patiënt in te zien. Ook krijgen verschillende disciplines een autorisatie om bepaalde gegevens te lezen of te bewerken. Wel wordt er gelogd wie er informatie heeft ingezien, of welke afdeling er informatie heeft bekeken.

Regionale samenwerking

In de regio's zijn verschillende afspraken gemaakt over de ICT-infrastructuur. De regionale organisatie wordt dikwijls gefinancierd door zorginstellingen en soms door de verzekeraar. Het beheer van de infrastructuur wordt soms door de betreffende regionale organisatie gedaan of de organisatie besteedt het beheer uit. De regio's ondersteunen vaak wel gemaakte werkafspraken, maar de betrokken zorgverleners zijn verantwoordelijk voor de inhoud van de afspraken.

Vaak is er ook sprake van een bestuur dat bestaat uit bestuurders van de betrokken instellingen die in één regio samenwerken. Eén van de bevraagde regio's is hierop een uitzondering. Het betreft een organisatie waar de betrokken instellingen vooral zijn gericht op de gehandicaptenzorg en in verschillende regio's zijn gesitueerd. De samenwerking is voornamelijk ontstaan uit de wens om de ontwikkeling en beheer van softwarepakketten zoveel mogelijk te bundelen, één pakket daarvan is het ECD.

4.2.5 Aanbevelingen vervolg projectplan

Heeft u nog opmerkingen of aanbevelingen die relevant zijn om mee te nemen in het vervolg projectplan e-Overdracht in de care?

De punten uit de interviews van de regio en de organisaties zijn in deze paragraaf samengevat.

- Kom tot een landelijke standaard (kernset) ter ondersteuning van het proces van verpleegkundige overdracht.
- Commitment en accorderen van een kernset voor de overdracht door de beroepsgroep en Actiz zijn essentieel voor acceptatie door het veld.
- Laat de kernset aansluiten bij de ontwikkeling van een EPD/ECD.
- Zorg voor afstemming met en integratie van de gegevens met CIZ-gegevens en normen verantwoorde zorg.
- Sluit aan bij kernset die nodig is voor crisisinterventie.
- Ontwikkel naast overdracht ook een standaard voor anamnese en standaardverpleegplannen.
- Beschrijf hoe een kernset onderdeel is van een bepaald model (kader verpleegkundige zorg).
- Doe al een voorzet voor een kernset.
- Zorg voor commitment bij de leveranciers.
- Draag zorg voor handvatten voor de praktijk, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van een standaard die eenvoudig als te downloaden formulier verkrijgbaar is.

- Zorg dat e-Overdracht gebruiksvriendelijk is en leidt tot efficiëntieverbetering en tijdsbesparing.
- Zorg ervoor dat beschreven wordt aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan alvorens een pilot met e-Overdracht kan beginnen.
- Zorg voor commitment van bestuurders in de regio.
- Zorg voor aansluiting op bestaande initiatieven.
- Richt je eerst op één onderdeel van de keten, bijvoorbeeld de overdracht tussen cure en care, waar de frequentie van overdracht het hoogste is.

4.2.6 Experts

Bij de aanvang van het onderzoek is er binnen de veldpartijen nagegaan welke mensen betrokken zijn bij projecten en onderzoeken van informatisering verpleegkundige zorg/ECD-ontwikkeling in de zorg.

Vier verschillende experts benadrukken het belang van de ontwikkeling van DCM's, omdat daarin de vakinhoud precies wordt omschreven. Experts achten de keuze voor één bepaalde classificatie waarschijnlijk niet mogelijk, daar het om de functionele toepasbaarheid gaat.

WG: "Inmiddels heerst er steeds meer de opvatting dat de keuze voor één bepaalde classificatie niet zinvol is, het gaat om de functionele toepasbaarheid. Langzaam groeit ook binnen de IMIA¹ het besef dat niet "mijn classificatiesysteem het beste is"

¹International Medical Informatics Association

Er is reeds een aantal ZIM'en en DCM's¹⁴ ontwikkeld, maar een groot aantal daarvan moet nog goedgekeurd worden door vertegenwoordigers van de beroepsgroep. Er wordt daarom geadviseerd een praktische insteek te gebruiken bij een vervolgtraject, zodat er gebruik gemaakt kan worden van de al ontwikkelde modellen. Nictiz zet momenteel een website op over "eenheid van taal", waarop de eerste DCM's van het project e-Diabetes worden gepubliceerd.

Het belang van het overdrachtdossier wordt zeker ingezien door de experts in verband met verwachte kwaliteitswinst. Wel moet er overeenstemming bestaan op de werkvloer tussen de professionals over het gebruik van het dossier. Er wordt gesteld dat er een landelijk programma van eisen moet komen betreffende de overdracht, mede om leveranciers mee te krijgen in het traject. Een kerndataset is daarbij van belang. Binnen de ontwikkeling van het ECD is indicatiestelling essentieel en dit is verbonden met

¹⁴ Zorg Informatie Modellen en Detailed Clinical Models

dossiervorming. De gegeven en beschreven zorg moet voldoen aan de indicatie zoals toegekend door het CIZ. Het mede afstemmen van de kernset van gegevens voor overdracht op de indicatie en verantwoording van zorg (prestatie-indicatoren) wordt door experts beschouwd als bepalend voor het succes. Het eenmalig registreren van gegevens levert een flinke kwaliteits- en efficiencywinst op, stellen de experts.

4.3 Relevante projecten en rapportages

In het kader van elektronische overdracht zijn door de diverse veldpartijen al verschillende projecten afgerond. Ook is een aantal actuele projecten van belang. Hieronder volgt een opsomming van de meest relevante projecten/rapporten.

- *Eisenpakket ECD*: er is zowel door Actiz als door de VGN een Programma van Eisen (PvE) opgesteld voor de VVT en de gehandicaptensector (Advisaris, 2006). Deze PvE's worden gebruikt als basis voor het ECD binnen een instelling en bevatten een beschrijving van de functionaliteiten die voor iedere organisatie van belang zijn. De bedoeling van het PvE is dat iedere organisatie eigen keuzes maakt binnen dit algemene kader.
- *Zorginformatiemodellen (ZIM)*: er zijn reeds ZIM'en beschikbaar, zie Bijlage 4 Documentregister. Van deze gepubliceerde ZIM'en zijn er 22 gericht op zorginhoud, ze zijn echter nog niet geaccordeerd door de beroepsgroep.
- *Rapport 'Doorbreek de meetlast'*: in januari 2010 is dit rapport gepubliceerd door het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (Plas, 2010). Het betreft een inventariserend rapport over het gebruik van indicatoren door verpleegkundigen. Er zijn vanuit de literatuur 27 thema's verzameld waarvoor indicatoren zijn ontwikkeld over bepaalde zorgproblemen. Deze zijn vervolgens voorgelegd aan een groep verpleegkundigen/verzorgenden die voornamelijk werkzaam zijn in de VVT-sector. Op basis hiervan zijn negen belangrijke thema's naar voren gekomen:
 - medicatieveiligheid
 - pijn
 - communicatie
 - patiënttevredenheid
 - vallen
 - vrijheidsbeperkende maatregelen
 - zorggerelateerde infectiepreventie
 - decubitus
 - emotionele steun.
- *Het rapport 'Een keten is zo sterk als de zwakste schakel'*: dit is een onderzoek naar opschalingmogelijkheden voor Logistieke Transmurale Systemen in de zorg van Cap

Gemini (Bakker, 2010): Het onderzoek gaat in op de vraag hoe innovaties met behulp van deze systemen in de keten sneller kunnen worden geïmplementeerd. Belangrijke conclusies zijn dat er al veel draagvlak en samenwerkingsverbanden zijn in de regio. Het verder stroomlijnen van het verwijzingsproces levert met name in de cure-sector een positieve businesscase op. Belemmerende factoren zijn o.a. dat er nog onvoldoende standaardisatie en eenheid van taal is waardoor de inhoudelijke waarde van de informatie-uitwisseling onvoldoende tot haar recht komt. Ketenzorg vraagt bovendien een andere manier van denken.

Naast de projecten van de veldpartijen is Nictiz in verschillende sectoren betrokken bij ICT-projecten. Een aantal van deze projecten heeft mogelijk raakvlakken met het project e-Overdracht. Deze worden hieronder kort benoemd.

- *Huisartswaarnemgegevens*: in het elektronische waarnemingsdossier van de huisartsen wordt een professionele samenvatting gemaakt voor de waarnemend huisarts. Hiervoor is een richtlijn opgesteld. Het geeft een samenvatting van de medische gegevens en correspondentie, contra-indicaties, uitslagen, medicatiegegevens en overdrachtsgegevens. Dit laatste wordt omschreven als 'gegevens over de actuele toestand van de patiënt die met name van belang zijn voor de samenwerking bij hulpverlening' (NHG, 2008).
- *Medicatiegegevens*: het elektronisch uitwisselen van medicatiegegevens is als een van de eerste onderdelen van het landelijk EPD opgepakt. Kern van het programma is de inzage in verstrekking van geneesmiddelen aan de cliënt tussen apothekers en andere zorgverleners.
- *Diabeteszorg*: in het Eindrapport Content e-Diabetes wordt aangegeven dat door het overeenkomen van één multidisciplinaire dataset, gebaseerd op één zorgstandaard die geldt voor de hele keten, de communicatie tussen betrokken zorgverleners op uniforme wijze verloopt en het daarnaast ook mogelijk wordt om op veel grotere schaal zorggegevens te bundelen en te vergelijken. De patiënt kan alle gegevens van de basisset inzien en heeft een regisseursrol op basis van volledige informatie om hiermee zijn zelfmanagement en therapietrouw te bevorderen (NDF, 2008). Mede op basis van deze vastgestelde set is inmiddels een aantal DCM's beschikbaar via de DCM database (DCM database, 2010). Een aantal daarvan is specifiek gericht op diabetes, maar er zijn ook generieke DCM's ontwikkeld zoals patiëntgegevens, bloeddruk, lichaamslengte, lichaamsgewicht, beweeggedrag en voeding.
- *Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ)*: het dossier is ontwikkeld voor kinderen en jongeren tussen de 0 en 19 jaar. Artsen, verpleegkundigen en assistenten van de jeugdgezondheidszorg zijn de enige gebruikers. In 2010 worden

de papieren dossiers vervangen door het digitale dossier. Voor dossiervoering is een basisdataset Jeugdgezondheidszorg ontwikkeld, die de inhoudelijke basis voor het Digitaal Dossier vormt. De basisdataset geeft een overzicht van aspecten die van belang zijn bij de ontwikkeling en gezondheid van kinderen. Het RIVM¹⁵ voert de regie over deze basisset (Basisdataset Jeugdgezondheidszorg, 2010).

- *Parelsnoer*: dit project is in 2007 gestart op initiatief van de NFU (Nederlandse Federatie van Universitaire ziekenhuizen) en is gericht op het uniform uitwisselen van klinische data van een aantal ziektebeelden ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek.
- *e-GGZ*: Begin 2010 is het project e-GGZ gestart. Het is gericht op het verbeteren van de overdracht van gegevens tussen de GGZ (psychiater, psycholoog) en de huisarts. Het project bevindt zich nog in de inventarisatiefase.
- *Perinatologie*: het doel van het programma Spirit (samenwerken in de perinatale ICT) is het stroomlijnen van het berichtenverkeer van perinatale data naar een landelijke database. Het betreft hier in de eerste fase gegevens zoals start zorgverlening, administratief geboortebericht, uitkomstbericht, prenatale screening op Downsyndroom en structureel echoscopisch onderzoek.

4.4 Landelijke kwaliteitseisen

In deze paragraaf worden achtereenvolgens de kwaliteitseisen behandeld die van belang zijn voor e-Overdracht en die zijn vastgelegd binnen het programma Zichtbare Zorg, binnen het Veiligheid Management programma en door het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ). Zorginhoudelijke registratie en overdracht dient namelijk niet alleen ter bevordering van de continuïteit van zorg; de gegevens kunnen ook gebruikt worden voor interne en externe verantwoording in het kader van kwaliteitszorg.

4.4.1 Zichtbare Zorg

Het programma Zichtbare Zorg is in 2007 opgezet door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in opdracht van het ministerie van VWS. Al een aantal jaren zijn zorgaanbieders in alle sectoren bezig met het transparant maken van de kwaliteit van zorg, zodat kan worden voldaan aan de kern van het nieuwe zorgstelsel: de patiënt/consument wordt in staat gesteld om geïnformeerd te kiezen op het niveau van de instelling en aandoeningen. Daarvoor is vergelijkbare en betrouwbare informatie nodig over de prestaties van zorgaanbieders. Het programma Zichtbare Zorg ondersteunt de

¹⁵ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

zorgsectoren bij het realiseren van deze ambitie om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken. In het programma Zichtbare Zorg werken verzekeraars, zorgaanbieders, cliëntenorganisaties, brancheorganisaties en de IGZ samen. Zij stellen gezamenlijk vast over welk aanbod de kwaliteit zichtbaar moet worden en hiervoor worden indicatoren ontwikkeld (meetbare aspecten van de zorg) die een indicatie geven over de mate van kwaliteit. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen zorginhoudelijke indicatoren en indicatoren gericht op klanttevredenheid (IGZ, 2010). In Zichtbare Zorg worden de volgende sectoren onderscheiden, die alle eigen sets indicatoren hebben ontwikkeld:

- Ziekenhuizen en ZBC's (zelfstandige behandelcentra)
- Eerstelijns zorg
- Farmacie
- Geestelijke gezondheidszorg
- Gehandicaptenzorg
- Verpleging, verzorging en thuiszorg
- Openbare gezondheidszorg.

In dit onderzoek beperken we ons tot die sectoren die relevant zijn voor verpleegkundigen en verzorgenden en ligt de focus op zorginhoudelijke indicatoren. Voor meer informatie over de inhoud van de diverse indicatoren zie Bijlage 6 Indicatoren.

4.4.2 Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

Het VMS Veiligheidsprogramma is opgezet naar aanleiding van een onderzoek naar vermijdbare onbedoelde schade en sterfte in Nederlandse ziekenhuizen (EMGO/Nivel-onderzoek, april 2007). Op basis van dit onderzoek zijn er tien 'hoog vermijdbaar geclassificeerde schades' naar voren gekomen. Deze zijn verder uitgewerkt in de onderstaande thema's:

- voorkomen van wondinfecties na een operatie
- voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis
- vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt
- medicatieverificatie bij opname en ontslag
- kwetsbare ouderen
- voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende middelen
- verwisseling van en bij patiënten
- High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia

- vroege herkenning en behandeling van pijn
- optimale zorg bij Acute Coronaire Syndromen.

Het VMS-programma geeft de ziekenhuizen handvatten voor het verminderen van risico's van schade. Een onderdeel hiervan is het registreren van informatie per thema in het systeem. Het programma is geïnitieerd door vijf programmapartners: NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Orde van Medisch Specialisten (Orde), Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). De doelstelling van het project is dat de ziekenhuizen per 31 december 2012 geaccrediteerd zijn of een gecertificeerd VMS hebben (VMS, 2009).

4.4.3 Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ)

Voor AWBZ-zorg is een aanvraag nodig via het Centraal Indicatieorgaan Zorg. Dit kan door de cliënt of zijn mantelzorger maar ook door de zorgprofessional die de aanvraag regelt voor vervolgzorg. Er zijn diverse vormen van aanvragen:

- reguliere aanvraag (binnen 6 weken inzetbaar)
- spoedzorg (direct inzetbaar)
- standaard indicatieprotocol² (direct inzetbaar)
- herindicatie via taakmandaat³ (direct of binnen 2 weken inzetbaar)
- bopz artikel 60 toets.

De aanvraagformulieren bevatten naast de algemene persoonsgegevens informatie over de zorgbehoefte van de cliënt. Er zijn verschillende formulieren, afhankelijk van de soort benodigde zorg. De zorgverlener kan gebruikmaken van een aanmeldfunctionaliteit, een soort portaal waarop zorg digitaal kan worden aangevraagd. De input voor de aanvraag komt gedeeltelijk overeen met de gegevens uit het zorgdossier van de cliënt (CIZ, 2010).

4.4.4 Samenvatting prestatie-indicatoren

Wat opvalt is dat in alle sectoren de zorg rondom medicatie een belangrijk item is in de indicatorensets. Andere indicatoren die overeenkomen hebben te maken met (onder)voeding, valincidenten, decubitus/huidletsel, delier, vrijheidsbeperkende interventies, incontinentie en cliënten met een verhoogd risico. Naast overeenkomsten zijn er ook verschillen die vooral sectorgebonden zijn.

4.5 Resultaten mailing

Er zijn 39 reacties binnengekomen op de mailing, onderstaande tabel geeft de verdeling van respondenten weer.

20	Algemene ziekenhuizen
4	Universitair Medisch Centra
4	GGZ instellingen
2	Instellingen voor Verstandelijk Gehandicaptenzorg
3	Verpleeghuis, verzorgingstehuis en thuiszorg
3	Afdelingen van V&VN
3	Overigen

Tabel 1. Respondenten mailing

Bij een groot aantal reacties zijn overdrachtsformulieren meegestuurd ter informatie. De formulieren variëren van uitgebreide formulieren met voorgestructureerde vragen zoals die gebruikt worden in een elektronische toepassing, open vragen met vaste items tot een paar hoofdkoppen en veel vrije tekst. Het valt op dat de overdrachtsformulieren vanuit de ziekenhuizen meestal zijn geordend volgens de gezondheidspatronen van Gordon. Er zijn veel overeenkomsten in de informatie die wordt overgedragen, echter de vraagstelling is vaak anders geformuleerd. Ook worden er binnen diverse instellingen verschillende formulieren gebruikt. In twee regio's wordt er met meerdere instellingen met hetzelfde formulier gewerkt. Op basis van de ontvangen formulieren is een lijst opgesteld van 86 items die op alle overdrachtformulieren voorkomen (zie Bijlage 7 Items Overdrachtsformulieren). Met behulp van deze lijst kan in een later stadium een eerste aanzet gedaan worden voor een kernset van de overdracht van cure naar care, maar dan dienen de overdrachtsformulieren meer systematisch verzameld te worden. Vooral voor het beeld van de overdracht vanuit de care-sector is er tot dusver nog te weinig informatie beschikbaar.

Uit de totale inventarisatie blijkt dat de items die terugkomen op de overdrachtsformulieren grotendeels overeen komen met het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg. Ook in het zorgleefplan komen deze items terug, waarbij in het zorgleefplan nadrukkelijker wordt ingegaan op de beleving en wensen van de cliënt. Een groot deel van de uit te wisselen gegevens is generiek, wat pleit voor de ontwikkeling en vaststelling van een kernset.

Hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden conclusies getrokken gebaseerd op de uitkomsten van de inventarisatie en aanbevelingen gedaan ter bevordering van e-Overdracht in de care.

Daarbij zijn de volgende vraagstellingen gehanteerd:

- *In hoeverre vindt momenteel elektronische zorginhoudelijke overdracht van patiëntgegevens tussen zorginstellingen in Nederland plaats?*
- *Wat is het belang van e-Overdracht en met welk doel worden gegevens uitgewisseld?*
- *Welke gegevens worden er overgedragen?*
- *Hoe zou een dergelijke overdracht het beste georganiseerd kunnen worden en welke randvoorwaarden zijn hiervoor noodzakelijk?*

De conclusies en aanbevelingen zijn gebaseerd op de resultaten uit hoofdstuk 4.

5.1 Conclusies

In de volgende paragrafen staan de belangrijkste conclusies, geordend op volgorde van de vraagstellingen.

De stand van zaken betreffende e-Overdracht

Uit het onderzoek blijkt dat kerncijfers over aantallen overdrachten in de care-sector in Nederland niet beschikbaar zijn. Er is wel een schatting gemaakt waaruit blijkt dat er circa 15.000 overdrachten plaatsvinden in de regio Den Haag. Verpleegkundigen en verzorgenden zijn een grote beroepsgroep (circa 300.000 beoefenaars) en van de totale AWBZ-uitgaven gaat het merendeel naar verpleging en verzorging.

Elektronische dossiers worden nog niet veel gebruikt door de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep, en zeker niet in de care-sector. Er is wel een aantal VVT instellingen bezig met de invoering van het zorginhoudelijke deel van een Elektronisch Cliënt Dossier (ECD). Binnen deze instellingen is de overdracht van cliënten van de ene voorziening naar de andere eenvoudiger te realiseren omdat er organisatiebreed gebruik gemaakt wordt van één ECD. Zorginhoudelijke gegevensoverdracht met andere zorgverleners in de keten, zoals huisartsen en apotheken, wordt weliswaar van belang geacht, maar bij de ontwikkeling van elektronische dossiers en e-Overdracht richten instellingen zich in eerste instantie vooral op administratieve en financiële gegevensuitwisseling en in veel mindere mate op uitwisseling van zorginhoudelijke gegevens.

Uit deze inventarisatie blijkt dat in Nederland zorginhoudelijke gegevensuitwisseling tussen diverse instellingen nog nauwelijks plaatsvindt, met

uitzondering van de bevroegde regio's Den Haag en Noord Holland Noord. In overige regio's wordt vooral gekeken hoe de zorg in de keten verbeterd kan worden en welke generieke oplossing hiervoor gevonden kan worden. Er zijn bij een groot aantal regio's wel plannen om een vorm van gegevensuitwisseling te realiseren. ICT wordt in dit kader gezien als een ondersteunend middel.

Belang van e-Overdracht

Uit de resultaten van de inventarisatie blijkt voorts dat, hoewel het nog niet veel voorkomt en de prioriteit in eerste instantie ligt bij de informatisering van administratieve en financiële processen, men wel het belang ziet van zorginhoudelijke gegevensuitwisseling in de keten. Uit het empirische deel van het onderzoek blijkt dat de meerwaarde van e-Overdracht ligt in het bevorderen van veilige zorg, van continuïteit van zorg en in het verhogen van de efficiëntie bij de overdracht, onder meer door het voorkomen van herhaalde malen registreren van dezelfde gegevens. Door een eenduidige (gestandaardiseerde) elektronische overdracht zouden gegevens kunnen worden hergebruikt in de intake van de volgende instelling. Er is echter nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effecten van elektronische verpleegkundige gegevensuitwisseling.

In de care-sector staan de cliënt en diens wonen en welzijn centraal. Dit gegeven is het uitgangspunt voor het zorgleefplan dat in het ECD gehanteerd wordt en de zorginhoudelijke gegevensuitwisseling zou hierop moeten aansluiten. De cliënt en mantelzorgers spelen een steeds grotere rol bij de informatie-uitwisseling tussen verpleegkundigen en verzorgenden. Dit gegeven is een belangrijke factor waarmee rekening gehouden moet worden bij de ontwikkeling van elektronische gegevensuitwisseling.

Wat wordt uitgewisseld en door wie?

Uit de resultaten blijkt dat er dus voornamelijk op papier wordt overgedragen. Overdrachtsformulieren bevatten veelal NAW-gegevens, demografische gegevens, medische gegevens, medicatiegegevens, en zorginhoudelijke gegevens. Soms is er een apart wondformulier ontwikkeld voor de overdracht vanuit het ziekenhuis. In de ziekenhuizen zijn verpleegkundige gegevens dikwijls geordend volgens de gezondheidspatronen van Gordon.

Daarnaast wordt er in het kader van in- en externe verantwoording (prestatie-indicatoren) een veelheid aan zorginhoudelijke gegevens geregistreerd door verpleegkundigen en verzorgenden. Inhoudelijk komen de items op de overdrachtsformulieren grotendeels overeen met het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.

Ook in het zorgleefplan komen deze items terug, waarbij in het zorgleefplan nadrukkelijker wordt ingegaan op de beleving en wensen van de cliënt. Een groot deel van de uit te wisselen gegevens is generiek, wat pleit voor de ontwikkeling en vaststelling van een kernset. De beroepsgroep geeft daarnaast aan dat de toegenomen administratieve last ten koste gaat van de directe patiëntenzorg.

Bij de overdracht tussen cure en care hebben transferverpleegkundigen een belangrijke rol, zij vragen de zorg aan en regelen het transferproces. Daarnaast zijn verpleegkundigen op de afdeling verantwoordelijk voor de zorginhoudelijke overdracht.

Voorwaarden voor elektronische uitwisseling

Wat opvalt bij de inventarisatie is dat er een grote diversiteit aan gegevensuitwisseling bestaat, waarbij enerzijds overeenkomstige gegevens aanwijsbaar zijn en anderzijds contextspecifieke informatie van belang wordt geacht. Maar het ontbreekt vooralsnog aan een eenduidig ordeningskader of aan overeenstemming over uit te wisselen gegevens. Standaardisatie wordt unaniem beschouwd als dé voorwaarde om te komen tot elektronische gegevensuitwisseling. Onder standaardisatie verstaat men dan het overeenkomen van een minimale set van zorginhoudelijke gegevens van een cliënt (een zogenaamde kernset), die tussen zorgverleners van de instellingen uitgewisseld zou moeten worden. De diversiteit van de setting brengt andere informatiebehoeften van verpleegkundigen en verzorgenden met zich mee. Overdrachtsformulieren zouden daarom vooral vanuit de diverse contexten en in samenspraak met diverse betrokkenen ontwikkeld moeten worden. Tevens is het van belang DCM's te ontwikkelen, omdat daarin de vakinhoud precies wordt omschreven.

Naast standaardisatie is de bestuurlijke en organisatorische inbedding belangrijk bij de verdere ontwikkeling van e-Overdracht en zou er aangehaakt moeten worden bij (regionale) initiatieven waarbij reeds (multidisciplinaire) gegevensuitwisseling in gang gezet is.

5.2 Aanbevelingen

Op basis van de inventarisatie volgen hierna een aantal aanbevelingen die gevolgd kunnen worden bij de samenstelling van het vervolg projectplan e-Overdracht in de care. Het vervolgplan wordt opgedeeld in twee fases; in de eerste fase komt de nadruk te liggen op standaardisatie (een landelijk overeengekomen kernset en DCM's) waarna in de tweede fase de realisatie van e-Overdracht in de regio's verder wordt uitgewerkt.

Onderstaande aanbevelingen zijn vooral gericht op de eerste fase:

- Ontwikkel een landelijke kernset voor verpleegkundige en verzorgende overdracht, stem de inhoud af op wat nodig is voor bekostiging en verantwoording van zorg (prestatie-indicatoren) en sluit aan bij de ontwikkelingen omtrent het ECD/EPD.
- Verschillende contexten vragen om andere gegevens bij het opstellen van een kernset. Daarom is het van belang deze kernset in samenspraak vast te stellen en tevens om waar gewenst contextbepaalde subsets te ontwikkelen om ze vervolgens te laten accorderen door alle beroepsverenigingen en brancheorganisaties (ook de VGN en GGZ).
- Integreer de belangrijkste gegevens uit de prestatie-indicatoren in de kernset om zo administratieve last van dubbel registreren te voorkomen.
- Oriënteer je ook internationaal bij de samenstelling van een dergelijke kernset en initieer onderzoek naar effecten van (elektronische) verpleegkundige gegevensuitwisseling.
- Ga bij het vaststellen van een kernset voor overdracht eveneens uit van de veranderde rol en informatiebehoefte van patiënten en mantelzorgers.
- In vervolg op de totstandkoming van de kernset is de verdere ontwikkeling en het accorderen van DCM's voorwaardelijk voor realisatie van e-Overdracht. Dit betekent tevens dat er dan overeenstemming bereikt moet worden over de te hanteren interface,- en referentieterminologie.
- Richt je in eerste instantie op één vorm van overdracht, namelijk die van cure naar care, omdat daar de meeste overdracht plaatsvindt en de kans op een positieve businesscase het grootst is.
- Waarborg dat in de toekomst de kernset wordt bijeengebracht in een multidisciplinaire kernset (bv. in het reeds ontwikkelde CCD) en test de ontwikkelde kernset in een van de regio's die qua organisatie en infrastructuur klaar zijn voor een pilot.

Bronnen

- ActiZ. (2007). ICT in de Care, 24-10-2007.
- Advisaris. (2006). Programma van Eisen Elektronisch Clienten Dossier. ActiZ.
- Bakken, S. (2006). Informatics for patient safety: a nursing research perspective. *Annu Rev Nurs Res*, 24, 219-254.
- Bakker, H. S., S. Jansen, P. Spee, J. (2010). Een keten is zo sterk als de zwakste schakel Retrieved 1 juni, 2010, from <http://zorginnovatieplatform.nl/upload/file/2009>
- Basisdataset Jeugdgezondheidszorg (2010). Retrieved 1 juni, 2010, from <http://www.ddjgz.nl/inc/handleiding.html>
- Boursma, A. (2008). De Haagse transferketen To the POINT? Een onderzoek naar de ondersteuning door POINT van het patienttransferproces. Retrieved 1 mei, 2010, from <http://www.transmuralezorg.nl/content/view/177/241/>
- CBO. (2010). Ketenzorg, samen sterk voor betere zorg. Retrieved 18 April, 2010, from <http://www.cbo.nl/thema/Ketenzorg/>
- CIZ. (2010). Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Retrieved 1 juni, 2010, from <http://www.ciz.nl/>
- Coyle, J. F., Mori, A. R., & Huff, S. M. (2003). Standards for detailed clinical models as the basis for medical data exchange and decision support. *Int J Med Inform*, 69(2-3), 157-174.
- DCM database. (2010). Retrieved 28 mei, 2010, from <https://www.eenheidvantaal.nl/>
- Huff, S. M., Rocha, R. A., Coyle, J. F., & Narus, S. P. (2004). Integrating detailed clinical models into application development tools. *Stud Health Technol Inform*, 107(Pt 2), 1058-1062.
- IGZ. (2010). Zichtbare Zorg. Retrieved 1 juni, 2010, from <http://www.zichtbarezorg.nl/>
- KNMG, V. V., KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. (2010). Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg from <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/knmgpublicaties/KNMGpublicatie/Handreiking-verantwoordelijkheidsverdeling-bij-samenwerking-in-de-zorg-2010.htm>
- Leistra, E. (1999). *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- LVW. (2004). Beroepsdeelprofiel transferverpleegkundige. Retrieved 28 April, 2010, from <http://www.lvw.nl/>

- National Coordinator for Health Information Technology. (2008). *Consultations & Transfers of Care, Detailed Use Case* Retrieved 5 March 2010. from <http://healthit.hhs.gov/portal/server.pt?open=512&mode=2&cached=true&objID=1202&PageID=15672>
- NDF. (2008). Eindrapport Content e-Diabetes Dataset. Retrieved 28 mei, 2010, from <http://www.diabetesfederatie.nl/nieuws/consensus-e-diabetes-dataset.html>
- NHG. (2008). Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP) Retrieved 1 juni, 2010, from http://nhg.artsennet.nl/ka_riichtlijn-gegevens.htm
- Nictiz. (2010). Continuity of Care Record. retrieved 15 mei, 2010 from <http://www.nictiz.nl/?mid=208&pg=256&doc=202>
- Plas, M., Poot, E., Mintjes-de Groot, J. . (2010). Doorbreek de meetlast. Neem de regie over kwaliteit van zorg. Retrieved 1 juni, 2010, from www.levv.nl/nl/infoportaal/publicaties/
- POINT Prestaties 2008. (2009). from <http://www.transmuralezorg.nl/content/view/177/241/>
- RIVM. (2006). Verpleging en verzorging samengevat In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning. *Nationaal Kompas Volksgezondheid* Retrieved april 2010, 2010, from <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/verpleging-en-verzorging/verpleging-en-verzorging-samengevat/>
- RVZ. (2001). *Care en cure*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Schrijvers, A. J. P. (2007). Ziekenhuistransferpunten en de WMO
- V&VN. (2007). E-overdracht, 24-09-2007.
- Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad. (1999). *Herziening consensus verpleegkundige verslaglegging*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- VMS. (2009). VSM Veiligheidsprogramma. Retrieved 1 juni, 2010, from <http://www.vmszorg.nl/>
- Westra, B. L., Delaney, C. W., Konicek, D., & Keenan, G. (2008). Nursing standards to support the electronic health record. *Nurs Outlook*, 56(5), 258-266 e251.

Bijlage 1 Literatuuronderzoek

R. Verwey

Inleiding

Om evidence based, veilige, efficiënte en effectieve zorg te bieden waarin de cliënt centraal staat is het van belang dat elektronische gegevensuitwisseling tussen zorginstellingen de communicatie tussen hulpverleners optimaal ondersteunt (IOM, 2001).

Informatie over verpleegkundige zorg is tot dusver een onderbelicht aspect bij de ontwikkeling van gegevensuitwisseling tussen elektronische dossiers. De huidige opzet van het EPD bevat gegevens over de cliënt van huisartsen, specialisten en medicatiegegevens. Daarnaast zijn allerlei andere onderdelen van het landelijk EPD in ontwikkeling, zoals e-spoed en e-lab. Het is echter onduidelijk in hoeverre momenteel elektronische overdracht van patiëntgegevens tussen verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland plaatsvindt, welke gegevens er overgedragen worden, hoe een dergelijke overdracht het beste georganiseerd zou kunnen worden en welke randvoorwaarden hiervoor noodzakelijk zijn (Buijnsters & Verwey, 2009). Juist in de care-sector, waar het naast de medische behandeling vooral ook gaat om verpleging, verzorging en begeleiding hebben verpleegkundigen en verzorgenden een centrale rol. Daarom is er in opdracht van het Nictiz een inventariserend onderzoek gedaan om zicht te krijgen op elektronische gegevensuitwisseling in deze sector.

Bij het verzamelen van relevante literatuur is gezocht naar artikelen over elektronische communicatieprocessen in de zorgketen waar verpleegkundigen en verzorgenden bij betrokken zijn. In het literatuuronderzoek zijn de navolgende vraagstellingen gehanteerd:

- Wat is de noodzaak van elektronische (verpleegkundige) overdracht?
- Waar vindt elektronische (verpleegkundige) overdracht plaats?
- Welke ontwikkelingen worden er beschreven op het gebied van zorginhoudelijke (verpleegkundige) elektronische overdracht?
- Wat is het belang van standaardisatie bij elektronische overdracht en in hoeverre is dit reeds gerealiseerd voor verpleegkundige en verzorgende gegevensuitwisseling?

Methode

Er is relevante wetenschappelijke Engelstalige literatuur gezocht op Pubmed via de special query *EHR* (Electronic Health Record). De volgende zoektermen zijn gebruikt: *Nursing* en / of *Continuity of care*, *Discharge*, *Transfer*, *Transition* en *Transmission*. Om inzicht te krijgen in de stand van zaken rond standaardisatie is verder gezocht in dezelfde special query met de zoektermen *Interoperability*, *Standard Nursing Language*, *Nursing Minimum Data Set* en *Detailed Clinical Models*.

Artikelen ouder dan tien jaar zijn uitgesloten. Overige exclusiecriteria betroffen artikelen die enkel het gebruik beschrijven van overdrachtssystemen door artsen of het gebruik van systemen binnen ziekenhuizen en/of de acute zorg, vanwege de focus op de care-sector en op verpleegkundige overdracht. Nederlandstalige artikelen zijn gezocht via Google Scholar met de zoektermen *elektronische (verpleegkundige) overdracht*, *elektronisch verpleegkundig dossier* en/of *ketenzorg* en de vertaling van de eerder genoemde Engelstalige zoektermen. Hierbij werden artikelen die enkel *elektronisch verwijzen* betroffen uitgesloten vanwege het feit dat verwijzen een specifieke taak van (huis)artsen en medisch specialisten is. Daarnaast zijn de artikelen die zeer specifiek ingingen op overdracht van gegevens bij een bepaalde aandoening ook uitgesloten omdat juist naar generieke aspecten van verpleegkundige overdracht gezocht werd.

Van de 693 treffers in Pubmed zijn op basis van het lezen van de titel en samenvattingen 64 artikelen beoordeeld op relevantie voor de onderzoeksvraag.

Resultaten

De resultaten van de literatuurstudie zijn weergegeven in de volgorde van de vraagstellingen.

Wat is de noodzaak van e-Overdracht?

Het wordt algemeen aangenomen dat voor het bevorderen van continuïteit van zorg het delen van informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt tussen diverse zorgverlenende instanties van cruciaal belang is (Botsivaly, Spyropoulos, Koutsourakis, & Mertika, 2006). Maar wat wordt precies verstaan onder continuïteit van zorg? Continuïteit van zorg kent drie dimensies. De dimensie 'persoon tot persoon', waarmee men onder meer doelt op de directe relatie tussen patiënt en zorgverlener, intra-organisatorische, dus binnen één organisatie, en inter-organisatorische, waarbij het gaat om continuïteit van zorg tussen verschillende organisaties. Binnen deze laatste dimensie is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar discrepanties tussen informatie die verpleegkundigen nodig hebben en wat zij identificeren als voldoende en juiste informatie, gezien in het licht van de nieuwe rol van patiënten in de gezondheidszorg. Verder is het ook nog onduidelijk wat de implicaties zijn van het gebruik van elektronische

gegevensuitwisseling op verpleegkundige zorg als deze plaatsvindt tussen verschillende organisaties (Helleso & Lorensen, 2005).

Informatieverwerking in zorginstellingen is meestal in de eerste plaats gericht op de informatiebehoefte van de desbetreffende instelling. Dit is in duidelijke tegenspraak met het feit dat patiënten niet uitsluitend kunnen worden behandeld in enkel de huisartsenpraktijk of het ziekenhuis (Schabetsberger et al., 2004). Bij een juiste overdracht van patiënten van de ene zorginstelling of voorziening naar de volgende komt dit volgens Boling (2009) de kwaliteit van zorg en veiligheid van de patiënt ten goede. Diverse studies hebben echter aangetoond dat er nog veel fout gaat bij deze overdracht, onder andere door het ontbreken van essentiële informatie zoals de klinische gegevens, medicatiegegevens en de inhoud van het zorgplan. Deze overdrachtsproblemen worden herkend bij meer dan de helft van alle instellingen, en in 15 tot 25% van alle gevallen heeft dit negatieve gevolgen voor de patiënt. Heropnames kunnen bij het hanteren van een goede overdracht tot een derde van het aantal worden teruggebracht. Gebruik van informatietechnologie middels een elektronisch dossier dat de cliënt als het ware volgt op zijn weg door de diverse instellingen wordt gezien als een goede oplossing, maar tevens als een kostbaar en moeilijk te realiseren opgave (Boling, 2009).

Onderzoek naar initiatieven op het terrein van elektronische overdracht en de effecten daarvan is er nauwelijks. Uit een recente systematische review waarbij 24 initiatieven op het terrein van regionale gezondheidsinformatie uitwisseling onderzocht zijn, blijkt dat er een aantal positieve effecten gemeten is ten aanzien van de continuïteit van zorg. Namelijk een verbeterde toegang tot klinische gegevens, op tijd uitwisselen van informatie en een verbeterde communicatie en coördinatie tussen professionals binnen de regio. De initiatieven waren zeer divers en in verschillende stadia van ontwikkeling. Er werd een onderscheid aangebracht tussen verschillende systemen:

- regionale informatie-uitwisselingorganisaties;
- informatie-uitwisselingsystemen;
- ziektespecifieke informatie-uitwisselingsystemen en
- integrale informatie-uitwisselingsystemen.

Bij de laatste is het kenmerk dat daar vanuit diverse databases informatie bijeen gebracht wordt. Bij meer dan de helft van de gereviewde initiatieven waren verpleegkundigen betrokken bij de opzet, ofwel gebruikers van het systeem (Maenpaa, Suominen, Asikainen, Maass, & Rostila, 2009).

Volgens Goossen (2009) is er een groeiende behoefte aan informatie-uitwisseling in de keten tussen verpleegkundigen en tussen verpleging en andere beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg (Goossen, 2009). Het belang van verpleegkundige informatie-uitwisseling wordt aangetoond in een recent onderzoek van Hannah e.a. (2009). Opname van verpleegkundige informatie in de provinciale EPD databases in drie Canadese

provincies bevordert de continuïteit van de patiëntenzorg in alle sectoren van de gezondheidszorg in de betreffende provincies en vergemakkelijkt de aggregatie en analyse van de informatie door beheerders en beleidsmakers (Hannah, White, Nagle, & Pringle, 2009). Uit diverse andere onderzoeken blijkt bovendien dat het gebruik van een informatiesysteem door verpleegkundigen bevorderlijk is voor de kwaliteit van de rapportage. De rapportage wordt daarmee namelijk vollediger en nauwkeuriger (Hayrinen & Saranto, 2009; Hayrinen, Saranto, & Nykanen, 2008).

Waar vindt e-Overdracht plaats in Nederland?

Er is geen wetenschappelijk artikel gevonden waarin inter-organisatorische elektronische gegevensuitwisseling tussen verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland onderzocht is, maar dergelijke initiatieven bestaan wel. Peelen (2009) noemt in het boek *Ketenzorg, praktijk in perspectief* regionale netwerken waarin sprake is van verpleegkundige gegevensuitwisseling zoals Rijnmondnet in Rotterdam, Stichting Gerrit in Friesland, Zorgring Noord Holland Noord, Rheco in de regio Eindhoven, Transmuraal Netwerk Midden Holland, Stichting Transmurale Zorg Den Haag en IZIT in Twente. Het systeem POINT is volgens hem een praktische toepassing op het gebied van e-transfer tussen ziekenhuizen, CIZ en verpleegkundigen en verzorgenden (Peelen, 2009).

De care-sector is een sector waarin verpleegkundigen en verzorgenden sowieso nog niet veel in aanraking komen met elektronische dossiers. Uit een peiling onder een V&V panel door het NIVEL (2009) is gebleken dat 45,1% van de verpleegkundigen en verzorgenden ervaring heeft met elektronische dossiers. Vooral in de psychiatrie wordt ermee gewerkt. In de ouderenzorg is er de minste ervaring mee. Het merendeel van de verpleegkundigen en verzorgenden (60,3%) is van mening dat het gebruik van elektronische dossiers de kwaliteit van zorg ten goede komt. Ook vindt een meerderheid dat de zorg er veiliger door kan worden. De gemiddelde effecten van het gebruik van elektronische dossiers op de kwaliteit van zorg zijn positief. Een meerderheid denkt dat het geen effect heeft op het aantal cliënten dat geholpen kan worden. Verpleegkundigen en verzorgenden denken dat de zorg met het gebruik van elektronische dossiers duurder wordt. De administratie en werkdruk nemen volgens de panelleden door het elektronisch dossier toe (De Veer, 2009). Deze administratieve last wordt eveneens genoemd als een dilemma in het rapport van Struijs & Vathorst (2009). Daaruit blijkt dat 28% tenminste wekelijks voor de volgende afweging staat: "Rapporteer en registreer ik alles goed of doe ik dat wat minder zodat ik meer tijd overhoud voor de cliënt?" Een kwart van de ondervraagde verpleegkundigen en verzorgenden meldt een toegenomen hoeveelheid administratieve handelingen, los van het feit of er in papieren of elektronische dossiers geregistreerd wordt (Struijs & Vathorst, 2009).

Waar vindt e-Overdracht plaats in het buitenland?

In diverse Europese landen ontstaan initiatieven om gegevensuitwisseling tussen instellingen te bevorderen (Botsivaly et al., 2006; Buysse, Coorevits, Thienpont, & De Moor, 2008; Hubner, Giehoff, & Muller, 2006; Kuusisto, Asikainen, Lukka, & Tanttu, 2009; Muller, Uckert, Burkle, & Prokosch, 2005; Schabetsberger et al., 2004). In Tabel 1 zijn de beschreven initiatieven kort samengevat.

Scandinavische landen lijken voorop te lopen bij de realisatie van elektronische overdracht in de zorg. In Finland is een universele structuur voor het landelijk multidisciplinaire EPD ontworpen. Het bestaat uit vier hoofdcategorieën (opname, planning, uitvoering en resultaten van zorg). Met deze uniforme structuur beoogt men overdracht van gegevens te vergemakkelijken en zo de kwaliteit van zorg te bewaken. De structuur bevat naast NAW, medische gegevens en vele andere aspecten ook de Verpleegkundige Minimale Data Set (VMDS), de verpleegkundige ontslagbrief en een follow-up zorgplan. Deze data-elementen kunnen vervolgens ook gebruikt worden in regionale toepassingen waarbij gegevensuitwisseling plaatsvindt (Hayrinen & Saranto, 2005, 2006, 2009; Hayrinen et al., 2008).

Uit een onderzoek in Oslo (Noorwegen), waarbij (elektronische) overdracht van gegevens van ziekenhuis naar thuiszorg is onderzocht, is gebleken dat verpleegkundigen er behoefte aan hebben om de informatie die ze ontvangen via een overdracht, aan te passen aan de eigen specifieke context. De meest gebruikelijke manier van verpleegkundige overdracht is het meegeven van de geschreven informatie aan de patiënt en/of zijn naasten, in combinatie met een telefonische overdracht. Naast technologische problemen door het ontbreken van geïntegreerde systemen tussen ziekenhuis en thuiszorg bleken de twee instellingen uit het onderzoek ook verschillende zorgmodellen toe te passen waardoor gegevensuitwisseling bemoeilijkt werd (Helleso, Sorensen, & Lorensen, 2005a).

Vermeldenswaardig is het initiatief in de regio Gent (België) alwaar tussen twee ziekenhuizen en zes thuiszorginstellingen multidisciplinaire gegevensuitwisseling plaatsvindt op basis van consultatie (pull scenario). Ziekenhuizen kunnen de volgende informatie opvragen: zorgcoördinator gegevens, contactpersoon patiënt, thuissituatie (Weckx- schaal en BEL score), zorgprofiel (KATZ-score), patiëntengroep, andere hulpverleners, zorgschema's en de attesten van de laatste twee maanden. De thuiszorg kan via het systeem een elektronische verpleegkundige ontslagbrief opvragen. Gebruikers van het systeem hebben aangegeven dat de gebruiksvriendelijkheid van groot belang is. Uitgangspunt bij de ontwikkeling van dit uitwisselingsplatform was dat informatie niet naar elkaars systemen gekopieerd wordt. Iedere instelling moet zelf kunnen bepalen welke informatie geraadpleegd kan worden.

Ontwikkelingen op het terrein van zorginhoudelijke overdracht

Er zijn twee punten die in diverse artikelen over elektronische overdracht steeds terugkomen, te weten de randvoorwaarden om elektronische overdracht tot stand te brengen en de rol van de patiënt bij een dergelijke gegevensuitwisseling.

Randvoorwaarden

Om een gedeeld elektronisch dossier te ontwikkelen dat continuïteit van zorg bevordert en waarvan door zowel diverse instellingen als door de patiënt gebruik gemaakt kan worden, is het onvoldoende om van papier over te stappen op elektronische uitwisseling van medische documenten. Vooral ook organisatorische veranderingen zijn hiervoor noodzakelijk (Schabetsberger et al., 2006). Om elektronische gegevensuitwisseling te laten slagen is het van belang dat er naast de organisatorische structuur ook een bestuurlijke inbedding in de betreffende regio ontstaat. Voorbeelden van regionale initiatieven die in wetenschappelijke literatuur beschreven staan zijn het Brookling Health Information Exchange platform (Daurio, Fielding, & Cholewka, 2009), het Gentse initiatief (Buysse et al., 2008) en de regio Osnabrück (Hubner et al., 2006). Voor een overzicht van deze en andere initiatieven en de genoemde noodzakelijke randvoorwaarden wordt verwezen naar Tabel 1.

De rol van de patiënt

De structurele veranderingen in wetgeving, bekostiging, aanspraak, toewijzing en taakverdeling van zorg hebben aanzienlijke veranderingen gebracht in de organisatie van de gezondheidszorg. Dit heeft onvermijdelijk gevolgen voor de cliënt en zijn familie, maar ook voor de uitvoering van zorg door verpleegkundigen en verzorgenden. In het rapport 'Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden' van Struijs & Vathorst (2009) worden deze veranderingen in kaart gebracht. Overheidsbeleid richt zich onder meer op 'vermaatschappelijking van zorg': minder opnames in instellingen, meer kleinschalige woonvoorzieningen, langer thuis wonen. Deze ontwikkeling heeft gevolgen voor de professionele maar ook voor de informele zorg, en zowel in de thuissituatie als bij verblijf in een ziekenhuis of verpleeg- of verzorgingshuis. De rol van de familie wordt groter. Werd de familie tot kort geleden nog buiten de behandeling gehouden, nu wordt ze erbij betrokken en met hun inzet wordt rekening gehouden. Familieleden kunnen als mantelzorger in de zorg thuis of in het verpleeghuis een belangrijke rol spelen. Soms krijgen zij een korte opleiding om thuis zorg te kunnen leveren aan een naaste en voeren zij lichte verpleegkundige taken uit. Voor professionele zorgverleners brengen deze ontwikkelingen ook veranderingen met zich mee. Ze moeten de zorgtaken met informele zorgverleners delen en dat vereist samenwerking (Struijs & Vathorst, 2009).

Patiënten zijn verantwoordelijk voor het doorgeven van persoonlijke gegevens over de gezondheid, bij de overdracht van informatie aan andere beroepen, en bij het bepalen van het vertrouwen als het gaat om privacygevoelige aspecten. Volgens Crooks e.a. (2008) is er bij het proces van gegevensuitwisseling een belangrijke lacune in kennis over de rol die mantelzorgers spelen (Crooks & Agarwal, 2008). Maar ook over de rol van de patiënt zelf bij elektronische gegevensuitwisseling in de keten zijn weinig wetenschappelijke publicaties gevonden. Conclusie uit een kwalitatief onderzoek uit de VS geeft aan dat patiënten enthousiast zijn over de mogelijkheden van elektronische uitwisseling van informatie over de gezondheid. Ze beschouwen deze uitwisseling als een verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg, maar zij maken zich zorgen over het feit dat deze uitwisseling zou kunnen leiden tot schending van de privacy en misbruik van persoonlijke gegevens. Beleidsmakers zullen ervoor moeten zorgen dat er mogelijkheden gecreëerd worden om deel te nemen aan gesprekken over de risico's en voordelen van elektronische gegevensuitwisseling (Simon, Evans, Benjamin, Delano, & Bates, 2009).

Belang van standaardisatie

Interoperabiliteit, eenheid van taal, Nursing Minimum Data Set en gebruik van gestandaardiseerde ontslagformulieren worden als belangrijke voorwaarde voor elektronische overdracht van verpleegkundige gegevens genoemd in de literatuur.

Interoperabiliteit

Interoperabiliteit zorgt ervoor dat systemen accuraat, efficiënt, doeltreffend, consequent en veilig informatie met andere systemen kunnen uitwisselen. Er zijn door de HL7 werkgroep drie typen interoperabiliteit vastgesteld: technisch, semantisch en procesmatig. Op technisch niveau gaat het erom systemen eenvoudig met elkaar te verbinden (de nullen en de enen). Bij semantische interoperabiliteit gaat het erom dat de informatie boven het numerieke niveau op precies dezelfde manier wordt gedeeld en begrepen door twee of meer systemen. Bij procesinteroperabiliteit zijn systemen optimaal geïntegreerd in instellingen en gaat het om elementen zoals rolspecificatie (wie mag wat doen in het systeem), mens-machine-interfaces en dataflow (Fetter, 2009).

Voor het bereiken van semantische interoperabiliteit is standaardisatie noodzakelijk. Met semantische interoperabiliteit wordt bedoeld dat er op een tijdige en zinvolle wijze elektronische uitwisseling van patiëntengegevens tussen de systemen plaatsvindt, zodanig dat de ontvanger de gegevens begrijpt en in staat is om op basis van deze informatie passende zorg aan de patiënt te verlenen. Goossen (2009) beschrijft de stappen die genomen moeten worden bij het opstellen van elektronische verpleegkundige ontslagberichten via HL7V3. Momenteel zouden er al veel data-

elementen specifiek voor de verpleging in een dergelijke gestandaardiseerde wijze beschikbaar zijn in de vorm van Detailed Clinical Models (Goossen, 2009). Detailed Clinical Models (DCM's) zijn nodig om medische gegevens uit te kunnen wisselen tussen heterogene computersystemen en om de consistentie van de informatie te handhaven (Coyle et al., 2003).

Eenheid van taal (Standaard Nursing Language)

Als verpleegkundige zorg beschouwd wordt als een essentieel onderdeel van het totale zorgaanbod, dan is het gebruik van gestandaardiseerde terminologieën voor het realiseren van interoperabele elektronische dossiers een absolute noodzaak (Westra et al., 2008). Daarom zouden beleidsbepalers het gebruik van een eenduidige gestandaardiseerde taal moeten bepleiten waarmee verpleegkundigen problemen, interventies en resultaten beschrijven. Gebruik van elektronische dossiers bevordert veilige en efficiënte zorg. Bij de keuze voor een computersysteem zou men daarom alleen die systemen mogen kiezen, waarbij gebruik gemaakt wordt van standaard nursing language (SNL). Het gaat daarbij om interfacetalen zoals Nanda en referentietalen als SNOMED CT (Lunney, Delaney, Duffy, Moorhead, & Welton, 2005).

De Amerikaanse beroepsvereniging van verpleegkundigen, de American Nurses Association, heeft een twaalfstal standaardtalen erkend, waaronder de Nanda, de NIC, de NOC (NNN), de Nursing Minimum Data Set (NMDS) en SNOMED CT (ANA, 2010). In het merendeel van de onderzoeken naar elektronische verpleegkundige dossiers die door Kinnunen e.a. (2009) beschreven zijn werd gebruik gemaakt van NNN (Nanda, NIC, NOC) (Kinnunen, Saranto, & Miettinen, 2009). Ook in Oostenrijk wordt NNN toegepast en daar is geconcludeerd dat zorgvuldige invoering van Standaard Nursing Language leidt tot verbeterde, nauwkeurig aangegeven verpleegkundige diagnoses, meer effectieve verpleegkundige interventies en bovenal een beter resultaat voor patiënten. Daarom wordt het gebruik van Nanda diagnoses en bijbehorende resultaten en interventies in elektronische dossiers aangeraden (Muller-Staub, 2009a, 2009b).

Ondanks deze onderzoeksresultaten is het gebruik van SNL in verpleegkundige dossiers in Europese landen nog geen gemeengoed. Het verpleegkundig proces (anamnese, diagnose, resultaten en interventies) is het meest gebruikte model voor de structuur in elektronische verpleegkundige dossiers. Er worden veel verschillende gestandaardiseerde verpleegkundige terminologieën gebruikt in Europa, maar algemeen gebruik van deze terminologie in de verpleegkunde is niet aan de orde, waardoor in meer dan 60% van de instellingen in de landen die onderzocht zijn geen verpleegkundige gegevens worden opgeslagen of uitgewisseld (Thoroddsen, Saranto, Ehrenberg, & Sermeus, 2009).

Ook zijn er bij het gebruik van SNL in elektronische dossiers nog veel vragen te

beantwoorden. Welke standaardtaal moet er geselecteerd worden, er moet een afweging gemaakt worden tussen de hoeveelheid gecodeerde en de hoeveelheid vrijetekstvelden, er moeten uitspraken gedaan worden over de toegankelijkheid en overdraagbaarheid van de gegevens, over de mogelijkheid en wenselijkheid om gegevens over resultaten van verpleegkundige zorg uit het systeem te halen en die bijvoorbeeld te gebruiken voor het meten van de zorgzwaarte, over het eigendom van het dossier en de privacy en beveiliging van de opgeslagen informatie (Mitchell, Petrovskaya, McIntyre, & Frisch, 2009).

Nursing Minimum Data Set

De NMDS is een minimale set van informatieve gegevens, gebaseerd op uniforme definities en categorieën betreffende het specifieke domein van verpleegkundige zorg, die voorziet in de informatiebehoefte van verschillende gebruikers in de gezondheidszorg. Met deze Minimale Verpleegkundige Data Set beoogt men met een minimale hoeveelheid data een maximale hoeveelheid informatie te genereren. In Nederland is in 1998 de VMDSN AIG (algemene intramurale gezondheidszorg) ontwikkeld en vastgelegd in een rapport in opdracht van het LEVV (Goossen, 1998). Dit project is destijds opgestart om verpleegkundige zorg zichtbaar te maken en gegevens te kwantificeren waarmee de kosten van verpleegkundige zorg berekend konden worden. De betreffende set is getest op validiteit en betrouwbaarheid en daaruit is gebleken dat de set goed de verpleegkundige bijdrage aan de zorg in kaart brengt. De inhoudsvaliditeit zou evenwel ook vastgesteld moeten worden voor andere sectoren. (Goossen et al., 2003; Goossen, 2001; Mac Neela, Scott, Treacy, & Hyde, 2006). Inmiddels wordt er onder de vlag van de ICN (International Council of Nurses) gewerkt aan een internationale Nursing Minimum Data Set (i-NMDS). Deze set omvat minimale data-elementen die verzameld moeten worden in de loop van het verstrekken van verpleegkundige zorg. Er zijn drie categorieën van gegevens: de instelling, demografie van de patiënten en verpleegkundige zorg. Onduidelijk is nog in hoeverre de minimale set de belangrijkste punten samenvat die overgedragen moeten worden bij ontslag of overplaatsing (Bakken, 2007).

Ontslagformulieren

Volgens Helleso (2006) leidt het gebruik van gestructureerde en gestandaardiseerde sjablonen in ontslagformulieren door verpleegkundigen tot een meer volledige, gestructureerde en inhoudelijke informatieoverdracht. De implementatie van een elektronisch verpleegkundig ontslagdocument schept de gelegenheid om de juiste informatie-elementen te identificeren die moeten worden gedocumenteerd en uitgewisseld tussen verpleegkundigen om te zorgen voor een optimale patiëntveiligheid en inter-organisatorische continuïteit van zorg. Onderzoek toont evenwel aan dat

ziekenhuis- en thuiszorgverpleegkundigen verschillen in de manier waarop ze de inhoud van de informatie die zij uitwisselen beoordelen. Het is daarom noodzakelijk om rekening te houden met de verschillende organisatorische contexten (ziekenhuis versus thuiszorg). Onderzoek uit 2002 toonde al aan dat slechts een minderheid van de ontslagdocumenten de complete set van de activiteiten van het dagelijks leven omvat. Meestal worden ontslagformulieren ontworpen door slechts één sector, zonder enige bepalingen voor het gebruik van verschillende terminologieën en behoeften (Hubner & Giehoff, 2002). Bij de ontwikkeling van e-Overdracht is het daarom van belang om contextgerelateerde informatie te verduidelijken en hiermee te voorzien in de behoeften van de verschillende groepen (Helleso, 2006; Helleso, Lorensen, & Sorensen, 2004; Helleso, Sorensen, & Lorensen, 2005b).

Conclusies

Elektronische overdracht bevordert de continuïteit en coördinatie van zorg doordat informatie toegankelijker wordt, men eerder op de hoogte is van de actuele situatie van de cliënt en zorginhoudelijke informatie vollediger en nauwkeuriger wordt weergegeven. Vooralnog zijn de implicaties van verpleegkundige gegevensuitwisseling tussen diverse zorginstellingen nog niet bekend. Er is sowieso op dit terrein nog nauwelijks onderzoek gedaan. Wel is bekend dat de diversiteit van de setting andere informatiebehoeften van verpleegkundigen en verzorgenden met zich meebrengt. Ontslagdocumenten zouden daarom vooral vanuit de diverse contexten en in samenspraak met diverse betrokkenen ontwikkeld moeten worden.

Gegeven maatschappelijke ontwikkelingen wordt de positie en de rol van de patiënt en familie in de zorg steeds groter. Dat geldt zeker voor langdurige zorg in de care-sector. Deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de communicatie tussen professionals onderling, maar ook voor de communicatie met de cliënt en diens naasten. Patiënten maken zich zorgen over privacy en misbruik van persoonlijke gegevens. Bij totstandkoming van e-Overdracht zal daarom terdege met de positie en rol van patiënt en mantelzorg rekening gehouden moeten worden.

In Nederland ontstaan de eerste initiatieven voor e-Overdracht, waarbij ook sprake is van zorginhoudelijke gegevensuitwisseling. Het gebruik van elektronische dossiers door verpleegkundigen en verzorgenden is geen gemeengoed. Slechts 45% van de beroepsgroep komt hiermee in aanraking. In de ouderenzorg is de automatisering het minst ver doorgedrongen. Het merendeel van de verpleegkundigen staat positief tegenover elektronische dossiers omdat de kwaliteit en veiligheid van de zorg erbij gebaat is. Daarnaast wordt aangegeven door de beroepsgroep dat, ongeacht het gebruik

van ICT, de administratieve handelingen toenemen. Dit lijkt ten koste te gaan van de directe patiëntenzorg.

Scandinavische landen lijken voorop te lopen bij de realisatie van elektronische overdracht in de zorg. Daar zijn gegevenssets vastgesteld waar ook verpleegkundige aspecten in opgenomen zijn. Uit beschreven initiatieven blijkt dat standaardisatie en beveiliging van gegevens en gebruiksvriendelijkheid belangrijke issues zijn. Ten aanzien van de standaardisatie van verpleegkundige gegevensuitwisseling worden drie aspecten van belang geacht:

- bevorderen van interoperabiliteit, onder meer door het gebruik van DCM's;
- door het vaststellen van interface en referentietalen en
- door het vaststellen van een standaard gegevensset voor de overdracht van de zorg.

Als het gaat om interface talen wordt internationaal Nanda, NIC NOC het meeste in elektronische dossiers toegepast en als referentietaal wordt SNOMED CT steeds meer gebruikt. Ten slotte is het van belang om de juiste randvoorwaarden te creëren voor e-Overdracht door te zoeken naar een goede organisatorische en bestuurlijke inbedding.

Tabel 1

Artikel	In welk land	Tussen welke instellingen wordt uitgewisseld	Tussen welke disciplines	Wat wordt uitgewisseld	Systeemgegevens	Welke standaarden worden gebruikt	Welke problemen worden hiermee opgelost	Welke voorwaarden worden als noodzakelijk genoemd
Botsivaly, Spyropoulos, Koutsourakis, & Mertika, 2006	Griekenland	Ziekenhuis en verpleeghuis naar thuiszorg	Medisch en verpleegkundig	Diagnose(n), observatie gegevens, behandeling, verpleegkundige activiteiten en financiële gegevens op basis van DRG code. Data: -klinisch -demografisch -administratief	2 modules: een overdrachtsdossier (Continuity of Care Record en een module om op basis van deze info thuiszorgplannen te genereren anderzijds.	CCR (ASTM E2369-05) XML	Discontinuïteit van zorg bij verwijzen of overdracht. -planning -documentatie -verzamelen financiële data.	Accepteer geen user-defined fields om gestandaardiseerde uitwisseling te bevorderen.
Buyse et al., 2008	België	Ziekenhuis naar thuiszorg v.v.	Multi-disciplinair	Thuiszorg naar ziekenhuis: Zorgcoördinator gegevens, contactpersoon patiënt, thuissituatie (Weckx-schaal en BEL score), zorgprofiel (KATZ-score), patiëntengroep, andere hulpverleners, zorgschemas en de attesten van de laatste 2 maanden. Ziekenhuis naar thuiszorg: verpleegkundige ontslagbrief	IBBT trans eCare, gegevensuitwisseling op basis van consultatie.	KMEHR	Discontinuïteit van zorg door ontbreken of tekort aan informatie bij de samenwerking tussen organisaties.	Gebruiksvriendelijkheid is van groot belang. Informatie niet kopiëren naar elkaars systemen. Iedere instelling moet zelf kunnen bepalen welke info geraadpleegd kan worden.
Muller, M. L., F. Uckert, et al., 2005	Duitsland	Ziekenhuis en huisarts	Specialisten en huisartsen	Ontslagbrieven	Gegevens worden uit HIS gehaald, dan versleuteld verstuurd per mail.	CDA HL7 XML	Verbetering van data-uitwisseling tussen verschillende actoren waarbij gebruiksvriendelijkheid en databeveiliging voorop staat.	Standaardisatie en beveiligingsvraagstuk moet verder beantwoord worden.
e-Overdracht	in de Care	Ziekenhuis en patiënt	Specialisten en patiënten	Medische en overige behandelgegevens, ook medische beeldvorming Een inventarisatie	akteonline.de			Pagina 52 van 70

Artikel	In welk land	Tussen welke instellingen wordt uitgewisseld	Tussen welke disciplines	Wat wordt uitgewisseld	Systeemgegevens	Welke standaarden worden gebruikt	Welke problemen worden hiermee opgelost	Welke voorwaarden worden als noodzakelijk genoemd
Schabetsberger et al., 2006	Oostenrijk	Ziekenhuis en huisarts v.v.	Specialisten en huisartsen	Medische en overige behandelgegevens, ook medische beeldvorming	Versleutelde e-mail berichten via een secure webportal systeem: health@net	UN EDIFACT	Slechte kwaliteit en foutgevoeligheid van gegevensuitwisseling bij handgeschreven ontslagbrieven.	Standaardisatie, dataprotectie, organisatorische randvoorwaarden moeten gerealiseerd worden en wettelijke onduidelijkheden opgelost.
Kuusisto, A., P. Asikainen, et al., 2009	Finland	Ziekenhuizen, verpleegthuizen en thuiszorg (24 instellingen in een regio)	Multidisciplinair	Verpleegkundige ontslagbrief <i>Electronic Nursing Discharge Summary (ENDS)</i>	Via FIALE systeem	Wordt niet genoemd.	Discontinuiteit van zorg en overlapping van informatie van diverse betrokken professionals.	Acceptatie onder verpleegkundigen van gebruik van het verpleegkundig dossier en de ontslagsamenvatting is belangrijker dan computer vaardigheden.
Hubner, U., C. Giehoff, et al., 2006	Duitsland	Ziekenhuizen, verpleegthuizen en thuiszorg (11 instellingen)	Verpleegkundigen	Verpleegkundige ontslagbrief	Via een centrale gerelateerde database en een webapplicatie die het bewerken, zenden en ontvangen van informatie via rechten regelt.	via VPN	Discontinuiteit van zorg (door ontbreken inhoudelijke gegevens en doordat gegevens niet op tijd worden doorgestuurd).	Informatiemodel voor een standaard verpleegkundige ontslagbrief, eenheid van taal voor verpleegkundige diagnoses en interventies en een technische oplossing waar diverse instellingen mee kunnen werken.

Bronnenlijst literatuurstudie

- ANA. (2010). ANA Recognized Terminologies that Support Nursing Practice Retrieved 16 Maart 2010, 2010, from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/NursingStandards.aspx>
- Bakken, S. (2007). iNMDS. Retrieved 28 April, 2010, from <http://www.nursing.umn.edu/ICNP/i-NMDS/index.htm>
- Boling, P. A. (2009). Care transitions and home health care. *Clin Geriatr Med*, 25(1), 135-148, viii.
- Botsivaly, M., Spyropoulos, B., Koutsourakis, K., & Mertika, K. (2006). Enhancing continuity in care: an implementation of the ASTM E2369-05 Standard Specification for Continuity of Care Record in a homecare application. *AMIA Annu Symp Proc*, 66-70.
- Buijnsters, P. A., & Verwey, R. (2009). Toepassing van evidence based practice in een elektronisch zorgdossier. In G. J. J. W. Bours, A. M. Eliens, N. C. M. Strijbol & P. A. Buijnsters (Eds.), *Effectief verplegen 0 : handboek voor evidence based verpleegkundig handelen* Dwingeloo: Kavanah.
- Buysse, H., Coorevits, P., Thienpont, G., & De Moor, G. (2008). Trans-eCare: creating a transparent data exchange platform. *Stud Health Technol Inform*, 141, 38-44.
- Coyle, J. F., Mori, A. R., & Huff, S. M. (2003). Standards for detailed clinical models as the basis for medical data exchange and decision support. *Int J Med Inform*, 69(2-3), 157-174.
- Crooks, V. A., & Agarwal, G. (2008). What are the roles involved in establishing and maintaining informational continuity of care within family practice? A systematic review. *BMC Fam Pract*, 9, 65.
- Daurio, N. R., Fielding, M., & Cholewka, P. A. (2009). Implementation of an enterprise-wide Electronic Health Record: a nurse-physician partnership. *Stud Health Technol Inform*, 146, 263-265.
- de Veer, A. J. E., Francke, A.L. (2009). *Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met nieuwe technologieën in de zorg*. Retrieved 18-01-2010, from <http://www.nivel.nl>
- Fetter, M. S. (2009). Mastering the challenge of interoperability in nursing informatics. *Issues Ment Health Nurs*, 30(9), 591-592.
- Goossen, W. (2009). Sending electronic nursing discharge messages using the HL7 v3 Care Provision standard. *Stud Health Technol Inform*, 146, 269-275.

- Goossen, W., Dassen, T., Dijkstra, A., Hasman, A., Tiesinga, L., & van den Heuvel, W. (2003). Validity and reliability of the Nursing Minimum Data Set for the Netherlands (NMDSN). *Scand J Caring Sci*, 17(1), 19-29.
- Goossen, W. T. (2001). Exploiting the nursing minimum data set for the Netherlands. *Stud Health Technol Inform*, 84(Pt 2), 1334-1338.
- Goossen, W.T., Feuth, F., Cousijn, M. (1998). *Eindrapport project Verpleegkundige Minimale Verpleegkundige Dataset voor de Nederlandse algemene intramurale gezondheidszorg (VMDSN-AIG)*. Leeuwarden: Noordelijke Hogeschool Leeuwarden
- Hannah, K. J., White, P. A., Nagle, L. M., & Pringle, D. M. (2009). Standardizing nursing information in Canada for inclusion in electronic health records: C-HOBIC. *J Am Med Inform Assoc*, 16(4), 524-530.
- Hayrinen, K., & Saranto, K. (2005). The core data elements of electronic health record in Finland. *Stud Health Technol Inform*, 116, 131-136.
- Hayrinen, K., & Saranto, K. (2006). Nursing minimum data set in the multidisciplinary electronic health record. *Stud Health Technol Inform*, 122, 325-328.
- Hayrinen, K., & Saranto, K. (2009). The use of nursing terminology in electronic documentation. *Stud Health Technol Inform*, 146, 342-346.
- Hayrinen, K., Saranto, K., & Nykanen, P. (2008). Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. *Int J Med Inform*, 77(5), 291-304.
- Helleso, R. (2006). Information handling in the nursing discharge note. *J Clin Nurs*, 15(1), 11-21.
- Helleso, R., & Lorensen, M. (2005). Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: a concept development. *Int J Nurs Stud*, 42(7), 807-822.
- Helleso, R., Lorensen, M., & Sorensen, L. (2004). Challenging the information gap--the patients transfer from hospital to home health care. *Int J Med Inform*, 73(7-8), 569-580.
- Helleso, R., Sorensen, L., & Lorensen, M. (2005a). Nurses' information management across complex health care organizations. *Int J Med Inform*, 74(11-12), 960-972.
- Helleso, R., Sorensen, L., & Lorensen, M. (2005b). Nurses' information management at patients' discharge from hospital to home care. *Int J Integr Care*, 5, e12.
- Hubner, U., & Giehoff, C. (2002). Why continuity of care needs computing--results of a quantitative document analysis. *Stud Health Technol Inform*, 90, 483-487.

- Hubner, U., Giehoff, C., & Muller, M. L. (2006). eHealth in nursing--Already routine? Results of two case studies from Germany. *Stud Health Technol Inform*, 122, 649-653.
- IOM. (2001). Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century
- Kinnunen, U. M., Saranto, K., & Miettinen, M. (2009). Effects of terminology based documentation on nursing. *Stud Health Technol Inform*, 146, 332-336.
- Kuusisto, A., Asikainen, P., Lukka, H., & Tanttu, K. (2009). Experiences with the electronic nursing discharge summary. *Stud Health Technol Inform*, 146, 226-230.
- Lunney, M., Delaney, C., Duffy, M., Moorhead, S., & Welton, J. (2005). Advocating for standardized nursing languages in electronic health records. *J Nurs Adm*, 35(1), 1-3.
- Mac Neela, P., Scott, P. A., Treacy, M. P., & Hyde, A. (2006). Nursing minimum data sets: a conceptual analysis and review. *Nurs Inq*, 13(1), 44-51.
- Maenpaa, T., Suominen, T., Asikainen, P., Maass, M., & Rostila, I. (2009). The outcomes of regional healthcare information systems in health care: a review of the research literature. *Int J Med Inform*, 78(11), 757-771.
- Mitchell, B., Petrovskaya, O., McIntyre, M., & Frisch, N. (2009). Where is nursing in the electronic health care record? *Stud Health Technol Inform*, 143, 202-206.
- Muller-Staub, M. (2009a). Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif*, 20(1), 9-15.
- Muller-Staub, M. (2009b). Preparing nurses to use standardized nursing language in the electronic health record. *Stud Health Technol Inform*, 146, 337-341.
- Muller, M. L., Uckert, F., Burkle, T., & Prokosch, H. U. (2005). Cross-institutional data exchange using the clinical document architecture (CDA). *Int J Med Inform*, 74(2-4), 245-256.
- Peelen, E. (2009). De rol van ICT bij ketenzorg. In H. Rosendal (Ed.), *Ketenzorg :praktijk in perspectief* Maarsse: Elseviers Gezondheidszorg.
- Schabetsberger, T., Ammenwerth, E., Andreatta, S., Gratl, G., Haux, R., Lechleitner, G., et al. (2006). From a paper-based transmission of discharge summaries to electronic communication in health care regions. *Int J Med Inform*, 75(3-4), 209-215.
- Schabetsberger, T., Gross, E., Haux, R., Lechleitner, G., Pellizzari, T., Schindelwig, K., et al. (2004). Approaches towards a regional, shared electronic patient record for health care facilities of different health care organizations--IT-strategy and first results. *Stud Health Technol Inform*, 107(Pt 2), 979-982.

- Simon, S. R., Evans, J. S., Benjamin, A., Delano, D., & Bates, D. W. (2009). Patients' attitudes toward electronic health information exchange: qualitative study. *J Med Internet Res*, 11(3), e30.
- Struijs, A., & Vathorst, S. v. d. (2009). *Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden*. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.
- Thoroddsen, A., Saranto, K., Ehrenberg, A., & Sermeus, W. (2009). Models, standards and structures of nursing documentation in European countries. *Stud Health Technol Inform*, 146, 327-331.
- Westra, B. L., Delaney, C. W., Konicek, D., & Keenan, G. (2008). Nursing standards to support the electronic health record. *Nurs Outlook*, 56(5), 258-266 e251.

Bijlage 2 Vragenlijst interviews regio's en instellingen

Vragenlijst ter inventarisatie van elektronische zorginhoudelijke gegevensuitwisseling in de care-sector tussen verpleging en verzorging in de zorgketen.

Inleiding

Voorstellen, informatie over het project en de werkwijze.

'Door de toename van mensen met chronische en complexe aandoeningen en door de verkorting van de ligduur neemt het aantal overdrachtsmomenten in de zorgketen toe. Om te komen tot een verbetering van de overdracht in de zorgketen is in januari 2010 het programma e-Overdracht in de care gestart. Het project is gestart met de inventarisatie van de huidige stand van zaken van de elektronische gegevensuitwisseling in de care-sector. Focus ligt op de zorginhoudelijke gegevens uitwisseling tussen verpleging en verzorging tijdens overdrachtsmomenten in de zorgketen.'

In het kader van dit onderzoek nemen wij graag deze vragen bij u af.

Doelstelling gesprek

Raadplegen regio's, gebruikers ECD en experts als input voor de inventarisatie en het vervolg projectplan.

Werkwijze

Ter voorbereiding van het gesprek is deze vragenlijst opgesteld, met onderverdeling in de volgende onderwerpen:

Na afloop van het gesprek werken we het interview uit in een verslag dat we na overleg met u per mail vaststellen, we gebruiken gegevens en citeren uitspraken bij de rapportage inventarisatie en uw input gebruiken bij opstellen vervolg projectplan.

Heeft u er bezwaar tegen dat we het gesprek opnemen?

Vragen

Algemeen

- In welke instelling bent u werkzaam?
- Wat is uw functie.

Visie

1. Wat is naar uw mening het belang van elektronische overdracht in de keten?
2. Kunt u verwoorden wat het belang van zorginhoudelijke gegevens overdracht is. Gericht op V&V.

Proces overdracht

1. Kun u kort omschrijven hoe de **overdracht** plaats vindt (opname, ontslag en doorverwijzing naar een andere instelling)?
 - Tussen wie (zorginstellingen/zorgverleners) wordt zorginhoudelijke informatie overgedragen?
 - Kunt u globaal aangeven **hoeveel cliënten** er worden opgenomen en hoeveel er worden doorverwezen naar andere vormen van zorg per jaar? Heeft u zicht op de **aandoeningen** van deze cliënten?
 - Is er sprake van **elektronische** overdracht? Proces, inhoudelijk of anderszins?
 - Zo niet, welke processen worden er wel elektronisch ondersteund?
 - Sinds wanneer werkt u volgens deze methode of gebruikt u hiervoor een ict systeem?

2. Kunt u het proces beschrijven dat wordt doorlopen als een cliënt wordt **opgenomen**?
 - Wie is er verantwoordelijk voor dat proces?
 - Wanneer start men met het maken van een zorgdossier?
 - Vindt er een vorm van controle plaats en door wie?

3. Kunt u het proces beschrijven dat wordt doorlopen om een patiënt **over te dragen of te ontslaan**?
 - Wie is er verantwoordelijk voor dat proces?
 - Wanneer start men met het maken van de overdracht?
 - Vindt er een vorm van controle plaats en door wie?

4. Waarom is er met het gebruik van een e-overdracht begonnen (belang) en ervaart u er problemen mee?
 - Indien er nog niet met een elektronische overdracht wordt gewerkt, welk belang ziet u daar dan wel bij in de toekomst?

Inhoud overdracht

5. Hoe ziet het **huidige overdrachtdossier** eruit en welke vragen worden er ingevuld?

6. Kunt u een geanonimiseerd **voorbeeld** laten zien van een overdracht?

7. **Welke gegevens** omvat de overdracht? (alleen vragen wanneer er geen voorbeeld is, anders het voorbeeld checken op onderstaand lijstje)
 - NAW (naam, adres, woonplaats)gegevens;
 - Medische voorgeschiedenis;
 - Medische diagnose en behandeling;
 - Medicatie;

- Verpleeg/zorgplan (verpleegkundige anamnese, diagnose doelen en interventies);
- Zorginhoudelijke gegevens;
- Standaard score lijsten (voeding, decubitus etc);
- Overig, nl.

Structuur overdracht

8. Kunt u ons uitleg geven over het ICT systeem dat gebruikt wordt voor de e-Overdracht?
 - Naam, softwareleverancier
 - Bestaande applicatie of een nieuw systeem?
 - Wat voor een soort toepassing is het (webbased, anders)?
 - Welke functionaliteiten bevat de toepassing?

9. Kunt u iets vertellen over de beveiliging en autorisatie van de gegevens in het systeem en het systeem zelf.
 - Wordt er gebruik gemaakt van BSN voor patiëntenidentificatie?
 - Wordt er gebruik gemaakt van de UZI voor zorgverleneridentificatie?
 - Kunnen verschillende soorten disciplines elkaars informatie zien of bewerken? M.a.w. hoe zijn de rechten gedefinieerd in het systeem?
 - Hoe is de logging geregeld?
 - Wordt HL7 (V3) gebruikt voor berichtenverkeer?

10. Is er een koppeling tussen het CIZ en het systeem? Of zijn er andere koppelingen?

11. Als er meerdere instellingen gebruik maken van het e-overdracht systeem, hoe wordt dit bekostigd, m.a.w. wie is eigenaar?

Toekomst e-Overdracht in de care

12. Heeft u ideeën, adviezen en of standpunten die van belang kunnen zijn bij de ontwikkeling/invulling van het vervolg projectplan e-Overdracht?

Afsluiting

13. Zijn er nog andere zaken die u van belang acht en die niet aan de orde geweest zijn?

Bedankt voor uw tijd en medewerking.

Bijlage 3 Tabel geïnterviewde personen

Naam	Functie	Organisatie	Organisatie regio of expert	Omschrijving/toelichting
Margriet Miedema Renate Kieft	directeur Zorgring NHN regiocoördinator NHN	Stichting Zorgring V&VN	Regio 1	Regionale ZSP Project Regiocare NHN
Margreet Michel Bennie Assink	stafmedewerker programmamanager	IZIT IZIT	Regio 2	Ondersteunende organisatie voor regio Twente
Eef Peelen	projectleider opzet Point	Stichting Transmurale Zorg Den Haag	Regio 3	Regionale samenwerking ziekenhuizen/ VVT
Wilma Kramer Judith Bernardt	coördinator functioneel beheer verpleegkundige EVD	Orbis Medisch Centrum	Organisatie 1	Ontwikkeling Elektronisch Verpleegkundig Dossier binnen ziekenhuis
Fabian van den Barselaar	projectleider F&I/ Applicatiecoördinator (PlanCare/HRM/Financials)	Carante Groep	Regio 4	Ondersteuning ICT verschillende VVT en gehandicaptenzorg
Robert van Schijndel Irene Kos	projectleider landelijk revalidatie EPD Nurse Practitioner/ medewerker werkgroep landelijk EPD	Revalidatie Nederland Helimare	Organisatie 2	Branche organisatie Inhoudelijk info uit revalidatiecentrum
Floor Bos Hans van Dijk	beleidsmedewerker manager IT	Ezda Cordaan	Regio 5 Organisatie 3	Regionale ondersteuning regio A'dam Grote VVT instelling
Stephan van der Pol	manager IT	Vitalis	Organisatie 4	Woonzorggroep V&V
Wil van der Heijden	projectleider ECD	Zorggroep Almere	Organisatie 5	Grote VVT instelling, koploper ECD ontwikkeling
Herman Hellemans	consultant	Advisaris	Expert 1	Expert: begeleiding project ECD; 1ste, 2de tranche ECD
William Goossens	directeur/ onderzoeker	Result 4 care	Expert 2	Expert: publicatie diverse wetenschappelijk onderzoeken
Michiel Sprenger	senior adviseur	Nictiz	Expert 3	Expert: inventarisatie regionale netwerken in Ned
Erik van Es	consultant	Nictiz	Expert 4	Expert: onderzoek naar regionale netwerken
Henk Bakker	consultant	Cap Gemini	Expert 5	Expert: onderzoek naar transmurale logistieke systemen
Henk Hutink	programmamanager	Nictiz	Expert 6	Expert: ontwikkeling DCM/ eenheid van taal database

Communicatieboodschap zoals geplaatst op de websites van Nictiz, ActiZ en V&VN.

Project e-Overdracht in de care

Als gevolg van het toenemend aantal mensen met chronische aandoeningen en door de verkorting van de ligduur in de ziekenhuizen neemt het aantal overdrachtmomenten in de zorgketen toe. Alleen al in de regio Den Haag worden jaarlijks 15.000 patiënten overgedragen tussen ziekenhuizen, verpleeg- verzorgingshuizen en thuiszorg. De gegevens worden soms digitaal maar veelal handmatig overgenomen in het papieren dossier van de volgende zorgverlener.

Om te komen tot een verbetering van de overdracht in de zorgketen is in januari 2010 het programma e-Overdracht in de care gestart. Betrokken partijen zijn ActiZ, V&VN, VGN en Nictiz.

Praktijkcasus:

Dhr Jansen is diabeet en is hiervoor onder behandeling van de huisarts en de praktijkondersteuner. Hij staat bovendien op de wachtlijst voor een totale heupoperatie in het ziekenhuis. Via een faxbericht van de afdeling opname in het ziekenhuis verneemt de wijkverpleegkundige dat dhr. Jansen opgenomen zal worden voor een heupoperatie. Ter voorbereiding wordt hij bezocht door de wijkverpleegkundige. Zij heeft geen beschikking over gegevens van de huisarts en neemt de anamnese af bij dhr. Jansen. Dit formulier faxt de wijkverpleegkundige naar het ziekenhuis. Als dhr. Jansen in het ziekenhuis komt worden de gegevens gecontroleerd en overgenomen in het dossier van het ziekenhuis. Bij ontslag gaat dhr. Jansen tijdelijk naar het verpleeghuis voor revalidatie. Op basis van de gegevens uit het dossier van het ziekenhuis wordt er een overdracht geschreven over dhr. Jansen voor het verpleeghuis. Na een week revalidatie gaat dhr. Jansen weer naar huis. De wijkverpleegkundige komt nog een aantal keer op huisbezoek i.v.m. een niet goed genezende wond. Hiervoor heeft ze een overdracht van het verpleeghuis ontvangen. Ook de huisarts en praktijkondersteuner ontvangen een bericht dat dhr. Jansen weer thuis is.

In deze korte casus vinden er maar liefst 6 overdrachtmomenten plaats, waarin veelal dezelfde gegevens steeds opnieuw worden overgeschreven in een ander dossier. Door het stroomlijnen en digitaliseren van deze overdrachtmomenten kan de zorg in de keten geoptimaliseerd worden.

Belangrijkste verbeterpunten zijn:

- Vermindering van kans op fouten bij overdracht van gegevens
- Verbetering van toegankelijkheid en leesbaarheid van informatie voor betrokken zorgverleners
- Verbetering van eenduidigheid van informatie door het gebruik van standaarden
- Patiënt hoeft informatie niet steeds opnieuw te vertellen
- Mogelijkheid van hergebruik van informatie voor kwaliteitsnormen
- Vermindering van administratieve lasten voor beroepsbeoefenaars door eenmalige registratie bij de bron

Het project begint met een inventarisatie van de huidige stand van zaken in Nederland wat betreft de elektronische gegevensuitwisseling in de care sector. Focus ligt op de zorginhoudelijke gegevens uitwisseling tussen verpleging en verzorging tijdens overdrachtmomenten in de zorgketen.

Hiervoor is gekozen om in de toekomst vooral zoveel mogelijk gebruik te maken van al ontwikkeld materiaal en inzichten vanuit de huidige praktijk.

Voor de zomer zal er op basis van deze inventarisatie een vervolg projectplan worden ontwikkeld, waarin voorstellen worden gedaan ter bevordering van verpleegkundige overdracht in de keten. Voor meer informatie kunt u terecht bij Erna Vreeke, projectleider (info@ernavreeke.nl).

Bijlage 4 Documentregister

A1	A	B	C	D	E	F	G	H
	datum uitgave	titel	schrijver / uitgever	Organisatie	keyword	keyword	keyword	Belang
1								
2								
3	8-8-2008	Eindrappor tage Impactanalyse ECD (irt WMO)	Van Hulten/Deloitte	Aan: Actiz R. Zondervan	WMO	Standaardgegevensset	businesscase	*
4	Onbekend	HL 7 Berichten samengevat (samenvatting imj W. Goossen/results4care	W. Goossen/results4care	presentatie	HL7 berichten	streamdiagram	implementatiehan	*
5	2-4-2007	Implementatiehandleiding ECD Actiz	W. Goossen/results4care	Actiz, Epping, Acquest	Mapping naar HL7	ZIM	Codestelsel	**
6	24-7-2006	ECD Journaal	Advisaris	Aan: actiz en haar leden	promotie	ECD	10 instellingen	*
7								
8	sep-06	Branchecijfers Actiz	Actiz		Omzetcijfers	aantal instellingen		*
9	onbekend	Contactgegevens Kai Heitmann (reviewer HL7)	onbekend	onbekend	contactgegevens	HL7 Expert	reviewer ECD	*
10	jun-09	AZR 3.0 presentatie	CVZ	onbekend	ICT-technisch	Algemene zorgregistratir	overgang 2.0 nr. 3.0	
11	onbekend	verhoudingen ECD-Actiz-project	onbekend	onbekend	sheet	verhouding tussen partijen		**
12								
13	jun-05	Op weg naar Normen voor verantwoordde zorg	Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Stir	onbekend	Voorloper	Norm Verantwoorde Zor	Visiedocument	**
14	26-4-2006	Concept PVE ECD	Advisaris	Arcares	Progr. Van Eisen	ECD		*
15	onbekend	Eenheid van taal: Synergie en hergebruik	W.Goossen/acquest	Nictiz, Actiz,Acquest	HL7	Codering	samenhang	**
16	onbekend	Voorbeeld functionele eisen+HL7 tabel	onbekend	onbekend	CVA- functionele eis	mapping HL 7	functionaliteit	*
17								
18	onbekend	PVE ECD versie 3.0 Definitief	Advisaris	Actiz	Definitieve versie PVE ECD			***
19	25-9-2009	Rapportage Case AZR	Teun Oosterbaan	Erasmus Universiteit, Pul	Afstudeerscriptie	AZR in AWBZ-zorg	ICT in AWBZ	*
20	30-5-2008	Beoordelingsrapport Eenheid van Taal	K. Heitmann	Nictiz	ZIM tov landelijke inf	Eenheid van taal	HL7 is nagekeken c	**
21	14-5-2008	Zimrapport: beoordeling ZIMmen vanuit ECD: K. Heitmann		Nictiz	kwaliteit ZIM beoordi	ZIM als vertrekpunt		**
22								
23	24-1-2006	PVA Eenheid van taal (arcales)	Goossen/Visser/Epping	Arcares	PVA	samenhang ECD EVT	projectvoorstel	*
24	8-12-2005	Memo PVA eenheid van taal	Nictiz	Actiz en min VWS	kritische blik op Pva	koppelingen ontbreken		**
25	29-6-2005	Project ECD definitief/PVA	Advisaris/arcales	Actiz en min VWS	projectplan def.	ECD met 10 instellingen	proefdraaien	**
26	1-4-2004	informatiebehoeften zorgverleners nader ge	MY Support		Zorginformatiemodel	AWBZ	veranderende info	**
27								
28	1-2-2005	ZIM: Encounter (interactie)	Goossen	Acquest/Portavita	definitief	HL7	uit CVA afkomstig	*
29	29-8-2005	ZIM: alg. lichamelijk onderzoek: ademhaling	Goossen, Fleurke, Hoijtink, var	Acquest/Portavita	definitief	HL7 Ademhaling	uit CVA afkomstig *	
30	11-8-2005	ZIM: ADL Delft	Fleurke, Hoijtink, Goossen, Via	Acquest/Portavita	definitief	HL7 ADL	uit CVA afkomstig *	
31	25-10-2004	ZIM: allergie en ongewenste middelen CVA e	Goossen, Fleurke, Hoijtink, var	Acquest/Portavita	Draft	HL7 allergie	CVA en Perinatolo	*
32								
33	17-1-2005	ZIM: Barthel Index	Goossen, Fleurke, Hoijtink et a	acquest/portavita	Definitief	HL 7 Barthel index	uit CVA afkomstig *	
34	29-8-2005	ZIM: Bloeddruk	Goossen, Fleurke, Hoijtink et a	acquest/portavita	Definitief	HL 7 bloeddruk	voor CVA gemaakt *	
35	10-8-2005	ZIM: consult: revalidatie arts communicatie	goossen, Fleurke, Hoijtink et al	acquest/portavita	Definitief	HL 7 verstaanbaarheid	voor CVA gemaakt *	

A	B	C	D	E	F	G	H
36	10-8-2005 ZIM: consult revalidatie arts maatschappelijk	goossen, Fleurke, Hoijtink et al	acquest/portavita	Definitief	HL 7 maatschappelijk deel uit CVA afkomstig		*
37							
38	10-8-2005 ZIM: consult revalidatie arts Psychisch	goossen, Fleurke, Hoijtink et al	acquest/portavita	Definitief	HL 7 psychisch deel	uit CVA afkomstig	*
39	10-8-2005 ZIM: consult revalidatie arts Somatisch	goossen, van der Kooij	acquest/portavita	Definitief	HL 7 Somatisch deel	uit CVA afkomstig	*
40	30-8-2005 ZIM: Decubitus preventie maatregelen	N. Plaisier	CBO	Definitief	HL 7 decubitus preventie	Algemeen	**
41	30-8-2005 ZIM: Decubitus risico inventarisatie	N. Plaisier, goossen, van der kooij	CBO	Definitief	hl 7 decubitus risico	Algemeen	**
42							
43	30-8-2005 ZIM: Decubitus wondbehandeling	Plaisier, goossen, van der Kooij	CBO	Definitief	HL 7 decubitus wondbehandel	Algemeen	**
44	30-8-2005 ZIM: Decubitus wondbeschrijving	Plaisier, goossen, van der Kooij	CBO	Definitief	HL 7 decubitus wondbesch	Algemeen	**
45	31-5-2005 ZIM: Functional Ambulation Categories	Fleurke, goossen, hoijtink, van de	acquest/portavita	Definitief	HL 7 F A C	uit CVA afkomstig	*
46	26-8-2005 ZIM: Glasgow Coma Schale	Fleurke, goossen, hoijtink, van de	acquest/portavita	Definitief	HL 7 Glasgow Coma scale	Voor CVA gemaakt	*
47							
48	11-8-2005 ZIM: Alg lichamelijk onderzoek: Hartslag	Fleurke, Goossen, hoijtink et al	acquest/portavita	Definitief	HL 7 Hartslag	voor CVA gemaakt	*
49	29-8-2005 ZIM: Alg lichamelijk onderzoek: Lichaamsgewicht	Fleurke, Goossen, hoijtink et al	acquest/portavita	Definitief	HL 7 Lichaamsgewicht	voor CVA gemaakt	*
50	29-8-2005 ZIM: Alg lichamelijk onderzoek: Lichaamslengte	Fleurke, Goossen, hoijtink et al	acquest/portavita	Definitief	HL 7 lichaamslengte	voor CVA gemaakt	*
51	19-9-2006 ZIM: Alg lichamelijk onderzoek: lichaamsstemper	Fleurke, Goossen, hoijtink et al	acquest/portavita	Definitief	HL 7 Lichaamsstemperatu	voor CVA gemaakt	*
52							
53	19-9-2006 ZIM: Alg lichamelijk onderzoek: Pijnscore	Plaisier	onbekend	Definitief	HL 7 Pijnscore	voor CVA gemaakt	*
54	18-5-2006 ZIM: Sociaal Netwerk Score	Fleurke, Goossen, Hoijtink et al	Acquest/portavita	Definitief	HL 7 Sociaal netwerk scort	voor CVA gemaakt	*
55	onbekend Overzicht relevante ZIM-men	onbekend	onbekend	Longlist	WMO	Eenheid van Taal	**
56	onbekend Implementatieberichten	Goossen et al	onbekend	Zip file	(meerdere doci eenheid van taal	HL 7	*
57							
58	onbekend ZIM: informele zorg	Goossen et al	onbekend	Zip file	(meerdere doci WMO HL7	implementatieberic	*
59	onbekend ZIM: Juridisch proces, indicatieprocedure	WMO	onbekend	Zip file	(meerdere doci WMO HL 7	juridische procedurr	*
60	onbekend ZIM: Indicatieproces gemeente	WMO zorg	onbekend	Zip file	(meerdere doci WMO HL 7	indicatie	*
61	onbekend ZIM: WVG: advies woonvoorziening	Goossen et al	onbekend	Zip file	(meerdere doci WMO HL 7	WVG	*
62							
63	onbekend ZIM: C Met: communicatie patient??	Goossen et al	Onbekend	Zip file	(meerdere doci WMO HL 7	Communicatie	*
64	onbekend ZIM: WMO mobiliteit	Goossen et al	Onbekend	Zip file	(meerdere doci WMO HL 7	mobiliteit	*
65	onbekend ZIM: behoefte woningaanpassingen	Goossen et al	Onbekend	Zip file	(meerdere doci WMO HL 7	onderzoek woninga	*
66	onbekend ZIM: onderzoek zorgbehoefte	WMO	Onbekend	Zip file	(meerdere doci WMO HL 7	zorgbehoefte	*
67							
68	onbekend ZIM: productboeken (rol, woon, vervoersvoorz	Goossen et al	Onbekend	Zip file	(meerdere doci WMO HL 7	voorzieningen	*
69	onbekend ZIM: Sociale redzaamheid	Goossen et al	Onbekend	Zip file	(meerdere doci WMO HL 7	sociale redzaamhei	*
70	onbekend ZIM: WMO onderzoek somatische ziekte	Goossen et al	Onbekend	zip file	(meerdere doci WMO HL 7	somatische ziekte	*
71							
72	onbekend Lijst verder te ontwikkelen ZIMMEN	onbekend	onbekend	Lijst	ZIM		**
73	onbekend ZIM: WMO versterking	Goossen et al	onbekend	zip file	(meerdere doci WMO HL 7	versterkingsproces	*
74	onbekend ZIM: WMO advies voorzieningen	Goossen et al	onbekend	zip file	(meerdere doci WMO HL 7	advies over alle voo	*
75	onbekend ZIM: advies indicatieproces	Goossen et al	onbekend	zip file	(meerdere doci WMO HL 7	advies over indicatir	*
76							
77	1-10-2008 PVE VGN ECD	Advisaris/zorg voor beter	VGN	gehandicaptenzorg	progr. Van Eisen		***
78							
83							
84	VANUIT NIC AANSLUITENDE DOCUMENTEN						
85	http://www.ddjz.nl/inc/handleiding.html	RIVM/NICTIZ	Min. Jeugd&Gezin	basisdataset	JGZ	RIVM	**
86	dec-08 www.nictiz.nl/spoedzorg	NHG, NICTIZ, AZN, NVZ, NVSHA	Min. VWS	Richtlijn	inhoud	Spoedzorg	*
87	apr-08 www.nictiz.nl/diabeteszorg	NDF	niciz	basisdataset	diabetes	ketenzorg	**

Bijlage 5 Stakeholders

Organisatie	Rol	Contactpersoon	Doelen in communicatie
ActiZ	Vertegenwoordiger branche V&V-sector	Ruud Zondervan	Veldpartij Heeft inzicht in materie Bereid tot gebruik maken/pilot
VGN	Vertegenwoordiger branche gehandicaptenzorg	Han Huizinga	Lid PAC Is op de hoogte van project
V&VN	Beroepsorganisatie/ vertegenwoordiger V&V	Francis Bolle, Monique Verkerk	Is op de hoogte van project Heeft inzicht in materie Bereid tot gebruik maken/pilot
Sting	Beroepsorganisatie verzorgenden	Marjorie Been	Is op de hoogte van project Heeft inzicht in materie
Nictiz (VWS)	Faciliterend landelijke ICT- projecten	Johan Bruin	Is op de hoogte van project Informatie en Integratie resultaten diverse ICT-projecten Communicatie naar VWS
ICT-leveranciers	Toekomstige partners pilot	Via Nictiz – leveranciersdag OIZ: Evert-Jan Hooitink Via ActiZ, leveranciersonderzoek	Is op de hoogte van project
NVZ	Vertegenwoordiger bestuur zkh	Maarten Fischer	Is op de hoogte van project
NFU	Vertegenwoordiger bestuur Academische zkh	Joyce Deggens	Is op de hoogte van project
GGZ	Vertegenwoordiger bestuur GGZ-instellingen	Maarten Oosterkamp	Is op de hoogte van project
Revalidatie Nederland	Vertegenwoordiger Revalidatiecentra	Robert van Schijndel	Is op de hoogte van project
NPCF	Vertegenwoordiging patiëntenbelang (cure)	Loes Bierma (volgt nog een gesprek)	Is op de hoogte van project
LOC	Vertegenwoordiging patiëntenbelang (care)	Martijn Laterveer (heeft niet gereageerd)	Is op de hoogte van project
ZN	Zorgverzekeraar; belang bij aanleveren gegevens (zorgstandaarden)	Martien Boumans (telefonisch)	Is op de hoogte van project Informatie verkrijgen over zorgstandaarden

Bijlage 6 Indicatoren

Ziekenhuizen

De zorginhoudelijke indicatoren in ziekenhuizen zijn gekoppeld aan medische richtlijnen van diagnoses. Op dit moment zijn er 23 sets beschikbaar waarvan de gegevens al worden uitgevraagd, in 2011 volgen er nog 21. In de laatste tranche van ontwikkeling wordt gekeken of er met nog 20 aandoeningen een koppeling gemaakt kan worden met de basisset van de IGZ-indicatoren die al langere tijd worden uitgevraagd.

De indicatorensets van Zichtbare Zorg bevatten veelal gegevens die door de specialist worden vastgelegd in het medisch dossier, maar ook komen er geregeld vragen voor die door de verpleegkundigen worden geregistreerd. Gegevens die relevant zijn voor de verpleegkundige overdracht zijn de registratie van pijnmeting, lengte en gewicht, wondinfectie en gegeven informatie over de medische diagnose.

Naast de indicatorenset van Zichtbare Zorg is er de basisset van de IGZ waarin vastgelegd is welke gegevens moeten worden geregistreerd om inzicht te geven in kwaliteit van zorg. Hier is een apart hoofdstuk gewijd aan verpleegkundige zorg met onderwerpen als decubitus, ondervoeding en delier.

Geestelijke gezondheidszorg

De Zichtbare Zorg indicatoren zijn gericht op de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, waarbij een specifieke set is gericht op forensische psychiatrie. Er is een basisset van prestatie-indicatoren. De indicatoren worden gemeten door middel van een zelfevaluatie door zorgaanbieders, die daarbij zoveel mogelijk gebruik maken van bestaande meetinstrumenten en bronnen (DBC-registratie). De onderwerpen in de basisset zijn effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid. Zorginhoudelijke indicatoren zijn gericht op verandering in ernst problematiek/dagelijks functioneren/ervaren kwaliteit van leven, somatische screening, medicatie, informatieverstrekking, dwang, suïcide, incidenten, informed consent, keuzevrijheid, vervulling zorgwensen, deelname aan dagactiviteiten en woonsituatie.

Gehandicaptenzorg

In de gehandicaptenzorg is een kwaliteitskader ontwikkeld dat bestaat uit het 'Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg'. De indicatorenset is in september 2009 vastgesteld en de indicatoren worden nu geïmplementeerd. Deze zijn uitgewerkt in acht domeinen, gericht op de kwaliteit van het bestaan:

- lichamelijk welbevinden
- psychisch welbevinden
- interpersoonlijke relaties
- deelname aan de samenleving
- persoonlijke ontwikkeling
- materieel welzijn
- zelfbepaling
- belangen.

De zorginhoudelijke indicatoren bestaan uit de volgende onderwerpen: lichamelijke aandoeningen en gediagnosticeerde psychische aandoeningen (onderkennen, beoordelen en afspraken over maken), probleemgedrag, ondersteuning sociale relaties, vastleggen en nakomen van afspraken over zorg en ondersteuning, cliënten met een verhoogd risico, incidenten, medicatie en vrijheidsbeperkte maatregelen.

Verpleging, verzorging en thuiszorg (VV&T)

In de VV&T wordt sinds 2007 gewerkt met het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg (oktober 2007). Dit is gebaseerd op de 'Normen verantwoorde zorg' met als doel te verhelderen wat kwaliteit van leven voor cliënten inhoudt. Dit is uitwerkt in vier domeinen en op basis van deze domeinen is ook het zorgleefplan ontwikkeld als richtlijn voor dossiervoering in de sector:

- lichamelijk welbevinden
- mentaal welbevinden
- woon- en leefomstandigheden
- participatie.

Op basis van deze normen is het kwaliteitskader ontwikkeld, waarin tien thema's zijn uitgewerkt die betrekking hebben op cliëntgebonden indicatoren en zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau en organisatieniveau. De set zorginhoudelijke indicatoren gaan over: risicosignalering zorgproblemen, huidletsel, voedingstoestand, valincidenten, medicijnincidenten, antipsychotica, depressieve symptomen, incontinentie, probleemgedrag en vrijheidsbeperkende maatregelen.

Bijlage 7 Items Overdrachtsformulieren

1. NAW-gegevens
2. Ingevuld door, naam
3. Contactpersoon verpleging (zorgcoördinator), functie
4. Van instelling
5. Telefoonnummer (verzendende instelling)
6. Afdelingsnaam/locatie (verzendende instelling)
7. Naar instelling
8. Behandelend arts
9. Medebehandelaar
10. Opnamedatum
11. Ontslagdatum
12. Reden opname
13. Contactpersoon (van patiënt), relatie tot zorgvrager
14. Reden van overplaatsing
15. Samenvatting zorg/ziekte verloop/verslag verloop zorg
16. Dieet
17. Problemen eten en drinken (o.a. slikproblemen)
18. Eetgewoonten
19. Bijzonderheden voeding
20. Consistentie eten
21. Gebitsprothese
22. Mondverzorging
23. Wond
24. Wondverzorging
25. Conditie huid
26. Decubitus +graad
27. Sondevoeding
28. Datum plaatsing sonde
29. Infuus
30. Urine(in)continentie
31. Hulpmiddelen bij mictie
32. Defaecatie(in)continentie
33. Defaecatie frequentie
34. Toiletgang (hulp bij)
35. Incontinentiemateriaal / hulpmiddelen
36. Stoma (urine/ faeces)
37. Catheter á demeure
38. Transfer (in bed/bed<->stoel)
39. Mobiliteit
40. Hulpmiddelen mobiliteit (stok, rollator, rolstoel, etc.)
41. Wassen
42. Aan- en uitkleden
43. Toiletbezoek
44. Eten (hulp bij)
45. Drinken (hulp bij)
46. Persoonlijke verzorging
47. Hobby's

48. Beroep/werk
49. Zuurstof gebruik
50. Slapen
51. Slaapmedicatie
52. Verstoord rustpatroon/ vermoeidheid
53. Slaapgewoonten
54. Zien/ slechtziend
55. Hulpmiddelen zien (bril/contactlenzen)
56. Zintuigen, problemen met
57. Horen/slechthorend
58. Hulpmiddelen gehoor (gehoorapparaat)
59. Pijn
60. Communicatiestoornis
61. Stoornis oriëntatie in tijd/ plaats/persoon
62. Beoordelingsvermogen
63. Concentratievermogen
64. Begrip en taal
65. Stoornis in geheugen (Korte en lange termijn)
66. Verwardheid
67. Psychisch functioneren (stemming, gedrag en emotie)
68. Ziektebeleving
69. Ziekte inzicht
70. Stemming
71. Gezinsamenstelling
72. Kinderen (aantal)
73. Woonsituatie
74. Woning aanpassingen
75. Contact met familie/naasten
76. Professionele hulp
77. Mantelzorg
78. Ingeschakelde disciplines
79. Bijzonderheden of problemen op het gebied van seksualiteit en voortplanting
80. Omgaan met problemen
81. Levensovertuiging/ geloofsovertuiging
82. Gewoonten/ wensen omtrent levensovertuiging
83. Euthanasieverklaring
84. Medicatie overzicht (lijst meegegeven)
85. Hulp bij medicatietoediening
86. Aanvullingen