

Begeleidend document

Zorginformatiebouwstenen Registratie aan de Bron

(Producten Generieke Overdrachtsgegevens
en Verpleegkundige uitbreiding)



Betere zorg
door betere informatie



Datum: 01-09-2015
Auteur: Fred Smeele, leden kerngroep Registratie aan de Bron
Versie: 2.10
Status: Definitief

Nictiz is het landelijke expertisecentrum dat ontwikkeling van ICT in de zorg faciliteert. Met en voor de zorgsector voorziet Nictiz in mogelijkheden en randvoorwaarden voor elektronische informatie-uitwisseling voor en rondom de patiënt. Wij doen dit ter bevordering van de kwaliteit en doelmatigheid in de gezondheidszorg.

Nictiz

Postbus 19121
2500 CC Den Haag
Oude Middenweg 55
2491 AC Den Haag

T 070 - 317 34 50
info@nictiz.nl
www.nictiz.nl

Inhoud

H-1	Inleiding	5
1.1.	Achtergrond.....	5
1.2.	Doelgroep en doel van dit document.....	6
1.3.	Revisiestatus van dit document.....	7
H-2	Tot stand komen zorginformatiebouwenstenen	8
2.1.	Inleiding.....	8
2.2.	Gestructureerde gegevensoverdracht en interoperabiliteit.....	8
2.3.	Uitgangspunten Generieke Overdrachtsgegevens.....	10
2.4.	Scenario's in scope Generieke Overdrachtsgegevens.....	11
2.5.	Werkwijze project Generieke Overdrachtsgegevens.....	12
2.6.	Werkwijze uitbreiden Generieke Overdrachtsgegevens met Verpleegkundige gegevens.....	12
H-3	Zorginformatiebouwenstenen	14
3.1.	Het concept van zorginformatiebouwenstenen.....	14
3.2.	Zorginformatiebouwenstenen en andere (internationale) initiatieven.....	16
3.3.	Het gebruik van bouwenstenen in overdrachtsdocumenten.....	16
3.4.	Het gebruik van bouwenstenen anders dan bij overdracht.....	17
3.5.	Naamgeving zorginformatiebouwenstenen.....	17
3.6.	Versienummering zorginformatiebouwenstenen.....	19
3.7.	Overzicht soorten producten.....	19
H-4	Toelichting bij gebruik zorginformatiebouwenstenen	21
4.1.	Inleiding bij gebruik.....	21
4.2.	Toepassingsgebied.....	21
4.3.	Relatie verwijzen en zorginformatiebouwenstenen.....	21
4.4.	Generieke Overdrachtsgegevens t.o.v. andere gegevenssets.....	22
4.5.	Vooruitblik op implementatie.....	23
4.6.	Relatie zorginformatiebouwenstenen en implementatie.....	24
4.7.	Overige relevante onderwerpen.....	26
H-5	Beheer Zorginformatiebouwenstenen	28
Bijlage 1.	Samenhang Zorginformatiebouwenstenen en CCR secties	29
Bijlage 2.	Overzicht standaarden	33
Bijlage 3.	Overzicht Zorginformatiebouwenstenen	38

H-1 Inleiding

1.1. Achtergrond

De UMC's in Nederland hebben het initiatief genomen om samen te gaan werken op het gebied van standaardisatie van zorggegevens. De reden van dit initiatief is divers. Er is hoe dan ook op dit moment een duidelijk en sterk momentum aanwezig is om samen te werken. Om te beginnen is er binnen veel UMC's een drang tot modernisering van de Zorg ICT. Deze wordt ingegeven door een groeiende samenwerking en integratie in de zorg, wat een hoge mate van 'interoperabiliteit' op het gebied van informatie-uitwisseling en standaardisatie van (zorg)processen vraagt. Daarnaast wordt vanuit de overheid (IGZ, VWS, NICTIZ) en de ontwikkelingen bij de DHD (Dutch Hospital Data) het realiseren van deze interoperabiliteit gestimuleerd. In 2011 is door de IGZ een rapport uitgebracht waarin de noodzaak van standaardisatie van zorggegevens wordt benadrukt (zie www.igz.nl, 'Staat van de Gezondheidszorg 2011'). Ook programma's op het gebied van onderzoek (Parelsnoer, LifeLines, Mondriaan en CTMM) benadrukken de noodzaak voor het uniformeren van klinische documentatie. Naast de besparing in tijd en resources door niet alles zelf uit te werken, kunnen de eindproducten gebruikt worden om vraagbundeling richting ICT leveranciers te doen. Ook het uitwisselen van gegevens tussen de UMC's onderling en met de algemene ziekenhuizen wordt vele malen eenvoudiger als er consensus is over te gebruiken gegevensdefinities. Daarnaast is het uit het oogpunt van efficiëntie gewenst om gegevens in het zorgproces bij de bron eenmalig te registreren zodanig dat ze voor verschillende doeleinden zijn te (her)gebruiken, zoals: onderzoek, kwaliteitsindicatoren, rapportages etc.

Het project 'Generieke Overdrachtgegevens' is in januari 2012 vanuit deze achtergrond gestart als eerste project in de samenwerking. De scope van het project Generieke Overdrachtsgegevens is om te komen tot een landelijk gedefinieerde, generieke set gegevens die bij de overdracht van een patiënt in een ziekenhuisomgeving (elektronisch) uitgewisseld kunnen worden. Met generiek wordt in dit verband bedoeld specialisme overstijgend, wat wil zeggen een set klinische afspraken, die voor alle specialismen gelden, maar wel uitbreidbaar is.

Naar aanleiding van een adviesvraag van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg is in 2012 een strategische visie ontwikkeld door Jan Hazelzet (Erasmus MC), ondersteund door een breed samengestelde klankbordgroep, die geresulteerd heeft in het NFU-visiedocument 'Registratie aan de bron - visie op documentatie en gebruik van zorggegevens 2013-2020'.

Als vervolg op zowel het project Generieke Overdrachtsgegevens als het beschikbaar komen van het NFU-visiedocument 'Registratie aan de bron' is op 1 januari 2014 een meerjarig programma 'Registratie aan de bron' gestart, een samenwerking tussen de Nictiz en de acht umc's/NFU. Een van de projecten hierin is 'Uitbreiden Generieke Overdrachtsgegevens met verpleegkundige gegevens'.

Een van de belangrijkste ontwikkeling binnen Registratie aan de Bron is het opstellen van zogenaamde 'Zorginformatiebouwstenen', waarover in dit document de nodige toelichting te vinden is.

Om de verdere ontwikkeling van het zorginformatiebouwstenen concept voortgang te laten boeken, is er binnen Registratie aan de Bron voor gekozen om een pragmatische weg te bewandelen: veel van deze (nog) open staande issues worden 'on the fly' bediscussieerd en bepaald. Hierin speelt de kerngroep 'Registratie aan de Bron' een belangrijke rol.

Met de pragmatische aanpak wordt in dit verband ook bedoeld dat er niet gezocht wordt naar de absolute waarheid, maar dat er gestreefd wordt om keuzes te maken, die implementeerbare en bruikbare bouwstenen opleveren.

1.2. Doelgroep en doel van dit document

De doelgroep van dit document is primair de (potentiële) gebruikers van de zorginformatiebouwstenen die zijn ontwikkeld en opgeleverd bij de afronding van de projecten 'Generieke Overdrachtsgegevens' en 'Uitbreiden Generieke Overdrachtgegevens met Verpleegkundige gegevens'. Zie verder hoofdstuk 4 voor een toelichting op het gebruik van de zorginformatiebouwstenen. Naast deze primaire doelgroep kunnen ook andere geïnteresseerden in dit document een toelichting lezen over de achtergrond, het tot stand komen en het beoogde gebruik van de producten van Registratie aan de Bron, en met name Zorginformatiebouwstenen.

De auteurs van dit document realiseren zich dat een volledig dekkend begeleidend document moeilijk te realiseren is. Zij roepen dan ook (potentiële) gebruikers van de zorginformatiebouwstenen op om:

- Voor vragen en onduidelijkheden, die niet volledig worden beantwoord door dit document, zich rechtstreeks te wenden tot de auteurs of overige projectleden van 'Generieke Overdrachtsgegevens'.
- Suggesties te doen ter verbetering van dit document, bijvoorbeeld door die per email in te dienen bij de auteur(s).

Bij relevante verbeteringen en aanvullingen van dit document zal relatief snel een nieuwe versie worden gepubliceerd.

1.3. Revisiestatus van dit document

Dit document is een aanpassing en uitbreiding van het document 'Begeleidend document producten Generieke Overdrachtsgegevens', dat tegelijkertijd met de zorginformatiebouwstenen van Generiek Overdrachtgegevens op 1 maart 2013 is gepubliceerd.

Versie	Datum	Status	Auteur	Omschrijving
2.00	20-03-2015	Definitief	Fred Smeele, kerngroep	Versie 2.0, te publiceren tegelijk met de zorginformatiebouwstenen 'Release 2015'
2.10	01-09-2015	Definitief	Fred Smeele	Tabel in bijlage 3 aangevuld met zorginformatiebouwstenen uit verpleegkundig project, plus enkele kleine tekstuele wijzigingen

H-2 Tot stand komen zorginformatiebouwstenen

2.1. Inleiding

De huidige set zorginformatiebouwstenen, zoals in dit document toegelicht, zijn tot stand gekomen als resultaat van 2 projecten:

1. Generieke Overdrachtsgegevens
2. Uitbreiden Generieke Overdrachtsgegevens met verpleegkundige gegevens

Beide projecten hebben als primaire Use Case 'Overdracht van zorginformatie': voor Generieke Overdrachtsgegevens is dat het generieke, specialisme overstijgende deel van een medische overdracht (zie verder paragraaf 2.4) en voor het verpleegkundige project is dat de verpleegkundige overdracht in de hele keten (zie verder paragraaf 2.6).

Voor de huidige set zorginformatiebouwstenen is het belangrijk dat om deze ontstaansgeschiedenis niet uit het oog te verliezen: namelijk dat de primaire Use Case een overdracht is. Tegelijkertijd is er steeds meer zicht gekomen op toepasbaarheid van de zorginformatiebouwstenen voor andere doeleinden, zoals inrichting van een EPD.

In dit hoofdstuk wordt verder in detail ingegaan op de ontstaansgeschiedenis van de bouwstenen.

Zie hoofdstuk 3 voor uitleg wat bedoeld wordt met zorginformatiebouwstenen.

2.2. Gestructureerde gegevensoverdracht en interoperabiliteit

De zorg voor de patiënt wordt in het laatste decennium steeds meer opgevat als een doorlopend en aansluitend geheel van diagnoses en behandelingen. Hierbij zijn steeds vaker meerdere disciplines betrokken, die goed van elkaars handelingen en bevindingen op de hoogte moeten zijn.

Er is een duidelijke trend naar specialisatie en concentratie van specialistische zorg bij ziekenhuizen. In de toekomst zal daardoor naar verwachting niet meer iedere zorgaanbieder elke vorm van specialistische zorg aanbieden. Nu al worden in de meeste UMC's en topklinische ziekenhuizen specialistische behandelingen voor bijvoorbeeld oncologie, kindercardiologie en fertiliteit uitgevoerd, terwijl de voor- en nazorg van de patiënten plaatsvindt in een algemeen ziekenhuis. Daarnaast is de zorg voor patiënten in toenemende mate netwerkzorg. Professionals van verschillende afdelingen en instellingen werken samen om een patiënt de noodzakelijke zorg te bieden. Gegevensuitwisseling in de zorg wordt hierdoor in toenemende mate belangrijk.

Eén van de gevolgen hiervan is de toenemende noodzaak tot overdracht van informatie over de patiënt tussen de betrokken zorgverleners in de keten. Een goed en actueel overzicht van deze gegevens is cruciaal voor de juiste en veilige zorg aan de patiënt en kan dubbel werk voorkomen. Grotere betrokkenheid en mondigheid maken dat ook de patiënt steeds meer behoefte heeft aan een goed overzicht in zijn eigen gegevens. De patiënt wil de gegevens kunnen inzien en controleren en zeker bij chronische aandoeningen zelfzorggegevens kunnen bijdragen.

Iedereen is het er eigenlijk wel over eens dat zorg moet worden ondersteund met elektronisch uitwisselbare gegevens en dat zorgverleners deze gegevens moeten kunnen lezen en eenduidig moeten kunnen interpreteren ongeacht hun IT-systeem.

Om tot *interoperabiliteit* te komen bij uitwisseling van overdrachtsgegevens (informatie), moeten op meer niveaus (lagen) afspraken gemaakt worden:

1. *Beleid*: dit betreft beleidsmatige afspraken over uitwisseling van informatie tussen of binnen de organisaties. De betrokkenen, die over deze afspraken gaan, zijn vooral bestuurders en managers van organisaties.
2. *Zorgproces*: dit betreft afspraken over de context, waarbinnen de informatie wordt uitgewisseld. De betrokkenen, die deze afspraken maken, zijn vooral zorgprofessionals en managers van organisaties.
3. *Informatie*: dit betreft afspraken over welke informatie, in welke vorm wordt uitgewisseld. Er moet bepaald worden welke gegevens worden uitgewisseld, hoe deze gegevens worden uitgewisseld (in vrije tekst of gecodeerd, en indien gecodeerd welk codestelsel en welke codeset daaruit). De betrokkenen, die deze afspraken maken, zijn vooral zorgprofessionals en informatici.
4. *Applicaties*: Dit niveau heeft betrekking op de informatiesystemen. Welke informatiesystemen ('applicaties') zijn bij de betrokken zorgpartijen relevant voor de uitwisseling en welke vorm wordt de benodigde informatie tussen deze systemen gedeeld (gespecificeerd in de implementatierichtlijnen)? De betrokkenen, die deze afspraken maken, zijn vooral informatici en ICT'ers.
5. *IT Infrastructuur*: Dit niveau heeft betrekking op de technische infrastructuur waarbinnen de informatiesystemen van de betrokken partijen zich bevinden. Hoe wordt op technisch niveau mogelijk gemaakt dat er informatie kan worden uitgewisseld tussen de betrokken partijen? Welke communicatie-infrastructuur is hiervoor nodig? Welke mechanismen van informatie-uitwisseling worden gekozen? De betrokkenen, die deze afspraken maken, zijn ICT'ers.



De projecten 'Generieke Overdrachtsgegevens' en 'Uitbreiding Generiek Overdrachtsgegevens met Verpleegkundige gegevens' richt zich op de inhoud van de informatielaag in dit lagenmodel. En bovendien beperkt tot de scenario's, die in scope zijn (zie paragraaf 2.4). Om daadwerkelijk tot uitwisseling van informatie te komen tussen of binnen organisaties, zullen op alle lagen afspraken gemaakt moeten worden, waarbij zoveel mogelijk bestaande standaarden zullen worden gebruikt. Paragraaf 4.5 gaat hier verder op in.

2.3. Uitgangspunten Generieke Overdrachtsgegevens

Bij het tot stand komen van de producten van Generieke Overdrachtsgegevens zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Gebruik maken van zoveel mogelijk al bestaande, (internationale) standaarden en al uitgewerkte onderdelen daarvan in ziekenhuizen. Meer specifiek:
 - Voor de gegevenselementen en de structuurindeling daarvan is de 'Continuity of Care Record' (CCR) standaard gehanteerd. Voor verder uitleg over CCR en CCD ('Continuity of Care Document'): zie document '*Alles wat je wilt weten over CCR CCD v1 0*', auteurs Albert-Jan Spruyt en Jan Hazelzet, 13 september 2012, te downloaden via www.nictiz.nl)
 - Voor terminologie- en codestelsel wordt gebruikgemaakt van bestaande stelsels, zoals SNOMED CT, LOINC, CBV-verrichtingenlijst, DHD-Diagnosethesaurus etc.
 - Voor specificatie van de gegevenselementen ('zorginformatiebouwstenen') is uitgegaan van de Parelsnoer DCM richtlijn en het format van de DCM, zoals deze eerder is vastgesteld door Parelsnoer in een gezamenlijk product van Parelsnoer, SHB, UMCG en wordt onderschreven door de OIZ.
- De beoogde op te leveren producten binnen de scope (de scenario's van overdracht, zie paragraaf 2.4), zijn een goede en solide basis voor andere scenario's, zoals overdracht van/naar de care, 1^e lijnszorg etc.
- De op te leveren producten worden beschouwd als standaardmodel voor de overdrachtsgegevens en niet als referentimodel. Een Referentiemodel (vergelijk het Referentiedomeinenmodel ziekenhuizen) is te beschouwen als startpunt voor de inrichting van een dossier en eventueel aan te passen en uit te breiden voor de eigen situatie. Bij een standaard is hiervan geen sprake en is de ambitie dat alle ziekenhuizen zich aan de details van de standaard houden.
- De op te leveren set generieke overdrachtsgegevens is een haalbare, implementeerbare, toetsbare en geaccepteerde set.
- Er wordt gebruik gemaakt van de producten en de "Lessons learned" uit andere projecten, die al lopen of afgerond zijn, zoals het project "Kerndossier" in de regio Rijnmond.

De CCR-standaard is in het project gebruikt als startpunt en inspiratiebron.

CCR - Continuity of Care Record - is een standaard voor gegevensuitwisseling die de zorgverlener helpt bij de (elektronische) overdracht van patiëntinformatie aan een collega in een andere zorginstelling. CCD - Continuity of Care Document - is een standaard die de gegevens beschrijft in de HL7 uitwisselingsformaat.

De CCR gaat niet in op welke codes, terminologieën of lijstjes moeten worden gebruikt, in principe mag alles in vrije tekst. Het is echter voor de automatische verwerking van informatie zowel voor de verzendende als de ontvangende partij wel wenselijk om afspraken te maken over welke gegevens het dan gaat.

In 'Registratie aan de Bron' is gekozen om een vereenvoudigde uitvoering van de 'Detailed Clinical Model' (DCM) stijlgids ('DCM light') toe te passen, onder andere door meer hoofdstukken van de beschrijving optioneel te maken en vervolgens ook niet te gebruiken.

De uiteindelijke set is niet in alle opzichten gelijk aan de inhoud van de CCR. In een aantal gevallen zijn onderdelen (items) in secties weggelaten omdat ze niet medisch relevant werden gevonden door de klinici. In andere gevallen zijn andere waardensets gebruikt omdat de Amerikaans georiënteerde sets niet passen in de Nederlandse context of geheel niet zijn gespecificeerd. Waar mogelijk zijn de bestaande Nederlandse waardensets toegepast. De indeling van CCR (de 17 secties) is wel geheel gevolgd en in sommige gevallen verder opgesplitst.

In bijlage 2 staan alle standaarden genoemd, die bekeken en meegenomen zijn bij het opstellen van de zorginformatiebouwstenen gedurende het project Generieke Overdrachtsgegevens.

2.4. Scenario's in scope Generieke Overdrachtgegevens

De overdrachtsscenario's, die in scope zijn van de opgeleverde standaard, zijn de overdracht tussen ziekenhuizen van de generieke (specialisme overstijgende) medische gegevens uit het dossier van een patiënt., Het betreft zowel de overdracht van het ene specialisme naar het andere specialisme, als overdracht binnen hetzelfde specialisme. Bovendien is in scope de overdracht van het ene specialisme naar het andere specialisme binnen een ziekenhuis.

Het volgende schema (figuur) geeft hiervan een overzicht:

Verschillende scenario's

	<u>Overdracht (verwijzing)</u>		<u>Samenwerking</u>	
	<u>Binnen specialisme</u>	<u>Tussen specialismen</u>	<u>Binnen specialisme</u>	<u>Tussen specialismen</u>
<u>Binnen één Ziekenhuis</u>	<i>Overdracht niet expliciet, voor elkaar waarnemen</i>	<i>Overdracht naar ander specialisme (Niet altijd in zelfde informatiesysteem)</i>	<i>Collegiale samenwerking binnen specialisme en binnen Ziekenhuis</i>	<i>Multidisciplinair overleg (bijv oncologie) binnen Ziekenhuis</i>
<u>Tussen Ziekenhuizen</u>	<i>Overdracht van specialisme uit ene ziekenhuis naar zelfde specialisme in ander ziekenhuis</i>	<i>Overdracht van specialisme uit ene ziekenhuis naar ander specialisme in ander ziekenhuis</i>	<i>Samenwerking in behandeling en consult tussen zelfde specialisme tussen ziekenhuizen</i>	<i>Multidisciplinair overleg tussen ziekenhuizen (bijv oncologie)</i>

NB. In alle gevallen de **generieke** delen van de informatie, en niet de specialisme specifieke

Legenda:

- : Primair in scope
- : Primair buiten scope, maar wel toepasbaarheidstoets
- : 'Triviaal', want binnen ziekenhuis, binnen EPD, binnen specialisme.

De opgeleverde standaard (zorginformatiebouwstenen) is te gebruiken als basis voor andere doeleinden, zoals (zie ook deels schema hierboven):

- Dossievorming voor Multidisciplinair overleg.
- Inrichting van interne EPD's in ziekenhuizen.
- Overdracht van ene specialisme binnen een ziekenhuis, naar een ander specialisme binnen hetzelfde ziekenhuis (bijvoorbeeld overdracht naar IC).
- Informatieverzameling ten behoeve van onderzoek.
- Informatieverzameling ten behoeve van allerlei vormen van rapportage (rond diagnoses, complicaties, comorbiditeit, prestatie-indicatoren, etc.).

- etc.

2.5. Werkwijze project Generieke Overdrachtsgegevens

Het tot stand komen van de standaard Generieke Overdrachtsgegevens is een samenwerking geweest tussen de acht umc's en Nictiz. Het projectteam heeft bestaan uit ongeveer 30 vertegenwoordigers vanuit elk van de 8 umc's vanuit de volgende disciplines:

- Informatiedeskundigen
- Klinische deskundigen

Het project van opstellen van de standaard heeft ongeveer 1 jaar geduurd: van 1 februari 2012 tot en met 15 februari 2013.

Elke uiteindelijk opgeleverde zorginformatiebouwsteen heeft binnen het project de volgende stappen doorlopen:

1. Opstellen, specificeren en vaststellen van de zorginformatiebouwsteen (in het algemeen een sectie binnen CCR) in een werkgroep, samengesteld uit (gemiddeld) zes projectgroepleden.
2. Reviewen van de opgeleverde versie uit de werkgroep door de volledige projectgroep en het verwerken van alle reviewopmerkingen uit deze review door de projectgroep in een volgende versie van de zorginformatiebouwsteen.
3. Toetsing van de zorginformatiebouwsteen in elk umc. Voor dit toetsingsproces in de umc's zijn per umc trekkers en zogenaamde klinische ambassadeurs aangewezen. De klinische ambassadeur in elk umc had als taak om op te treden als (inhoudelijke) liaison tussen de projectgroep en de medische achterban in het betreffende umc.
4. Finale consistentie- en verwerkingsstag, waarbij o.a. de opmerkingen uit het toetsingsproces in de umc's verwerkt zijn.

Parallel aan en ter ondersteuning van dit sequentiële proces van tot stand komen van de standaard waren:

- Een kerngroep, bestaande uit een 8-tal personen, die vooral gericht was op kwaliteit en onderlinge consistentie van de bouwstenen als ook de interpretatie van de diverse bestaande standaarden. De kerngroepleden waren tevens de modellers van de zorginformatiebouwstenen.
- Een inhoudelijke referentiegroep, bestaande uit een 20-tal personen, die op basis van hun kennis en ervaring de projectgroep van advies diende.
- Een aantal (3) zogenaamde reviewdagen, waarbij in breder verband, deels ook in aanwezigheid van klinische ambassadeurs, de in ontwikkeling zijnde zorginformatiebouwstenen in hun onderlinge samenhang werden besproken en nog openstaande issues per bouwsteen werden bediscussieerd.

2.6. Werkwijze uitbreiden Generieke Overdrachtsgegevens met Verpleegkundige gegevens

Het project 'Uitbreiden Generieke Overdrachtsgegevens met verpleegkundige gegevens' is gestart in januari 2014, en tot een afronding gekomen rond 1 juli 2015. Het project kende twee belangrijke uitgangspunten:

1. De bestaande verpleegkundige standaard eOverdracht
2. Generieke Overdrachtsgegevens

De informatiestandaard eOverdracht is gericht op de verpleegkundige overdracht in de keten en is niet sectorgebonden. Dit uitgangspunt is gehandhaafd.

De eOverdracht verpleegkundige set is het uitgangspunt geweest voor de verpleegkundige gegevens: gebruiken en overnemen tenzij. Er is naar gestreefd om specifieke onderwerpen gericht op verpleegkundige overdracht (mobiliteit, wassen, voeding, communicatie, participatie etc.) inhoudelijk zoveel mogelijk 1-op-1 over te nemen, echter er zijn ook aanpassingen doorgevoerd op basis van nieuwe inzichten en om aan de nieuwe richtlijnen te voldoen. Verder is de eOverdracht verpleegkundige set in het formaat ('bouwstenen') van Generieke Overdrachtsgegevens te brengen.

Deze werkwijze is als volgt geweest:

- Een relatief kleine werkgroep deed (veel) voorbereidend werk.
- De volledige projectgroep deed de review van de tussenresultaten van de werkgroep, zonder hun werk helemaal over te doen. Met andere woorden: de kleine werkgroep kreeg van de volledige projectgroep een zeker vertrouwen in de uitwerking.

In deze werkwijze werd voor alle nieuwe en gewijzigde bouwstenen 3 fasen gehanteerd:

Fase 1: opstellen van een uitgewerkt 1^e concept door de kleine werkgroep.

Fase 2: review door de hele projectgroep, verzamelen reviewopmerkingen, proces ongeveer zoals het reviewproces van Generieke Overdrachtsgegevens verlopen is.

In dit reviewproces werd veel remote gedaan, maar in fysieke vergaderingen (ongeveer 1 keer per maand) werden plenair onderwerpen besproken.

Fase 3: Verwerken reviews, cosmetische aanpassingen (indien nodig) en eind review door projectgroep.

Daarnaast vond er gedurende dit proces het volgende plaats:

- De kerngroep 'Registratie aan de bron', met vanuit elke umc een vertegenwoordigende informatiedeskundige, werd adhoc geconsulteerd indien nodig en werd gevraagd een review uit te voeren op vooral de modelmatige aspecten.
- Een inhoudelijke referentiegroep is aan het eind van het project geconsulteerd over de eindresultaten.

H-3 Zorginformatiebouwstenen

3.1. Het concept van zorginformatiebouwstenen

Zorginformatiebouwstenen zijn gedetailleerde gegevensspecificaties van medische concepten in een bepaalde context. Soms betreft het een enkel gegevenselement (bv. nationaliteit) soms meerdere gegevenselementen (bv. medicatie). Het doel van de zorginformatiebouwstenen is om de samenhang van de samenstellende gegevenselementen van een medisch concept vast te leggen en precies te specificeren welke terminologie en/of coderingen gebruikt moeten worden. Hierbij worden nog geen technische keuzes gemaakt voor overdrachtsstandaarden (bv HL7v3 messaging of CDA), systemen of netwerken. De bouwstenen zijn in deze zin dus techniek agnostisch of neutraal te noemen.

De voornaamste reden om logische zorginformatiebouwstenen te definiëren is dat deze na eenmalige zorgvuldige definitie, voor veel andere toepassingen opnieuw (her)gebruikt kunnen worden. Of hergebruik mogelijk is, hangt vooral af van de eigenschappen van de bouwstenen, zoals omvang en bereik.

Als definitie van een zorginformatiebouwsteen kan het volgende worden geformuleerd:

Een zorginformatiebouwsteen is een structuur van samenhangende gegevenselementen die als geheel een relevant concept beschrijven.

Een zorginformatiebouwsteen bevat dus naast gegevenselementen ook de relaties tussen deze elementen van/in de betreffende zorginformatiebouwsteen.

Op zich biedt deze definitie de mogelijkheid om een relatief kleine bouwsteen 'Laboratoriumbepaling' of 'Lichaamslengte' te definiëren, maar ook om een veel complexere bouwsteen 'Journaalregel' voor een huisarts informatiesysteem te definiëren, met onderdelen als anamnese, lichamelijk onderzoek, diagnoses, metingen en behandeling, etc. De inhoud van een bouwsteen bepaalt in grote mate de herbruikbaarheid: de journaalregel bouwsteen zou waarschijnlijk uitsluitend in de eerste lijn hergebruikt kunnen worden, en bovendien aanleiding zijn voor de definitie van overlappende bouwstenen voor andere situaties.

Een eis voor een zorginformatiebouwsteen is dat de gegevenselementen die de bouwsteen bevat in alle omstandigheden als eenheid gezien moet kunnen worden. Hieruit volgt eigenlijk automatisch dat een zorginformatiebouwsteen zelf toepassing ('use case') onafhankelijk moet zijn. De zorginformatiebouwstenen van Generieke Overdrachtsgegevens, die in eerste instantie doelbewust zijn toegesneden op de use case 'Generieke Overdracht', zijn beoordeeld op algemenere toepasbaarheid (zie ook paragraaf 3.2, naamgeving).

Omdat autorisatie voor het inzien van gegevens een steeds grotere rol gaat spelen, kan uit praktische overwegingen de eis gesteld worden dat een zorgverlener altijd voor de hele bouwsteen geautoriseerd moet kunnen worden. De bouwsteen bevat dus geen concepten van verschillend vertrouwelijkheidsniveau.

Dit houdt dus in dat als een zorgverlener een labuitslag mag inzien, hij alle gegevens die volgens de bouwsteen bij die uitslag horen, mag inzien. Anderzijds betekent dit niet dat die zorgverlener alle labuitslagen mag zien.

Overigens is het omgekeerde niet van toepassing: de grootte van de bouwsteen wordt niet bepaald door de maximale hoeveelheid informatie die met een bepaalde bevoegdheid ingezien mag worden.

Naast granulariteit (breedte) is mate van detail (diepte) een aspect dat belangrijk is bij de definitie van een bouwsteen.

Lab-uitslagen die aan de aanvragend arts wordt gerapporteerd, zullen in het algemeen minder detail bevatten dan uitslagen die tussen klinisch chemici onderling worden uitgewisseld of dan de gegevens die in het laboratorium informatie systeem zijn vastgelegd.

Ruwweg zijn hierbij twee wegen te bewandelen:

- Voor de algemene en specialistische use case worden aparte bouwstenen gedefinieerd, waarbij de specialistische bouwsteen een specifieke uitbreiding van de generieke bouwsteen is.
- Beide use cases worden door één bouwsteen bediend, waarbij in ieder geval alle specialistische onderdelen optioneel zijn. In dit geval moet dan wel aangegeven worden welke onderdelen in het algemene geval meegegeven moeten worden.

De eerste weg kan tot een explosie aan bouwstenen leiden, de tweede tot onhanteerbaar grote bouwstenen. Bij het maken van nieuwe bouwstenen en het uitbreiden van bestaande zal iedere keer een zorgvuldige afweging gemaakt moeten worden tussen herbruikbaarheid en hanteerbaarheid.

Het gebruik van relatief kleine, meer generieke bouwstenen (zorginformatiebouwstenen) maakt dat deze in vele situaties toepasbaar zijn. Het biedt de mogelijkheid om eenmalig vastgelegde gegevens in verschillende structuren weer te geven en meervoudig te gebruiken.

Tegelijkertijd zijn er een aantal zaken en issues rond het concept van zorginformatiebouwstenen, die meer discussie en uitdieping nodig hebben. Om er enkele te noemen:

- Het concept van zorginformatiebouwstenen is vrij natuurlijk ontstaan gedurende het project 'Generieke Overdrachtsgegevens', waarbij uitgegaan is en gestart is vanuit een specifieke usecase en met CCR als uitgangspunt. De conceptuele en methodologische kant van zorginformatiebouwstenen heeft nog meer aandacht en discussie nodig. Hoe wordt dit tot een succesvol einde gebracht?
- Hoe moeten relaties tussen bouwstenen onderling beschreven en vastgelegd worden?
- Overwegingen van autorisatie van gegevens worden tot nu toe niet meegenomen bij de bepaling van de grootte van een bouwsteen. Hoe moet dat gebeuren?
- Hoe moeten specialistische bouwstenen worden geconstrueerd, als aparte bouwstenen of als optionele uitbreiding van bestaande bouwstenen?

Als slot van deze paragraaf over het concept van de zorginformatiebouwsteen, een (niet uitputtend) overzicht van wat een zorginformatiebouwsteen **niet** is:

- Een zorginformatiebouwsteen is geen database ontwerp
- Een zorginformatiebouwsteen is geen technische definitie
- Een zorginformatiebouwsteen is geen ontwerp voor een gebruikersinterface
- Een zorginformatiebouwsteen bevat geen specificatie over de technische infrastructuur
- Een zorginformatiebouwsteen bevat geen specificatie over de 'vulling' of 'instance' van de zorginformatiebouwsteen: het specificeert alleen dat *als* de betreffende zorginformatie moet worden vastgelegd, *dit* de specificatie is van de onderliggende gegevens.

3.2. Zorginformatiebouwstenen en andere (internationale) initiatieven

Er zijn een aantal (internationale) initiatieven en ontwikkelingen te noemen, die verwant zijn met het zorginformatiebouwstenen concept van Registratie aan de Bron, zonder uitputtend te zijn:

- Detailed Clinical Models (DCM), draft technical standard ISO 13972,
- op archetypes gebaseerde clinical models CEN/OpenEHR 13606,
- op templates gebaseerde herbruikbare HL7 definities (o.a. entry level templates in CCDA),
- Clinical Element Models van Intermountain Healthcare (Stan Huff c.s.),
- Clinical Information Modeling Initiative (CIMI),
- resources in HL7 FHIR.

Van enige afstand bezien is de overeenkomst van het concept van zorginformatiebouwstenen en de genoemde initiatieven, dat in alle gevallen gestreefd wordt naar het definiëren en functioneel beschrijven van klinische relevante en herbruikbare brokjes informatie. Het grote verschil is de mate waarin de technische realisatie aan de orde komt. DCM's beschrijven alleen de functionele (logische) kant van de klinische informatie incl. klinisch gebruik en wetenschappelijke onderbouwing ervan, terwijl resources, templates en archetypes juist voornamelijk de technische specificaties voor implementie als onderwerp hebben.

Zorginformatiebouwstenen richten zich op de functionele en conceptuele kant, en niet op de technische realisatie. In 'Registratie aan de Bron' is gekozen om een vereenvoudigde uitvoering van de DCM stijlgijs ('DCM light') toe te passen, onder andere door meer hoofdstukken van de beschrijving optioneel te maken en vervolgens ook niet te gebruiken.

3.3. Het gebruik van bouwstenen in overdrachtsdocumenten

In Generieke Overdrachtgegevens zijn ten behoeve van de overdracht van patiënten tussen ziekenhuizen zorginformatiebouwstenen gedefinieerd voor het generieke deel van de gegevensoverdracht.

Met deze bouwstenen kan een overdrachtsdocument worden samengesteld, gebaseerd op de CCD standaard. Een CCD bestaat uit voorgedefinieerde secties (zoals medicatie, alerts, problems etc). Deze secties worden met in de bouwstenen gedefinieerde medische gegevens gevuld. Hoe het CCD-document opgemaakt moet worden (structuur) wordt in de implementatierichtlijnen beschreven.

In vervolgpjecten binnen 'Registratie aan de bron' zijn nieuwe bouwstenen gedefinieerd voor meer specialistische onderwerpen en voor de verpleging en verzorging. Een voorbeeld daarvan is de uitbreiding van Generieke Overdrachtsgegevens met verpleegkundige gegevens, gebaseerd op eOverdracht. In hoofdstuk 2 staat nader uitgelegd hoe zorginformatiebouwstenen tot stand zijn gekomen, zowel bij Generieke Overdrachtgegevens als bij de uitbreiding met verpleegkundige gegevens, gebaseerd op eOverdracht.

Om verschillende overdrachtsscenario's (use cases) te kunnen ondersteunen, moeten de bouwstenen zo groot (of klein) zijn dat daarmee overdrachtsdocumenten samengesteld kunnen worden waarvan de inhoud use case specifiek is. Zaken als: welke selectie van gegevens uit het dossier voor een specifieke use case in het overdrachtsdocument moeten worden opgenomen of de manier waarop die gegevens in het document staan geordend (bijvoorbeeld als losse observaties of als chronologische verzameling van medische gegevens) mogen geen onderdeel zijn van de bouwsteen definitie.

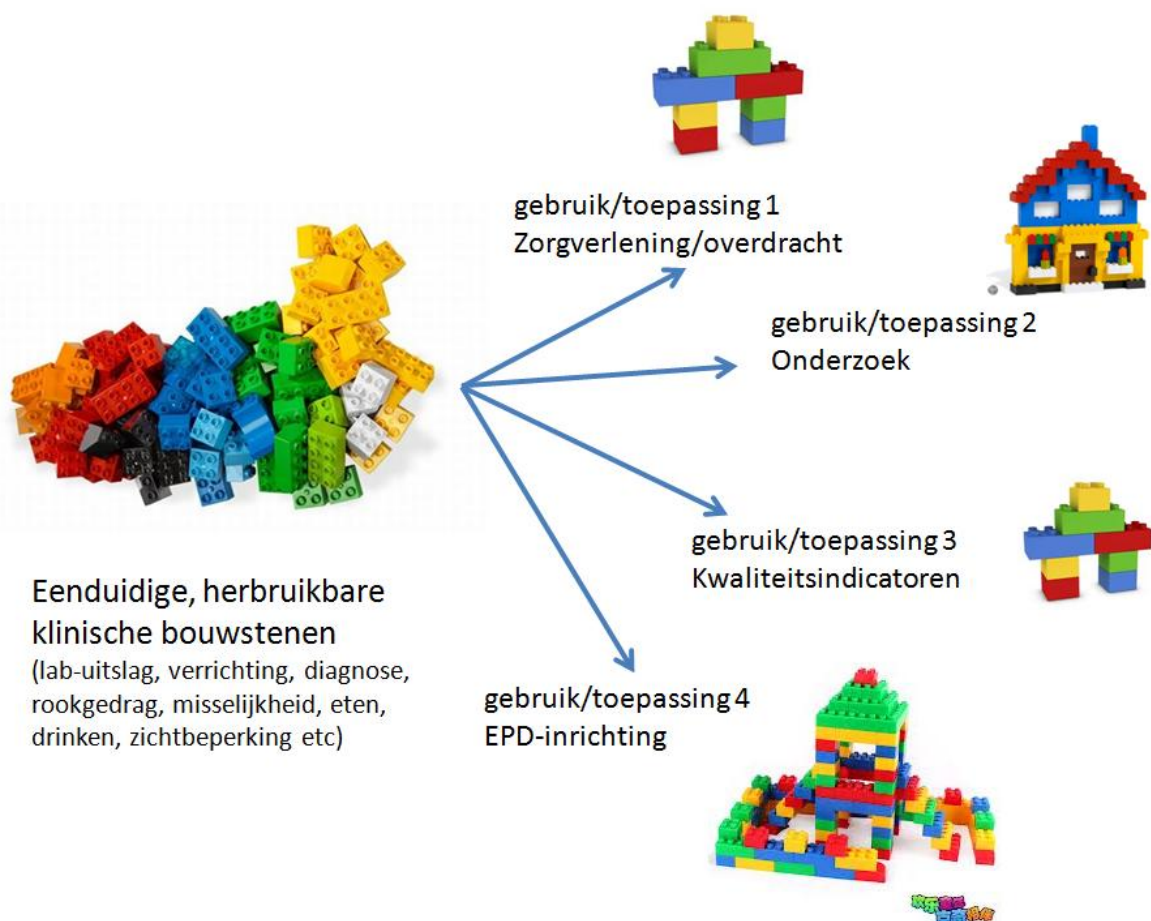
Bij het gebruik van zorginformatiebouwstenen bij overdracht ontstaat ook de behoefte om ook relaties tussen bouwstenen onderling vast te leggen, bijvoorbeeld voor welk probleem is deze medicatie voorgeschreven, welke behandeling bij welke diagnose hoort, etc.

In verschillende settings zullen verschillende relaties tussen de bouwstenen belangrijk zijn. Voorbeelden: huisartsen werken met episode georiënteerde dossiers, UMC overdracht met op CCD secties gebaseerde indeling.

3.4. Het gebruik van bouwstenen anders dan bij overdracht

Het gebruik van de bouwstenen is niet per definitie beperkt tot overdracht of anderszins tot communicatiemomenten: ook voor de inrichting van EPD systemen, voor onderzoek en voor kwaliteitmetingen zijn zorginformatiebouwstenen toepasbaar. Standaardisatie en daardoor mogelijk maken van hergebruik van informatie is de voornaamste drijfveer.

In onderstaande figuur staat het beoogde hergebruik van zorginformatiebouwstenen gevisualiseerd:



3.5. Naamgeving zorginformatiebouwstenen

Zoals toegelicht zijn de zorginformatiebouwstenen van Generieke Overdrachtsgegevens in eerste instantie doelbewust toegesneden op de use case 'Generieke Overdracht'.

Tegelijkertijd is het inzicht ontstaan dat bouwstenen idealiter use case onafhankelijk zijn en bruikbaar voor meer dan één toepassing.

De noodzakelijke beoordeling van de bouwstenen voor algemenere toepasbaarheid zal mogelijk leiden tot uitbreiding of inperking van de bouwsteen. Een eerste beoordeling is in alle gevallen achter de rug en heeft geleid tot twee varianten, zichtbaar in de naamgeving van de bouwsteen:

1. Prefix 'Overdracht' in de naamgeving: de beoordeling op algemene toepasbaarheid heeft plaatsgevonden in de kerngroep en door de prefix 'Overdracht' te handhaven wordt benadrukt dat de bouwsteen is opgesteld voor de use case 'overdracht'. Dat betekent niet dat de bouwsteen niet voor andere situaties (bijvoorbeeld inrichting EPD) bruikbaar is.
2. Zonder prefix 'Overdracht' in de naamgeving: de beoordeling op algemene toepasbaarheid heeft plaatsgevonden, met een positief resultaat: de nadruk op 'Overdracht' kan vervallen.

In het algemeen is de beoordeling voor algemene toepasbaarheid gedaan voor een klinische omgeving en niet op een bredere omgeving. Voorbeeld: de bouwsteen MedicatieGebruik zou voor een patiëntenomgeving (een PGD bijvoorbeeld) wellicht uitgebreid moeten worden.

Ten opzichte van de 1.1 versie van de zorginformatiebouwstenen zijn, o.a. vanwege het wel/niet laten vervallen van de prefix 'Overdracht' een flink aantal namen van bouwstenen gewijzigd. In onderstaande tabel staat een overzicht:

Naam bouwsteen in 'Release 2015'	Naam bouwsteen versie 1.1 (oplevering juli 2013)
Ademhaling-v1.0	OverdrachtAdemfrequentie-v1.1
AlcoholGebruik-v1.2	OverdrachtIntoxicatieAlcohol-v1.1
Alert-v1.0	OverdrachtAlert-v1.1 (bouwsteen opgesplitst)
AllergieIntolerantie-v1.0	OverdrachtAlert-v1.1 (bouwsteen opgesplitst)
BarthelIndex-v1.2	BarthelIndex-v1.1
BehandelAanwijzing-v1.0	OverdrachtBehandelAanwijzing-v1.1 (bouwsteen opgesplitst)
Betaler-v1.2	OverdrachtBetaler-v1.1
Bloeddruk-v1.2	OverdrachtBloeddruk-v1.1
BurgerlijkeStaat-v1.2	OverdrachtBurgerlijkestaat-v1.1
Contact-v1.2	OverdrachtContact-v1.1
Contactpersoon-v1.2	OverdrachtContactpersoon-v1.1
Contact-v1.2	OverdrachtContact-v1.1
DrugsGebruik-v1.2	OverdrachtDrugsgebruik-v1.1
Familieanamnese-v2.0	OverdrachtFamilieanamnese-v1.1
FunctioneleOfMentaleStatus-v1.0	OverdrachtFunctioneleStatus-v1.1 (bouwsteen opgesplitst)
GlasgowComaScale-v1.2	OverdrachtGlasgowComaScale-v1.1
Hartfrequentie-v1.2	OverdrachtHartfrequentie-v1.1
Levensovertuiging-v1.2	OverdrachtLevensovertuiging-v1.1
Lichaamsgewicht-v1.2	OverdrachtGewicht-v1.1

Lichaamslengte-v1.2	OverdrachtLengte-v1.1
Lichaamstemperatuur-v1.2	OverdrachtTemperatuur-v1.1
MedicatieGebruik-v1.0	OverdrachtMedicatie-v1.1 (bouwsteen opgesplitst)
MedicatieToediening-v1.0	OverdrachtMedicatie-v1.1 (bouwsteen opgesplitst)
MedicatieVerstrekking-v1.0	OverdrachtMedicatie-v1.1 (bouwsteen opgesplitst)
MedicatieVoorschrift-v1.0	OverdrachtMedicatie-v1.1 (bouwsteen opgesplitst)
MedischHulpmiddel-v1.2	OverdrachtMedischHulpmiddel-v1.1
Nationaliteit-v2.0	OverdrachtNationaliteit-v1.1
O2Saturatie-v1.2	OverdrachtO2Saturatie-v1.1
Opleiding-v1.2	OverdrachtOpleiding-v1.1
OverdrachtConcern-v1.2	OverdrachtProblemen-v1.1
OverdrachtGeplandeZorgActiviteit-v1.2	OverdrachtPlanOfCare-v1.1
OverdrachtLaboratoriumUitslag-v1.2	OverdrachtLabuitslag-v1.1
OverdrachtTekstUitslag-v1.2	OverdrachtTekstUitslag-v1.1
OverdrachtVerrichting-v1.2	OverdrachtProcedure-v1.1
Patient-v2.0	OverdrachtPatient-v1.1
Pijnscore-v1.2	OverdrachtPijnscore-v1.1
Polsfrequentie-v1.2	OverdrachtPolsfrequentie-v1.1
TabakGebruik-v1.2	OverdrachtIntoxicatieTabak-v1.1
Vaccinatie-v1.2	OverdrachtVaccinatie-v1.1
Wilsverklaring-v1.0	OverdrachtBehandelAanwijzing-v1.1 (bouwsteen opgesplitst)
Woonsituatie-v1.2	OverdrachtWoonsituatie-v1.1
Zorgaanbieder-v1.2	OverdrachtZorgaanbieder-v1.1
Zorgverlener-v1.2	OverdrachtZorgverlener-v1.1

3.6. Versienummering zorginformatiebouwstenen

Bij de publicatie van de bouwstenen van Generieke Overdrachtsgegevens (februari 2013) en de eerste versie in beheer (versie 1.1, juli 2013) is er voor gekozen om elke bouwsteen hetzelfde versienummer te geven.

Met ingang van heden wordt dit losgelaten: elke bouwsteen krijgt zijn eigen versienummer. Daarnaast wordt er een 'publicatieversie' samengesteld, die op zijn beurt bestaat uit individuele bouwstenen, met eigen versienummer.

Bijvoorbeeld:

- Publicatieversie 'Release 2015' bestaat uit de volgende bouwstenen:
 - Patient 1.1
 - MedicatieGebruik 2.0
 - Etc.

3.7. Overzicht soorten producten

De volgende tabel bevat een overzicht van de soorten producten van zorginformatiebouwstenen, inclusief de verschijningsvorm en voor wie de producten bestemd zijn.

Naam product	Toelichting	Aantal	Verschijningsvorm	Voor wie bestemd?
Begeleidend document (dit document)	Toelichting over tot stand komen, gebruik en onderhoudsproces van de zorginformatiebouwstenen.	1	pdf document	Gebruikers (zoals Informatie architecten, leveranciers) en andere geïnteresseerden
Bronbestand zorginformatiebouwsteen	De technische versie (het bronbestand) van de zorginformatiebouwsteen die de basis is voor diverse verschijningsvormen. Deze XMI file is een XML-bestand die kan worden geïmporteerd in diverse architectuur applicaties.	Ongeveer 90	nl.nfu.naambouwsteen.xmi	Modellieurs
Leesbare versie zorginformatiebouwsteen	De leesbare PDF versie die beschikbaar wordt gemaakt met daarin alle onderdelen van de zorginformatiebouwsteen.	Ongeveer 90	nl.nfu.naambouwsteen.pdf	Gebruikers en andere geïnteresseerden
Wiki zorginformatiebouwsteen	Platform voor uitwisseling van informatie over gebruik zorginformatiebouwstenen en gemaakte afspraken rondom het modeleren van de bouwstenen	1	http://wiki.klinischebouwsteen.nl/wiki/Hoofdpagina	Modellieurs

In bijlage 3 staat een overzicht van alle zorginformatiebouwstenen, die behoren tot de oplevering van 'Release 2015'. De korte beschrijving van elke zorginformatiebouwstenen in deze bijlage is in het algemeen een verkorte versie van het 'concept' uit de volledige zorginformatiebouwsteen. In dit overzicht is rekening gehouden met:

1. Splitsen van de bouwsteen 'Medicatie' in 4 afzonderlijke bouwstenen (m.i.v. Release 2015)
2. Splitsen van de bouwsteen 'Behandelaanwijzing' in 2 afzonderlijke bouwstenen (m.i.v. Release 2015)
3. Splitsen van de bouwsteen 'Alert' in 'Alert' en 'AllergieIntolerantie'
4. Het laten vervallen van de prefix 'Overdracht' voor die bouwstenen, waarvoor naar het oordeel van de kerngroep 'Registratie aan de Bron', de bruikbaarheid van de zorginformatiebouwsteen de Use Case 'Overdracht' overstijgt. Zie verder paragraaf 3.5.

In bijlage 1 (zie daar) staat een voorbeeld van een toepassing van de bouwstenen (in tabelvorm) in relatie tot de CCR-secties.

H-4 Toelichting bij gebruik zorginformatiebouwstenen

4.1. Inleiding bij gebruik

In dit hoofdstuk 4 worden een aantal onderwerpen toegelicht, die te maken hebben met het gebruik van de Zorginformatiebouwstenen.

Bij het opstellen van dit hoofdstuk is geprobeerd zo goed mogelijk in te schatten welke onderwerpen daarbij relevant zijn en hoe gedetailleerd dat in dit hoofdstuk moet worden toegelicht.

Indien dat nodig blijkt, zal na de publicatie van versie 2.00 van dit begeleidend document een versie worden opgesteld, met verbeteringen en aanvullingen.

4.2. Toepassingsgebied

De zorginformatiebouwstenen die zijn opgeleverd door Generieke Overdrachtsgegevens en Uitbreiding Generieke Overdrachtsgegevens met verpleegkundige gegevens hebben als primair toepassingsgebied de overdracht van gestructureerde medische en verpleegkundige informatie bij overdracht van een patiënt.

De standaard (de zorginformatiebouwstenen) specificeert in essentie dat, als bepaalde klinische informatie relevant is, hoe deze informatie gedefinieerd moet zijn, of en hoe deze informatie gecodeerd kan of moet worden en hoe deze informatie gestructureerd moet worden: in welke bouwsteen welke klinische informatie moet worden opgenomen. Je zou kunnen zeggen dat de bouwsteen de vorm definieert.

Wat deze standaard niet specificeert is de vulling van een overdrachtsdocument (de selectie van gegevens 'instances' uit het dossier van de patiënt).

Bijvoorbeeld: de standaard specificeert (in alle aspecten) wel dat als er uitslagen van het Klinisch Chemisch Laboratorium moeten worden overgedragen, welke gegevenselementen van een lab-uitslag moeten worden overgedragen, maar niet welke uitslagen van welke bepalingen moeten worden overgedragen. Dat is vooral afhankelijk van de klinische context en is onderwerp van keuzes, die ziekenhuizen bij implementaties van concrete usecases nog kunnen (moeten) maken.

4.3. Relatie verwijzen en zorginformatiebouwstenen

De informatie, die nodig is voor een overdracht, bestaat in grote lijnen uit 3 delen:

1. Informatie over de overdracht zelf (de 'meta-informatie' over de overdracht).
Bijvoorbeeld de weergave van het zorgproces dat heeft geleid tot een (waarschijnlijkheids)diagnose, behandeling en het beloop in de tijd. Dit is vaak een weergave en samenvatting van een medisch redeneerproces en bestaat voor een belangrijk deel uit subjectieve informatie van de verwijzer. Het is een belangrijk deel van de overdrachtsbrief (en veel meer dan "proza") omdat het gebruikt wordt door de "ontvangende" zorgverleners om zich een beeld te vormen van het zorgproces tot overplaatsing en is nodig om de verdere behandeling gericht te kunnen voortzetten. Het is niet voor niets dat een specialist bij overplaatsing vaak ook mondeling overdraagt om het voorgaande redeneerproces over te brengen.
2. Generieke overdrachtsgegevens.
Een uniforme set goed gedefinieerde gegevens, die bij elke overdracht, specialisme onafhankelijk, kan worden gebruikt. De verwijzer bepaalt wat er in gezet wordt, maar de structuur en de definitie van deze informatie, inclusief semantische definitie (code- en terminologiestelsel) is voor elk specialisme hetzelfde (generiek).

3. Specialisme afhankelijke overdrachtsgegevens.

Voor veel specialismen is het noodzakelijk om specifieke, specialisme afhankelijke informatie bij de overdracht mee te leveren.

De producten van Generieke Overdrachtsgegevens (zorginformatiebouwstenen) richten zich als standaard op 2. Het exacte uitwisselingsformaat voor informatieoverdracht bij verwijzen wordt beschreven in de implementatierichtlijnen.

De standaard van Generieke Overdrachtsgegevens voorziet in een gestructureerde vorm van gegevens overdracht waarbij sprake is van semantische interoperabiliteit. Hierdoor wordt het mogelijk om deze gegevens in het dossier van de ontvanger over te nemen, zonder die opnieuw over te moeten tikken. Of dat gebeurt en zo ja, welke gegevens gestructureerd worden overgenomen, bepaalt de ontvanger.

De inhoud van de overdrachtsgegevens hangt sterk af van de situatie (soort overdracht en soort patiënt) en de informatiebehoefte van de ontvanger.

De zender moet zijn informatie dus kunnen afstemmen op de informatiebehoefte van de ontvanger. Het valt buiten de scope van 'Generieke Overdrachtsgegevens' om hier nadere specificaties en afspraken over op te stellen, maar in een vervolgproject 'Implementatierichtlijnen' kan hier wellicht aandacht aan worden besteed, bijvoorbeeld door specifieke implementatierichtlijnen op te stellen voor de specifieke use cases (verwijsbrief, ontslagbrief e.a.).

Overdracht van medische gegevens (en ook registratie van die gegevens in een elektronisch dossier) kan nooit uitsluitend plaatsvinden door middel van een volledig gecodeerde dataset. De uitdrukingskracht van vrije tekst is vele malen krachtiger en veelzeggender. De standaard voor overdrachtsgegevens zal dus veel ruimte moeten bieden aan vrije tekst, naast en aanvullend op het gebruik van coderingen.

Dat neemt niet weg dat als de ontvanger de overgedragen gegevens wil overnemen in het eigen dossier op een zodanige manier dat die gegevens automatisch verwerkt en gebruikt kunnen worden, dat alleen kan als die gegevens gestructureerd en gecodeerd worden overgedragen.

De elektronische overdracht van medische gegevens vervangt niet het directe contact tussen zorgverleners maar is vooral van belang voor de veiligheid en de doelmatigheid van de medische behandeling. De zorgverlener moet zo snel mogelijk kunnen beschikken over de essentiële informatie en de medische besluitvorming moet zo snel mogelijk op gang kunnen komen.

De "klassieke" overdrachtsbrief gaat niet vervangen worden, maar zal wel in belangrijke mate in vorm kunnen veranderen, door de gestructureerde manier waarop generieke overdrachtsgegevens kunnen worden gegenereerd en overgedragen.

4.4. Generieke Overdrachtsgegevens t.o.v. andere gegevenssets

De Generieke Overdrachtsgegevens, waarvan in dit begeleidend document een toelichting wordt gegeven, zijn vastgesteld in overdrachtsscenario('s) ('usecases'), zoals toegelicht in paragraaf 2.4.

In het (recente) verleden zijn er diverse andere (overdrachts)gegevens sets vastgesteld, bijvoorbeeld:

- Professionele samenvatting in de 1^e lijns zorg
- eOverdracht gegevensset in de Care (verpleegkundige overdracht)
- overdrachtgegevens sets in de chronische zorg, zoals e-Diabetes.

Overdracht van gegevens (informatie), zowel tussen als binnen organisaties, zal altijd contextafhankelijk zijn. In het algemeen zijn, in de context van overdracht, drie vragen belangrijk:

1. Welke informatie (gegevenselementen) is/zijn relevant?
2. Hoe moeten deze gegevenselementen worden gestructureerd?
3. Op welke manier moeten de gegevenselementen worden gevuld: selectie van informatie, alleen actuele, hoeveel historie etc.?

Het lijkt niet realistisch en niet wenselijk om voor alle soorten overdracht een uniforme afspraak (standaard) te hebben, waarbij alle drie bovenstaande vragen op dezelfde manier beantwoord worden.

Wel realistisch en wenselijk is om het hergebruik van zowel de relevante informatie (in het project Generieke Overdrachtsgegevens opgeleverd als zorginformatiebouwstenen) als de structuur van de informatie (in het project Generieke Overdrachtsgegevens wordt de structuur van de 17 secties van CCR gehanteerd) zo maximaal mogelijk te benutten.

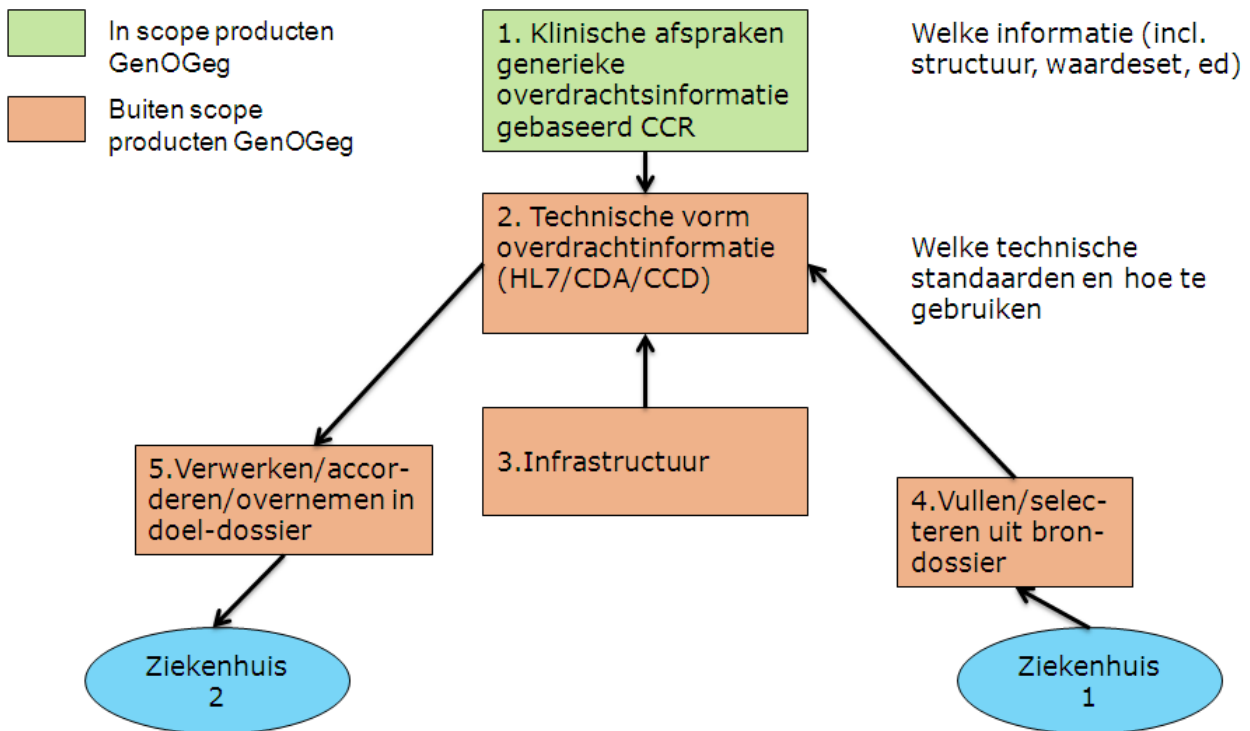
Dat zou kunnen betekenen dat als vervolg op het project 'Generieke Overdrachtsgegevens' vervolgprijzen moeten worden gestart om verschillende bestaande (overdrachts)gegevens sets te harmoniseren met elkaar, als doel om dit maximale hergebruik te bereiken.

4.5. Vooruitblik op implementatie

Voor de daadwerkelijke uitwisseling van informatie in een overdrachtsscenario zullen over alle in 2.2 genoemde lagen afspraken en implementatiekeuzes moeten worden gemaakt.

De standaard doet geen uitspraken over het overdrachtsproces: hoe het overdrachtsdocument wordt aangemaakt en geëxporteerd (automatisch of door een menselijke actor), hoe en wanneer het wordt overgedragen of hoe het bij de ontvanger wordt ingelezen en/of geïmporteerd. Bij implementatie zullen per overdrachtssituatie (per use case) procesafspraken gemaakt moeten worden tussen de actoren, de zender en de ontvanger: wie doet wat, wanneer.

In onderstaand figuur staan alle aspecten van een daadwerkelijke implementatie weergegeven:



4.6. Relatie zorginformatiebouwstenen en implementatie

De elektronische uitwisseling van de 'generieke medische overdracht' is pas mogelijk als de implementatie afspraken zijn gemaakt over het uitwisselingsformaat. Deze afspraken worden vastgelegd in de implementatierichtlijnen.

Dit uitwisselingsformaat moet o.a. voldoen aan de internationale standaarden voor de uitwisseling van medische gegevens. De keuze voor deze concrete standaard is in middels gemaakt:

- CDA R2 is leidend, met ruimte voor extensies.
- Het vertrekpunt is CCD 1.1. (recent opgevolgd door de CCD versie uit de C-CDA R2.0)
- De detail keuzes (met name voor extensies en landspecifieke aanpassingen) worden gemaakt per bouwsteen waarbij de Use Case van Generieke Overdrachtsgegevens leidend is

De implementatie afspraken (implementatierichtlijnen en mapping) moeten voldoende informatie verschaffen aan de ICT-ers om de software te kunnen ontwikkelen die de generieke overdrachtsset in de uitwisselingsformaat kan omzetten.

Bij het opstellen van dit document zijn de implementatierichtlijnen voor het CDA-document voor 'generieke medische overdracht' deels beschikbaar in ART-DECOR.

Bij het opstellen van de Zorginformatiebouwstenen van Generieke Overdrachtsgegevens is er voor gekozen om geen regels ('business rules') op te stellen om (onderlinge) controle op consistentie uit te voeren op waardes van informatie-elementen. Bijvoorbeeld: de regel dat een bepaalde waarde ('zwangerschap') alleen kan voorkomen als het informatie-element 'geslacht' bij de patiënt de waarde 'vrouw' heeft. De belangrijkste argumentatie bij deze keuze

is dat als dit type controle nodig en gewenst is, dit bij de bron moet plaatsvinden, in het bron-EPD dus.

Bij het vaststellen van waardesets bij informatie-elementen is als belangrijkste uitgangspunt gehanteerd dat de context waarin de waardeset gebruikt wordt (dus een scenario van overdracht, en dan daarbinnen de generieke elementen) leidend is. Dat impliceert dat een waardeset niet per definitie de meest uitgebreide is. 'Uitgebreid' in de betekenis dat die alle mogelijke waarden bevat. Ook kan een gekozen waardeset soms een platgeslagen lijst zijn, met waardes uit meer dimensies. De belangrijkste argumentatie bij deze keuze, naast het feit dat de context leidend is, is tevens dat het niet realistisch is om vanuit het project 'Generieke Overdrachtsgegevens' de meest gedetailleerde en uitgemodelleerde waardeset vast te stellen, die alle mogelijke andere gebruiken (contexten) af zou dekken.

Voorbeeld: bij TabakGebruikStatusCodelijst is er voor gekozen om in de context van de generieke overdracht de volgende waardeset te hanteren:

- Rookt dagelijks
- Rookt soms
- Rookt passief
- Ex-roker
- Rookt niet
- Nooit gerookt
- Anders (in vrije tekst)

Hier zijn in ieder geval 2 aspecten, die wellicht onafhankelijk van elkaar worden uitgevraagd en zouden kunnen worden vastgelegd, verenigd in 1 set: de kwantitatieve frequentie, waarmee iemand rookt én het wel of niet passief roken. Dat dit de te hanteren waardeset is in de context van een generieke overdracht is/moet worden vastgesteld in een (klinische) discussie. Er is geen algemene regel dat het combineren van meer aspecten in één waardeset niet mag. Als, bijvoorbeeld in een bron-EPD, de behoefte is om (in dit voorbeeld) deze 2 aspecten wel uit te modelleren en vast te leggen, dat zal dat daar moeten gebeuren. Dat impliceert tevens dat ook moet worden vastgesteld hoe dat gedetailleerdere model afgebeeld kan worden op de vastgestelde en afgesproken (plattere) waardeset van Generieke Overdrachtgegevens.

Verder moet bij elke waardeset worden vastgesteld of er gekozen kan/moet worden uit de volgende 2 opties:

- Slechts één waarde uit de waardeset is mogelijk
- Meer waardes uit de waardeset zijn mogelijk

De implementatie afspraken gaan ook het antwoord geven op de volgende vragen:

- Welk element in de uitwisselingsformaat komt overeen met het gegevenselement uit de Zorginformatiebouwsteen (mapping)
- Welke technische elementen (zoals "bron van informatie", "id", "omschrijving", etc.) zijn er nodig naast de elementen die reeds in de zorginformatiebouwstenen beschreven zijn
- Welke codelijsten en welke code systemen worden gekozen voor de implementatie (daar waar de keuze niet eenduidig bepaald is in de zorginformatiebouwsteen)
- Hoe moeten de optionele elementen geïnterpreteerd worden. Het betreft het doorgeven van waarde alleen indien die bekend is, versus het doorgeven van de waarde "onbekend".

4.7. Overige relevante onderwerpen

In deze paragraaf worden een aantal 'losse' onderwerpen kort behandeld, die relevant zijn voor het gebruik in de praktijk, zonder uitputtend te willen zijn.

Gegevens elementen impliciet aanwezig in elke bouwsteen

De volgende gegevens elementen zijn impliciet in elke bouwsteen aanwezig en daarom niet expliciet gespecificeerd in het informatiemodel van de bouwsteen:

- o Datum/tijd van registratie
- o Bron van de gegevens (auteur meestal)
- o Een technische identificatie van een instantiatie van een bouwsteen
- o De patiënt, waar het overgaat

Aanwezigheid/afwezigheid van gegevens

In het algemeen geldt: de verwijzer (verzender) bepaalt of een bepaald gegeven relevant is voor de overdracht van gegevens voor een specifieke patiënt. Uit de afwezigheid van een bepaald gegeven of een hele sectie moet dus niet geconcludeerd worden dat gegevens er niet zijn, maar dat de verwijzer (verzender) het niet relevant vindt om mee te nemen in de set van Generieke Overdrachtsgegevens.

Naast de informatie over patient, auteur en beheerder van het overdrachtsdocument die verplicht is, is er één (medisch inhoudelijke) uitzondering op bovenstaande regel: de zorginformatiebouwsteen 'Alert'. Deze bouwsteen is verplicht. Voor Alerts geldt: Indien er geen gegevens over Alerts bekend zijn in het dossier van de verwijzer of de verwijzer besluit daarover geen gegevens over te dragen, dan is de sectie Alerts wel aanwezig in het overdrachtsdocument met de indicatie: 'Geen gegevens verstrekt door verwijzer'.

Indien de verwijzer de patiënt wel naar allergieën heeft gevraagd, maar de patiënt heeft aangegeven dat hem geen allergieën bekend zijn, en de arts dit ook in het eigen dossier heeft vastgelegd, dan kan dit in het overdrachtsdocument worden aangegeven met de indicatie 'Bij navraag geen allergieën bekend'

Verplicht/niet verplicht

Het 'verplicht' en 'niet verplicht' zijn van concepten, gegevens elementen etc., behoeft enige toelichting. In de opgeleverde bouwstenen worden de volgende definities gehanteerd.

Een gegevens element is 'verplicht'	Wanneer bij een gegevens element wordt gesproken over 'verplicht' (in het informatie model gespecificeerd met conformance (optioneel/verplicht) 'verplicht' en een kardinaliteit 1 of 1..*) moet de verzendende partij zorgen voor een correcte afhandeling volgens de implementatierichtlijnen. Daar is uitleg opgenomen over gebruik van nullFlavors.
Verplicht benoemd in teksten bij concepten en onderliggende gegevens elementen	Het is geheel mogelijk dat er 'verplichtingen' voorkomen in teksten in bouwstenen. Denk aan het verplicht gebruik van bepaalde codetabellen. Wanneer dit van toepassing is wordt bij de bouwstenen altijd verondersteld dat de naleving van deze verplichtingen buiten de scope van het project liggen en dus niet als zodanig in de informatiemodellen worden vertaald.

Personen/actoren

Om de bouwstenen zowel voor zorgverleners leesbaar en voor informatici expliciet te maken zijn de in de zorgverlening betrokken personen en instanties, vaak door informatici 'actoren'

genoemd, uitgewerkt in 5 bouwstenen: Patiënt, Zorgverlener, Zorgaanbieder, Betaler en Contactpersoon. Vanuit diverse andere bouwstenen wordt naar deze 5 bouwstenen verwezen.

Datums en tijden

Niet alle mogelijke datums en tijden die worden genoemd in de CCR specificatie zijn expliciet gemodelleerd in de bouwstenen. Ze worden verondersteld wel aanwezig te zijn en indien deze nodig zijn voor bijvoorbeeld sortering kunnen ze 'erbij' gepakt worden. Waar de datum en tijd wel expliciet medisch relevant zijn dan zijn deze wel expliciet benoemd in de bouwstenen.

Vrije tekstmogelijkheden

Voor ieder concept en element in een bouwsteen bestaat de mogelijkheid om toelichting als vrije tekst toe te voegen. Deze vrije tekst opmerking is niet altijd expliciet gemodelleerd maar mag altijd toegevoegd worden. Iedere verwijzer kan op deze manier een toelichting op de over te dragen informatie toevoegen.

Niet scherp gedefinieerde ValueSets

In de Zorginformatiebouwstenen van Generieke Overdrachtsgegevens komen ValueSets op 2 manieren voor:

1. Een scherpgedefinieerde ValueSet. Deze is een reeds bestaande ValueSet of een in het project Generieke Overdrachtsgegevens opgestelde en afgestemde nieuwe ValueSet. Daar waar mogelijk is gebruik gemaakt van (onderdelen van) bestaande valuesets.
2. Een niet scherp gedefinieerde ValueSet.
In deze gevallen is de ValueSet vrij breed, eventueel dubbelzinnig van samenstelling of slechts een verwijzing naar een of meerdere codesystemen of valuesets die mogen worden gebruikt.
Voor deze variant zijn vervolgacties noodzakelijk, om tot een scherpgedefinieerde ValueSet te komen.

Met de stuurgroep 'Generieke Overdrachtsgegevens' is afgesproken dat per geval van 'Niet scherp gedefinieerde ValueSets' beoordeeld wordt welke partij/organisatie gevraagd wordt dit op te pakken.

Voorbeeld: de CBV-Verrichtingenlijst, waarnaar als ValueSet verwezen wordt in de zorginformatiebouwsteen 'OverdrachtVerrichting' is niet goed van samenstelling: hij moet vooral geschoond worden. Om dit te bewerkstelligen is de beheerder (DHD) gevraagd dit met spoed ter hand te nemen.

Er zal een aparte lijst van Niet scherp gedefinieerde ValueSets worden samengesteld over alle zorginformatiebouwstenen van Generieke Overdrachtsgegevens.

H-5 Beheer Zorginformatiebouwstenen

Bij de publicatie van de eerste versie van 'Generieke Overdrachtsgegevens' stond in dit hoofdstuk uitgebreid beschreven hoe het beheer en onderhoud plaats vindt. Deze beschrijvingen zijn nu in aparte documenten ondergebracht:

Door Nictiz is een generiek model^[1] beschreven voor het beheer van standaarden. Dit model is als basis gebruikt voor het inrichten van het beheer van de zorginformatiebouwstenen. Met de bij het beheer betrokken partijen zijn aanvullende beheerafspraken gemaakt over onder andere de overlegvormen, responstijden en publicatiemomenten. Deze aanvullende beheerafspraken verschillen per project waarin de zorginformatiebouwstenen zijn ontstaan. De concrete invulling van deze aanvullende beheerafspraken is dan ook per ontstaansproject gedocumenteerd. In **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** is per zorginformatiebouwsteen het ontstaansproject opgenomen.

Voor de concrete invulling van het beheer van de zorginformatiebouwstenen die zijn ontstaan vanuit het project Generieke Overdrachtsgegevens, zie document Aanvullende Beheerafspraken – Generieke Overdrachtsgegevens^[2].

¹ Schmohl, A., Beheer van standaarden in de zorg, Nictiz, Den Haag

² Smeele, F., Schmohl, A., Aanvullende beheersafspraken zorginformatiebouwstenen GenOGeg, Nictiz, Den Haag

Bijlage 1. Samenhang Zorginformatiebouwstenen en CCR secties

Deze bijlage geeft een overzicht van de relaties tussen de secties van de CCR-standaard en de zorginformatiebouwstenen zoals die gedefinieerd zijn voor de Generieke Overdrachtsgegevens. Ook de relaties tussen de zorginformatiebouwstenen onderling is in onderstaande tabel weergegeven.

Voorbeeld van toepassing van bouwstenen in een overdrachtsdocument gebaseerd op CCD standaarden.

Toelichting op de betekenis van de kolommen

Kolom	Betekenis
Verplicht	Geeft aan of deze sectie verplicht in een overdrachtsdocument aanwezig moet zijn. Indien dat het geval is moet de sectie zinvolle gegevens bevatten. In sommige gevallen is ook een aanduiding dat er geen gegevens bekend zijn, een zinvol gegeven. (Bijvoorbeeld: 'Bij navraag geen gegevens bekend' of 'Geen gegevens verstrekt door verwijzer', de zogenoemde NullFlavors).
Herhalend	Geeft aan of de gegevens zoals gedefinieerd in de zorginformatiebouwsteen, meer malen mag voorkomen in de sectie in het overdrachtsdocument. Indien de patiënt bijvoorbeeld verschillende medicijnen gebruikt, dan zal de bouwsteen MedicatieGebruik meer dan één keer voorkomen in de sectie Medicatie.
Bevat verwijzing naar	Een verwijzing (aangegeven met het symbool →) kan betekenen dat (een deel van) het model van een zorginformatiebouwsteen wordt hergebruikt in een andere zorginformatiebouwsteen, of dat er sprake is van een echte verwijzing naar de gegevens in een andere sectie in het overdrachtsdocument. Een voorbeeld van het eerste is het hergebruik van het model voor <i>Adresgegevens</i> zoals dat is gemodelleerd in de zorginformatiebouwsteen <i>Patiënt</i> . Een voorbeeld van het tweede is de <i>RedenVanVoorschrijven</i> in de zorginformatiebouwsteen <i>MedicatieVoorschrift</i> die een verwijzing is naar een <i>Probleem</i> in de sectie <i>OverdrachtConcern</i> van de patiënt.

CCR-sectie	Verplicht *	Zorginformatiebouwsteen	Herhalend	Bevat verwijzing (→) naar (onderdelen van) andere Zorginformatiebouwenstenen **
Patiëntgegevens (Header)	J	Patient	N	-
Overdragende zorgaanbieder / Ontvangende zorgaanbieder (Header)	J/N	Zorgaanbieder	J	Adres → Patiënt TelefoonEmail → Patiënt
Overdragende zorgverlener / Ontvangende zorgverlener (Header)	J/N	Zorgverlener	J	Adres → Patiënt Zorgaanbieder → Zorgaanbieder TelefoonEmail → Patiënt
Betaalgegevens (Sectie 1: Payers)	N	Betaler	J	Naam → Patiënt Adres → Patiënt TelefoonEmail → Patiënt
Behandelaanwijzingen (Sectie 2: Advance Directives)	N	BehandelAanwijzing	J	Gevolmachtigde → Contactpersoon Aandoening → OverdrachtConcern
Contactpersonen (Sectie 3: Support)	N	Contactpersoon	J	Naam → Patiënt Adres → Patiënt TelefoonEmail → Patiënt
Functionele Status (Sectie 4: Functional Status)	N	FunctioneleOfMentaleStatus BarthelIndex	J N	FunctioneleOfMentaleStatus → MedischHulpmiddel
Problemen (Sectie 5: Problems)	N	OverdrachtConcern	J	
Familieanamnese (Sectie 6: Family History)	N	Familieanamnese	N	Probleem → OverdrachtConcern Relatie → Contactpersoon (Relatie) - verwijzing naar concept Relatie in de bouwsteen Contactpersoon
Sociale anamnese (Sectie 7: Social History)	N	BurgerlijkeStaat	N	
		Drugsgebruik	N	
		AlcoholGebruik	N	
		TabakGebruik	N	
		Levensovertuiging	N	
		Nationaliteit	N	

CCR-sectie	Verplicht *	Zorginformatiebouwsteen	Herhalend	Bevat verwijzing (→) naar (onderdelen van) andere Zorginformatiebouwenstenen **
		Opleiding	N	
		Woonsituatie	N	
Alerts (Sectie 8: Alerts)	J	Alert AllergieIntollerantie	J	Probleem → OverdrachtConcern
Medicatie (Sectie 9: Medications)	N	MedicatieGebruik MedicatieToediening MedicatieVerstrekking MedicatieVoorschrift	J	RedenVanVoorschrijven → OverdrachtConcern Voorschrijver → Zorgverlener BeoogdVerstrekker → Zorgverlener Verstrekker → Zorgverlener Toediener → Zorgverlener
Medische hulpmiddelen (Sectie 10: Medical Equipment)	N	MedischHulpmiddel	J	Indicatie → OverdrachtConcern Zorgaanbieder → Zorgaanbieder Zorgverlener → Zorgverlener
Vaccinaties (Sectie 11: Immunizations)	N	Vaccinatie	J	Toediener → Zorgverlener
Vitale functies (Sectie 12: Vital Signs)	N	Ademhaling	J	
		Bloeddruk	J	
		LichaamsGewicht	J	
		GlasgowComaScale	J	
		Hartfrequentie	J	
		LichaamsLengte	J	
		O2Saturatie	J	
		Pijnscore	J	
		Polsfrequentie	J	
		LichaamsTemperatuur	J	
Uitslagen (Sectie 13: Results)	N	OverdrachtLabUitslag	J	
		OverdrachtTekstUitslag	J	Verrichting → OverdrachtVerrichting
Verrichtingen (Sectie 14: Procedures)	N	OverdrachtVerrichting	J	Indicatie → OverdrachtConcern Zorgverlener → Zorgverlener Product → MedischHulpmiddel(Product) - verwijzing naar concept Product in MedischHulpmiddel (niet naar de hele bouwsteen) Locatie → Zorgaanbieder

CCR-sectie	Verplicht *	Zorginformatiebouwsteen	Herhalend	Bevat verwijzing (→) naar (onderdelen van) andere Zorginformatiebouwenstenen **
Contacten (Sectie 15: Encounters)	N	Contact	J	ContactMet → Zorgverlener Probleem → OverdrachtConcern
Plan of Care (Behandel-/Zorgplan) (Sectie 16: Plan of Care)	N	OverdrachtGeplandeZorgActiviteit	J	Afspraak → Contact Medicatie → MedicatieToediening Verrichting → OverdrachtVerrichting Vaccinatie → Vaccinatie MedischHulpmiddel → MedischHulpmiddel
Zorgverleners (Sectie 17: Healthcare Providers)	N	Zorgverlener	J	Zie bij Overdragende zorgverlener.

Bijlage 2. Overzicht standaarden³

Organisatie	Naam standaard	Datum	Toelichting	Volgorde (hierarchy) in controle van bouwstenen tegen de standaard	Constateringen/opmerkingen bij controle van bouwstenen tegen de standaard
ASTM	CCR ⁴	17-06-2006	Core data set of the most relevant administrative, demographic, and clinical information facts about a patient's healthcare, covering one or more healthcare encounters	10	De bouwstenen volgen het schema van CCR niet precies, maar kunnen er wel in worden uitgedrukt
HL7 International	CDA R2 ⁵	mei 2005	De HL7 v3 standaard die een overdrachtsstandaard specificeert voor de codering, structuur en semantiek van klinische documenten Ondersteunt meer use cases dan CCD. IHE beveelt deze standaard aan.	4	Deze technologie biedt een ruimere mogelijkheid voor het technisch implementeren van de gedetailleerde gegevens, maar mogelijk zal niet alles in dit format passen. Er zal dan vrije tekst moeten worden gebruikt.
HL7	CCD ⁶	01-04-	HL7 Implementation	3	Niet alle elementen van de

³ Zie ook http://publicaa.ansi.org/sites/apdl/hitspadmin/Matrices/HITSP_09_N_451.pdf voor een overzicht van de standaarden

⁴ Standard Specification for Continuity of Care Record (CCR), December 2005, <http://www.astm.org/Standards/E2369.htm>

⁵ HL7 Clinical Document Architecture, Release 2, J Am Med Inform Assoc. 2006 Jan-Feb; 13(1): 30-39., <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380194/>

⁶ www.hl7.org/documentcenter/private/standards/cda/r2/cda_r2_normativewebedition2010.zip

International		2007	Guide: CDA Release 2 – Continuity of Care Document (CCD). De uitwerking van de CCR-dataset gebaseerd op de CDA Release 2		bouwstenen passen in het CCD format. Bij opstellen van implementatierichtlijnen van Generieke Overdrachtsgegevens moet beoordeeld worden hoe e.e.a. geïmplementeerd (kan) worden in CCD
HL7 International	IHE Health Story Consolidation, DSTU Release 1.1 (US Realm) Draft Standard for Trial Use www.hl7.org/documentcenter/private/standards/cda/CDAR2_IG_IHE_CONSOL_DSTU_R1dot1_2012JUL.zip	Juli 2012	HL7 Implementation Guide C-CDA 1.1: Bevat de nieuwste versie van de CCD-standaard	2	Specifiek op USA-situatie geschreven.
HL7 International	HL7 Implementation Guide for CDA® Release 2: Consolidated CDA Templates for Clinical Notes	November 2014	HL7 Implementation Guide: Bevat de nieuwste versie van de CCD-standaard		Opvolging van C-CDA 1.1. De specificatie van CCD en de andere CDA documenten voor het US programma MU
IHE	Profiel XDS-MS ⁷	11-11-2008	Cross-Enterprise Sharing of Medical Summaries (XDS-MS) Integration Profile, verwijst naar CDA R2, met overnemen van de meeste restricties	1	IHE verwijst naar andere standaarden, zoals CCD. Voor specifieke onderdelen (zoals Problems, Encounters) zijn er in IHE opsplitsingen gemaakt. Toewijzing van zorginformatiebouwstenen naar

A CDA implementation of ASTM E2369-05 Standard Specification for Continuity of Care Record© (CCR) which may be used in lieu of ASTM ADJE2369, April 01, 2007

⁷ http://wiki.ihe.net/index.php?title=Medical_Summaries_Profile

http://wiki.ihe.net/index.php?title=PCC_TF-1/XDS-MS#Cross-Enterprise_Sharing_of_Medical_Summaries_.28XDS-MS.29_Integration_Profile

			van CDA naar CCD		entry-modules in IHE-profiel lijkt geen probleem. Bij implementatie van een IHE-profiel zal soms een attribuut moeten worden toegevoegd, die ontbreekt in zorginformatiebouwstenen. Voorbeeld: verschil tussen klinische en poliklinische medicatie.
HL7 Nederland	Generieke implementatiehandleiding Care Provision D-MIM,.. Care Provision, Clinical Statement Pattern, storyboards care provision, clinical statement pattern en verwijs en overdrachtberichten ⁸	05-02-2009	Technisch uitgebreid. Gaat uit van HL7 CareProvision berichten, niet van CDA		Zou bij het inrichten van een implementatie op basis van HL7 v3 handleiding als leidraad kunnen dienen.
HL7 Nederland	Implementatiehandleiding HL7v3 Basiscomponenten ⁹	10-12-2009	Weliswaar een implementatiehandleiding, maar ook een gids voor het gebruik van codesystemen en Valuesets en datatypes in de Nederlandse implementaties van HL7 v3.		Deze handleiding is gebruikt voor harmonisatie van een aantal bouwstenen aan de Nederlandse praktijk en data codering
HITSP (Healthcar	HITSP CDA Content Modules Component en	08-09-2009	Variant op CCR/CCD , geharmoniseerd met	3	De opgeleverde bouwstenen zouden volgens de methodiek van

8

http://www.nictiz.nl/uploaded/FILES/html_cabinet/live/HL7_domein/CareProvision/HL7NL_Ber_IH_Implementatiehandleiding_HL7v3_CareProvisonGeneriek_v1.0.pdf

⁹ Implementatiehandleiding. HL7v3 Basiscomponenten. Stichting HL7 Nederland,
http://www.nictiz.nl/module/360/441/AORTA_BI_Ber_BC_Implementatiehandleiding_HL7v3_basiscomponenten.pdf

e Informatie n Technolog y Standards Panel)	HITSP Clinical Document and Message Terminology Component	En 31-01- 2010	IHE. Inhoudelijk ingeperkt t.o.v. CCD (enkele secties weggelaten) en normatief voor de Amerikaanse uitwisseling in de zorg		deze standaard kunnen worden geïmplementeerd. De standaard zelf is minder rijk aan data elementen. Er is uitgebreid documentatie van het proces van gegevensoverdracht
epSOS	epSOS Patient Summary ¹⁰	2010	Een Europese benadering van een Patient Summary van medische gegevens in Europa. Is kleiner dan CCR, CCD of CDA		Harmonisatie issues zijn nog niet gechecked
NICTIZ	HL7v3-domeinspecificatie Pharmacy ¹¹	12-10- 2011	Modellering medicatie. Is omvangrijker dan CCD als directe transformatie van CCR, vooral wat betreft doseertijden.	1 Medicatie	De bouwsteen is in lijn gebracht met deze richtlijn.
ORIA	Specificatie Medicatie overzicht ¹²	2011	Inhoudelijke standaard voor presentatie van actuele medicatiegegevens	1 Medicatie	De bouwsteen is in lijn gebracht met deze richtlijn.
NICTIZ	Implementatiehandleiding Kerndossier Clinical Document Architecture ¹³	01-06- 2011	Implementatiehandlei ding die uitgebracht is in samenwerking met Erasmus MC, Maasstad ziekenhuis, Sint Franciscus Gasthuis voor het kerndossier dat die patiëntgegevens	In deze implementatieh andleiding zijn 12 secties (3 gestructureerd en 9 ongestructuree rd) uitgewerkt.	De bouwstenen zijn kort vergeleken: er blijken verschillen te zijn ontstaan, die mogelijk tot aanpassingen zullen leiden.

¹⁰ <http://www.epsos.eu/epsos-services/patient-summary.html>

¹¹ http://www.nictiz.nl/uploaded/FILES/html_cabinet/live/HL7_domein/Pharmacy/AORTA_7Phcy_Def_Pharmacydomein_HL7.htm

¹² <http://www.oria.nl/>

¹³ <http://www.ringholm.com/download/Kerndossierv0.1.zip>

			bevat, die specialisme overstijgend relevant zijn en waarvan alle behandelaars, zowel huidige als toekomstige, kennis dienen te nemen.		
Results4Care	Richtlijn Detailed Clinical Model	Februari 2011	een gezamenlijk product van NICTIZ, SHB, UMCG, R4C en Parelsnoer		De richtlijn is gedeeltelijk opgevolgd bij het inrichten van de bouwstenen
OpenEHR	Archetypes van verschillende componenten ¹⁴		Inhoudelijke, deels door clinici standaard voor informatie-elementen	Vital Signs	De modellering van de sectie Vitale functies is inhoudelijk op deze 'archetypes' gebaseerd, en kan technisch met CCR of CCD worden uitgevoerd.

¹⁴ <http://www.openehr.org/knowledge/>

Bijlage 3. Overzicht Zorginformatiebouwstenen

Deze tabel bevat een overzicht van alle bouwstenen, zoals die opgeleverd zijn door het project 'Generieke Overdrachtsgegevens' en door het project 'Uitbreiding GenOGeg met verpleegkundige gegevens'. Via de laatste kolom in deze tabel ('Ontstaansproject') kan de relatie gelegd worden met de afspraken rond beheer van de bouwstenen. Zie ook www.nictiz.nl/gog

Naam Bouwsteen	Toelichting, iha een verkorte versie van 'concept' uit de bouwsteen	Ontstaansproject
BehandelAanwijzing	Een behandel aanwijzing bevat een afgesproken beperking in de behandeling gebaseerd op de mondelinge of schriftelijke wilsverklaring van de patiënt.	Generieke Overdrachtsgegevens
MedicatieGebruik	MedicatieGebruik beschrijft de inname of toediening van een medicament, veelal in relatie tot een voorschrift, maar ook op eigen initiatief. Het beschrijft het patroon van inname van medicatie, zoals gerapporteerd door de patiënt zelf, een mantelzorger of een zorgverlener. Het vastleggen van medicatie gebruik geeft naast het gebruik van voorgeschreven medicatie ook inzicht in het gebruik van thuismedicatie.	Generieke Overdrachtsgegevens
MedicatieToediening	Een medicatietoediening beschrijft de werkelijke toediening van een medicament. Dit kan gaan om het eenvoudig doorslikken van een tablet, het opbrengen van een zalf of pasta, of een langdurende infusie. De toediening kan verwijzen naar een medicatievoorschrift, maar kan ook betrekking hebben op thuismedicatie.	Generieke Overdrachtsgegevens
MedicatieVerstrekking	Medicatie verstrekking beschrijft de levering van een medicatieproduct aan een specifieke patiënt (of de toediener of een vertegenwoordiger), met de bedoeling dat het gebruikt wordt volgens een meegeleverde instructie (meestal als uitvoering van het verstrekkingverzoek in een medicatievoorschrift). Een verstrekking vindt plaats op het moment dat de patiënt (of de andere genoemden) het product fysiek ontvangt.	Generieke Overdrachtsgegevens
MedicatieVoorschrift	Een medicatievoorschrift is een afspraak of order voor het gebruik van medicatie, waarin beschreven worden: het voorgeschreven product, instructies voor het gebruik of toediening en (optioneel) een verzoek tot aflevering.	Generieke Overdrachtsgegevens
Ademhaling	Bij de ademhaling of respiratie stroomt er lucht naar en van de longen, waar de gasuitwisseling plaatsvindt, waarbij zuurstof vanuit de lucht wordt opgenomen in het bloed en koolstofdioxide wordt afgegeven aan de lucht. Observaties van de spontane ademhaling zoals deze meestal geregistreerd worden als onderdeel van de observatie van de vitale functies.	Generieke Overdrachtsgegevens
Alert	Een alert beschrijft een klinisch of administratief feit dat onder de aandacht van de gebruikers van de klinische systemen wordt gebracht, om er bij het vormen van diagnostisch en therapeutisch beleid of bij de omgang met de patiënt rekening mee te houden, meestal wegens een veiligheidsrisico.	Generieke Overdrachtsgegevens

AllergieIntolerantie	<p>Een allergie of intolerantie beschrijft de geneigdheid tot overgevoeligheid van een patiënt voor een stof, zodat na blootstelling een ongewenste fysiologische reactie verwacht wordt, terwijl bij de meeste mensen bij die hoeveelheid geen reactie zou optreden. De waargenomen fysiologische veranderingen zijn meestal het resultaat van een immunologische reactie.</p> <p>De stoffen kunnen als volgt worden ingedeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geneesmiddel - Geneesmiddelgroep - Ingrediënt/toevoeging - Voeding - Omgevingsfactor - Dier - Planten - Chemicaliën - Inhalatieallergenen 	Generieke Overdrachtsgegevens
BarthelIndex	<p>De Barthel-index is een gevalideerd meetinstrument voor het vastleggen en volgen van activiteiten van het dagelijks leven (ADL) van patiënten en indirect de mate van afhankelijk zijn van hulp. De lijst bestaat uit 10 onderdelen: darm, blaas, uiterlijke verzorging, toiletgebruik, eten, transfers (bed-stoel en omgekeerd), mobiliteit, aan- en uitkleden, trappen lopen en baden/douchen waaraan een score wordt toegekend.</p> <p>De totaalscore is de som van de scores van de 10 onderdelen.</p>	Generieke Overdrachtsgegevens
Betaler	<p>Betalers zijn organisaties of individuen die betalen voor de aan de patiënt geleverde zorg. Deze organisaties of individuen kunnen zijn: instellingen of personen die financieel garant staan of verantwoordelijk zijn voor de patiënt (zoals ouders van minderjarigen), organisaties met directe financiële verantwoordelijkheid, combinaties van deze of de patiënt zelf.</p>	Generieke Overdrachtsgegevens
Bloeddruk	<p>De bloeddruk is een parameter om de toestand van de bloedsomloop vast te leggen en wordt uitgedrukt in de systolische en diastolische druk in mmHg.</p>	Generieke Overdrachtsgegevens
Burgerlijkestaat	<p>Burgerlijke staat is de formele positie van een mens in de zin en betekenis van het burgerlijk wetboek. Te onderscheiden vallen huwelijkse staat en partnerregistratie (geregistreerd partnerschap).</p>	Generieke Overdrachtsgegevens
Contactpersoon	<p>Een contactpersoon is een persoon anders dan zorgverleners, die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt, zoals familieleden, mantelzorgers, geestelijke verzorgers, voogden en wettelijke vertegenwoordigers.</p>	Generieke Overdrachtsgegevens
Contact	<p>Een contact is een interactie, onafhankelijk van de situatie, tussen een patiënt en een zorgverlener, waarbij de zorgverlener de primaire verantwoordelijkheid heeft de conditie van de patiënt te diagnosticeren, te evalueren, te behandelen en de patiënt te informeren. Dit kunnen bezoeken,</p>	Generieke Overdrachtsgegevens

	afspraken of niet face-to-face interacties zijn. Contacten kunnen huisarts- of praktijkbezoeken, thuisbezoeken, opnames (in bijvoorbeeld ziekenhuizen, verpleeg/verzorgingstehuizen, psychiatrische inrichtingen of revalidatieklinieken) of andere relevante contacten betreffen. Het betreft alleen <i>historische</i> contacten. De toekomstige contacten kunnen vastgelegd worden in de bouwsteen GeplandeZorgActiviteit.	
Drugsgebruik	Drugs (ook wel: verdovende middelen, stimulerende middelen, bedwelmingsmiddelen, roesmiddelen, geestverruimende middelen, verboden middelen of dope) is een verzamelnaam voor geneesmiddelen en genotsmiddelen die een meer of minder 'drogerende' (verdovende, opwekkende en/of hallucinogene) werking hebben en die tot verslaving kunnen leiden. Drug [Online] Beschikbaar op: nl.Wikipedia.org/wiki/drug [Geraadpleegd: 11 februari 2015]. Deze bouwsteen beschrijft de bij de patiënt uitgevraagde gegevens over het gebruik van drugs.	Generieke Overdrachtsgegevens
Familieanamnese	De familieanamnese beschrijft de gezondheidsproblemen van biologische verwanten die relevant zijn. De familieanamnese bevat informatie over de medische aandoeningen van het familielid en de biologische relatie tussen de patiënt en het beschreven familielid.	Generieke Overdrachtsgegevens
FunctioneleOfMentaleStatus	De functionele of mentale status geeft inzicht in de functionele en mentale beperkingen van de patiënt.	Generieke Overdrachtsgegevens
LichaamsGewicht	Lichaamsgewicht is de gangbare benaming voor de massa van het (menselijk) lichaam.	Generieke Overdrachtsgegevens
GlasgowComaScale	Vijftienpuntschaal waarmee het bewustzijnsniveau van een persoon, van volkomen helder tot diep bewusteloos, kan worden weergegeven in een cijfer, de zogenaamde EMV-score. De Glasgow comascore ofwel EMV (Eye-Motor-Verbal) score is een maat voor de mate van het bewustzijn, gebaseerd op oog-, verbale en bewegingsreacties op specifieke voorgeschreven hoorbare en voelbare prikkels.	Generieke Overdrachtsgegevens
Hartfrequentie	De hartfrequentie is het aantal slagen per minuut dat het hart maakt.	Generieke Overdrachtsgegevens
AlcoholGebruik	Alcohol is in de context van deze bouwsteen de verzamelnaam voor alcoholische dranken die als genotsmiddel genuttigd worden. Deze bouwsteen beschrijft de bij de patiënt uitgevraagde gegevens over het gebruik van alcohol.	Generieke Overdrachtsgegevens
TabakGebruik	Tabak is een product afkomstig van de bladeren van de tabaksplant dat als genotmiddel wordt gerookt. Rookbare vormen van tabak zijn shag, sigaretten, sigaren en pijptabak. Deze bouwsteen beschrijft de bij de patiënt uitgevraagde gegevens over het gebruik van tabak.	Generieke Overdrachtsgegevens
OverdrachtLaboratoriumUitslag	Een laboratoriumuitslag beschrijft het resultaat van een laboratoriumbepaling. Behalve de uitkomsten van testen met een enkelvoudig resultaat kunnen ook de uitkomsten van meer complexe testen met meervoudige resultaten of 'panel' vastgelegd worden.	Generieke Overdrachtsgegevens
LichaamsLengte	De lichaamslengte van een persoon.	Generieke

		Overdrachtsgegevens
Levensovertuiging	De levens- en/of geloofsovertuiging van de patiënt.	Generieke Overdrachtsgegevens
MedischHulpmiddel	Medische hulpmiddelen kunnen worden omschreven als de inwendig geïmplanteerde en uitwendige apparatuur en/of hulpmiddelen die de patiënt gebruikt of heeft gebruikt om de gevolgen van functionele beperkingen van orgaansystemen te verminderen of om de behandeling van een ziekte mogelijk te maken.	Generieke Overdrachtsgegevens
Nationaliteit	De nationaliteit wordt gebruikt als aanduiding voor het land van staatsburgerschap.	Generieke Overdrachtsgegevens
O2Saturatie	De arteriële zuurstofsaturatie, kortweg saturatie, is een graadmeter voor de hoeveelheid zuurstof die aan het hemoglobine in de rode bloedcellen in de arteriën of slagaders gebonden is. De meting wordt meestal uitgevoerd als een transcutane meting met een saturatiemeter of pulsoximeter. De saturatie wordt uitgedrukt als een percentage en is bij gezonde personen meer dan 95%.	Generieke Overdrachtsgegevens
Opleiding	De opleiding beschrijft de hoogst genoten opleiding.	Generieke Overdrachtsgegevens
Patient	Een persoon die medische zorg ontvangt.	Generieke Overdrachtsgegevens
Pijnscore	De pijnscore is een algemene maat voor de pijnbeleving, geen beschrijving van specifieke, gelocaliseerde pijn. Als goed reproduceerbare maat voor de beleving van pijn worden gebruikt: 1) NRS (Numeric Rating Scale) waarbij de patiënt een cijfer geeft aan de pijn op een schaal van 1 (geen pijn) en 10 (ondraaglijke pijn). 2) VAS (Visual Analogue Score) , waarbij de patiënt op een lat met een lijn aangeeft hoe de pijn ervaren wordt en op de achterkant van de lat staat een schaal van 0 (geen pijn) tot 10 (ondraaglijke pijn). De uitslag van beide scores hebben dezelfde betekenis, maar de visueel analoge methode (VAS) wordt als betrouwbaarder aangemerkt dan de NRS pijnscore.	Generieke Overdrachtsgegevens
OverdrachtGeplandeZorgActiviteit	Alle geplande afspraken, verwijzingen, behandelingen en diagnostische procedures, uitstaande orders en orders waarvan de uitslag nog niet bekend is, relevant voor de zorg van de patiënt, kunnen worden vermeld. Ook kunnen hier <i>Clinical reminders</i> worden geplaatst. Dit zijn uitgestelde orders, die nog niet actief zijn. (Bijvoorbeeld: let op! patiënt moet nog een booster vaccinatie hebben over x weken; let op! controleer de volgende keer de wangslimvliezen). Het concept GeplandeZorgActiviteit is een regel uit het behandelplan. Hiermee kan elke ontvanger, raadpleger of zorginstelling inzicht krijgen in de geplande zorg voor deze patiënt.	Generieke Overdrachtsgegevens

Polsfrequentie	De polsfrequentie is het aantal palpatie per minuut gemeten aan een slagader.	Generieke Overdrachtsgegevens
OverdrachtConcern	<p>Bij het vastleggen van relevante gezondheidsproblemen van de patiënt zijn twee aspecten van belang: enerzijds de waarneming van het probleem (de klacht, het symptoom, de diagnose enz.) zelf en anderzijds de beoordeling of het actief beleid vergt. Deze beoordeling door de zorgverlener ligt vast in het 'Concern', het punt van aandacht. Het is mogelijk om Problemen, die onderling samenhangen, onder te brengen onder één Concern.</p> <p>Het onderscheid tussen vastgestelde problemen en de aandacht die deze vergen, maakt het mogelijk aan te geven waarop medisch of verpleegkundig beleid van toepassing dan wel noodzakelijk is. Als voorbeeld kan een goed ingestelde diabetes worden genoemd; deze vereist geen actief beleid van de zorgverlener.</p> <p>Een probleem beschrijft een toestand met betrekking tot de gezondheid en/of het welzijn van een individu. Deze toestand kan zijn benoemd door de betroffene (de patiënt) zelf (een klacht), of door zijn of haar zorgverlener (onder andere een diagnose). De toestand kan aanleiding zijn voor diagnostisch of therapeutisch beleid.</p> <p>Een probleem omvat allerlei soorten medische of verpleegkundige gegevens, die een gezondheidsprobleem representeren. Een probleem kan verschillende typen gezondheidsproblemen representeren (zoals klachten, symptomen etc).</p>	Generieke Overdrachtsgegevens
OverdrachtTekstUitslag	Een tekstuitslag beschrijft de bevindingen en interpretatie van diagnostische of therapeutische verrichtingen, uitgevoerd op patiënten of monsters afkomstig van de patiënt.	Generieke Overdrachtsgegevens
LichaamsTemperatuur	Het meten en vastleggen van de lichaamstemperatuur van een persoon als surrogaat voor de centrale lichaamstemperatuur (de hoogste temperatuur midden in de romp) van een persoon	Generieke Overdrachtsgegevens
Vaccinatie	<p>Immunisatie kan worden gedefinieerd als "Het opwekken van natuurlijke immuniteit tegen ziekteverwekkers door middel van vaccinatie (actieve immunisatie) of door toediening van immunoglobulinen (passieve immunisatie)".</p> <p>In deze bouwsteen worden alleen de vaccinaties opgenomen. De toediening van immunoglobulines maakt deel uit van het medicatieoverzicht. Vaccinaties hebben levenslang relevantie.</p> <p>De meeste vaccinaties worden in Nederland uitgevoerd in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). RVP informatie is vooral van belang bij kinderen.</p> <p>Vaccinaties zijn ook relevant bij volwassen patiënten zoals transplantatiepatiënten, dialysepatiënten en patiënten met een status na miltectomie. Daarnaast zijn er specifieke indicaties voor de vaccinatie van risicogroepen, zoals reizigers, professionals die met bloed in aanraking komen of patiënten met verwondingen, een verminderde afweer of verhoogd risico.</p>	Generieke Overdrachtsgegevens
OverdrachtVerrichting	Het concept Verrichting vermeldt een therapeutische verrichting, die de patiënt heeft ondergaan. Indien relevant kunnen ook diagnostische verrichtingen vermeld worden.	Generieke Overdrachtsgegevens

	Een verrichting kan een simpele bloeddrukmeting zijn maar ook een complexe hartoperatie.	
Woonsituatie	De woonsituatie is de fysieke omgeving waarin de patiënt normaliter woont, slaapt, kleding bewaart, enz.	Generieke Overdrachtsgegevens
Zorgaanbieder	Een zorgaanbieder is een organisatie die medische-, paramedische- en/of verpleegkundige zorg aanbiedt, en ook daadwerkelijk verleent, aan cliënten/patiënten. Voorbeelden zijn: ziekenhuis, verpleeghuis, huisartsenpraktijk.	Generieke Overdrachtsgegevens
Zorgverlener	Een zorgverlener is een persoon die bevoegd is tot handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg.	Generieke Overdrachtsgegevens
Wilsverklaring	Een wilsverklaring is een mondelinge of schriftelijke omschrijving van de wens van de patiënt ten aanzien van toekomstig medisch handelen of het levenseinde. Een wilsverklaring is vooral voor situaties waarin de patiënt niet meer over deze beslissingen kan praten met de zorgverlener.	Generieke Overdrachtsgegevens
AlgemeneMentaleFuncties	Belangrijke onderdelen van de algemene mentale functies van de hersenen zijn intellectuele functies, oriëntatie en bewustzijn. Als er sprake is van stoornis in intellectuele functies t.g.v. verstandelijke beperking wordt dit niet beschreven in deze bouwsteen maar als medische diagnose vastgelegd. Stoornissen in oriëntatie en bewustzijn in combinatie met stoornissen in aandacht, geheugen en waarneming worden gezien als belangrijke symptomen voor de mogelijke aanwezigheid van een delier. Laatstgenoemde stoornissen worden vastgelegd in de bouwsteen SpecifiekeMentaleFuncties.	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
AlgemeneMeting	Een algemene meting legt de uitkomst vast van een meting of bepaling die bij een patiënt is uitgevoerd. De bouwsteen wordt gebruikt om de uitslagen van metingen vast te leggen waarvoor geen specifieke bouwstenen zijn geformuleerd. De bouwsteen is niet bedoeld voor laboratorium bepalingen die uitgevoerd worden op materiaal dat bij de patiënt is afgenomen.	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
Behandeldoel	Het behandeldoel omschrijft het gewenste resultaat van de behandeling/interventies met betrekking tot het benoemde probleem van de patiënt. Naast de streefwaarde wordt bij het te bereiken doel ook een streefdatum aangegeven. Vergelijking van het behandeldoel met de uitkomsten van zorg geeft inzicht in de effectiviteit van de behandeling/interventies. Voor het verpleegkundig proces wordt het probleem uitgedrukt als verpleegkundige diagnose. Het behandeldoel is samen met verpleegkundige diagnoses, verpleegkundige interventies en uitkomsten van zorg, onderdeel van het verpleegkundig proces.	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
BeperkingInMobiliteit	Beperking in mobiliteit bevat de eventuele beperkingen t.a.v. alle aspecten van mobiliteit, zoals het veranderen van lichaamshouding, lopen en voortbewegen, eventueel met behulp van hulpmiddelen.	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
Blaasfunctie	De primaire functie van de blaas is tijdelijke opslag van urine. Een tweede belangrijke functie van de blaas is het uitdrijven van de opgeslagen urine, zodra daar een gelegenheid voor is. Door diverse oorzaken kunnen deze functies verstoord zijn.	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)

Brandwond	<p>Een brandwond is een verwonding door invloed van hitte op de huid gedurende een bepaalde tijd en boven een bepaalde kritische temperatuur. Boven deze kritische temperatuur (+/- 40° C) treedt beschadiging van de huid op. Er zijn verschillende soorten brandwonden en deze worden ingedeeld naar de diepte van de brandwond.</p> <p>De diepte van de brandwond hangt af van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de temperatuur van de inwerkende hitte; - de tijd dat de hitte inwerkt op de huid; - de oorzaak van de verbranding (bijvoorbeeld hete vloeistof, vuur). 	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
Communicatievaardigheden	<p>Communicatievaardigheden zijn de vaardigheden van patiënt m.b.t. het delen van informatie (zowel verbaal als non-verbaal), waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen het begrijpen van de gecommuniceerde informatie en het zich kunnen uiten, zowel verbaal als non-verbaal.</p> <p>Beperkingen in communicatievaardigheden kunnen verschillende oorzaken hebben. Het kan een gevolg zijn van hersenletsel, zoals afasie, of een stoornis in de mentale functies. Dit kan een grote impact hebben op de mate waarin iemand informatie begrijpt of de manier waarop iemand zich kan uiten. Ook patiënten die slechthorend zijn kunnen moeite hebben met communicatie.</p> <p>Mate van taalbeheersing is geen onderdeel van communicatievaardigheden.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
Darmfunctie	<p>Een belangrijke functie van met name de endeldarm is de tijdelijke opslag van ontlasting en het uitscheiden hiervan, zodra daar een gelegenheid voor is. Verstoring van de darmfunctie kan leiden tot ontlastingsincontinentie en obstipatie.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
DecubitusWond	<p>Een decubituswond is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggend weefsel, meestal ter hoogte van een botuitsteeksel, als gevolg van druk of druk in samenhang met schuifkracht.</p> <p>Decubitus gaat gepaard met veel ziektelast en vermindert de kwaliteit van leven voor patiënten.</p> <p>Adequate risico-inschatting, preventie en behandeling van decubitus leiden tot een lagere incidentie en prevalentie van decubitus.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
FunctieHoren	<p>Horen is het vermogen om geluid waar te nemen, met als doel het communiseren met anderen, het localiseren van een geluidsbron en het herkennen van geluiden. Het gaat daarbij om de waarneming van de geluidsgolven en niet om de verwerking er van in de hersenen.</p> <p>Een stoornis van de hoorfunctie kan leiden tot onder andere communicatieproblemen.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
FunctieZien	<p>Zien is het vermogen om belichte objecten waar te nemen, met als doel zich te oriënteren op voorwerpen en personen in een belichte omgeving. Het gaat daarbij om de waarneming van de lichtprikkels en niet om de verwerking er van in de hersenen.</p> <p>Een stoornis van de gezichtsfunctie kan leiden tot onder andere oriëntatieproblemen.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
FunctieZintuiglijkeWaarneming	<p>Zintuiglijke waarneming, ook wel perceptie genoemd, is het proces van het verwerven, registreren, interpreteren, selecteren en ordenen van zintuiglijke informatie.</p>	Verpleegkundige gegevens

	<p>De waarneming treedt op bij het aanbieden van externe prikkels aan prikkel-specifieke receptoren, de zintuigen. Voorbeelden van prikkels zijn geuren, warmte en druk.</p> <p>Het concept beperkt zich tot de functie van de zintuigen en eventuele stoornis van deze functie en omvat niet de interpretatie van de waarneming in de hersenen.</p> <p>Voor de gehoorfunctie en visuele functie zijn aparte bouwstenen beschikbaar.</p>	(eOverdracht)
Gezinssituatie	<p>Traditioneel is een gezin gedefinieerd als een leefverband van een of meer volwassenen die verantwoordelijkheid dragen voor de verzorging en de opvoeding van een of meer kinderen.</p> <p>Tegenwoordig wordt de term breder gebruikt voor alle samenlevingsvormen die een herkenbare sociale eenheid vormen, met al dan niet verwante personen die duurzame en affectieve banden hebben en elkaar onderling steun en verzorging verlenen.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
Huidaandoening	<p>Een huidaandoening is een door een nader aan te duiden oorzaak ontstane verstoring van het orgaan huid.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
HulpBijMedicatie	<p>Hulp bij medicatie beschrijft de mate waarin de patiënt zelfstandig in staat is om medicatie te gebruiken en is een onderdeel van zelfverzorging. Het gaat hierbij uitsluitend om het aspect van zelfredzaamheid en niet om de specificatie van de medicatie.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
HulpVanAnderen	<p>Bij de zorg voor een patiënt met een aandoening of beperking zijn, met name in de thuissituatie, vaak meerdere personen of instanties betrokken. Hun inzet maakt het voor de patiënt mogelijk in meer of mindere mate zelfstandig te functioneren. Het gaat hierbij niet alleen om mantelzorgers, maar ook om professionele hulp zoals geboden door thuiszorg instanties, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden.</p> <p>Behandelende artsen en personeel van de organisatie waarin een patiënt is opgenomen vallen niet onder dit concept.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
Infuus	<p>Een infuus is een apparaat waarmee vloeistof langzaam in een bloedvat wordt gespoten. Het infuus bestaat uit een aantal delen.</p> <p>Tot het infuus wordt behoort:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de canule (perifeer) of de katheter (centraal) die perifeer of centraal wordt ingebracht bij de patiënt; • het toedieningssysteem dat aangesloten is op de canule/katheter waardoor de vloeistof loopt die wordt toegediend; • de infuuszak waar de vloeistof zich in bevindt. <p>Op één canule/katheter kunnen meerdere toedieningsystemen zijn aangesloten. Daarnaast kan een centraal veneuze katheter meerdere lumina bevatten. Naast veneuze katheters zijn er ook een arteriële en epidurale katheters.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
Menstruatiecyclus	<p>De menstruatiecyclus is een periodieke verandering in het lichaam van de geslachtsrijpe vrouw</p>	Verpleegkundige

	tussen de puberteit en de menopauze. De cyclus heeft te maken met de eicelrijping en het klaarmaken van het lichaam voor mogelijke zwangerschap. Door verschillende oorzaken kunnen er afwijkingen of verstoringen van de cyclus optreden. Het concept gaat met name in op de stoornissen en beschrijft niet of de patiënt in staat zelfstandig de verzorging bij menstruatie uit te voeren. Dit wordt beschreven in de bouwsteen VermogenTotToiletgang.	gegevens (eOverdracht)
MUSTScore	De Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) is een (gevalideerd) diagnostisch screeningsinstrument voor het bepalen van de mate van ondervoeding van de patiënt. Voor dit screeningsinstrument wordt bij elke patiënt de Body Mass Index (BMI) en het percentage gewichtsverlies berekend en wordt de patiënt een ziektefactor toegekend. De MUST ondersteunt het vroegtijdig herkennen en behandelen van ondervoeding. (Bron: Richtlijn Behandeling en screening ondervoeding.)	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
Ondervoeding	Ondervoeding is een voedingstoestand, waarbij een disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare nadelige effecten op lichaamssamenstelling en functioneren. Dit komt met name door een klinisch relevante afname van de spiermassa. Met name zieke mensen en kwetsbare ouderen lopen kans om ondervoed te raken. Een hulpmiddel bij het vaststellen van (risico op) ondervoeding zijn gevalideerde screeningsinstrumenten als de MUST en de SNAQ questionnaire. (Bron: NHG, Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Ondervoeding)	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
OverdrachtValrisico	Vallen is de meest voorkomende oorzaak van letsel door een ongeval bij ouderen. Wanneer een patiënt eenmaal gevallen is, loopt hij een groter risico om opnieuw te vallen. Met de juiste aanpak kan het valrisico bij ouderen effectief verlaagd worden.	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
ParticipatieInMaatschappij	Participatie in de maatschappij gaat in op deelname aan maatschappelijke activiteiten die patiënt in het dagelijks leven onderneemt, zoals het uitoefenen van een beroep en hobby activiteiten. Daarnaast beschrijft participatie in de maatschappij het sociale netwerk van de patiënt.	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
Pijnbeleving	Pijnbeleving geeft een zo compleet mogelijk beeld van de door de patiënt ervaren pijn. Daartoe wordt niet alleen de mate van pijn maar ook de context waarin de pijn ervaren wordt beschreven. De mate van pijn wordt vastgelegd met de Numeric Rating Scale (NRS) of de Visual Analogue Score (VAS).	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
Slaapfunctie	Slaap is de periode van inactiviteit en afwezigheid van wakend bewustzijn, waarbij het lichaam tot rust komt en de fysiologische en psychologische activiteit minder is. Door verschillende oorzaken kunnen slaapproblemen en stoornissen van de verschillende aspecten van slaap, zoals inslapen, doorslapen en het dag-/nachtritme voorkomen. Slaapfunctie richt zich met name op de problemen en stoornissen.	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
SNAQScore	De Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) is een (gevalideerd) meetinstrument voor	Verpleegkundige

	<p>het bepalen van de mate van ondervoeding van de patiënt. Het instrument bestaat uit drie vragen waaraan een score wordt toegekend. De totaalsom van deze score bepaalt de mate van ondervoeding.</p> <p>De SNAQ ondersteunt het vroegtijdig herkennen en behandelen van ondervoeding.</p> <p>Er zijn drie varianten van het meetinstrument voor verschillende zorgsettingen ontwikkeld, te weten ziekenhuis, verzorgings- en verpleeghuizen en zelfstandig wonende ouderen. Dit concept beschrijft het instrument dat bedoeld is voor de ziekenhuissetting.</p>	gegevens (eOverdracht)
SondeSysteem	<p>Een sonde is een speciale katheter die gebruikt wordt om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vloeibare voeding toe te dienen aan mensen die niet op een normale manier kunnen eten of drinken, • medicatie toe te dienen, • maagsap af te laten lopen (hevelen) of af te zuigen. <p>Sondes kunnen op verschillende wijzen ingebracht worden. Een sonde kan, via de neus, worden ingebracht in de maag of darm (duodenum, jejunum).</p> <p>Percutane endoscopische gastrostomie (PEG) is een techniek om een sondeslang in de maag te leggen via de buikwand. Deze dunne slang wordt gebruikt om een patiënt te voeden die gedurende lange tijd geen voeding op de normale wijze tot zich kan nemen (PEG-sonde).</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
SpecifiekeMentaleFuncties	<p>Belangrijke onderdelen van de specifieke mentale functies van de hersenen zijn aandacht, stemming, denken en geheugen.</p> <p>Stoornissen in aandacht, geheugen en waarneming samen met oriëntatie en bewustzijn uit bouwsteen algemene mentale functies gezien als belangrijke symptomen voor het ontstaan van een delier.</p> <p>Het concept specifieke mentale functies omvat niet het gedrag dat het gevolg is van een stoornis in de mentale functie.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
Stoma	<p>Een stoma is een onnatuurlijke, chirurgisch aangelegde opening die een lichaamsholte verbindt met de buitenwereld. Een stoma wordt onder andere aangelegd als uitgang voor ontlasting of urine wanneer deze stoffen het lichaam niet op natuurlijke wijze kunnen verlaten. Bij een tracheostoma dient de stoma om ademhaling mogelijk te maken wanneer dat niet meer via de mond, neus- en keelholte kan.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
Taalvaardigheid	<p>Taalvaardigheid is het vermogen zich uit te drukken in een taal en mededelingen gedaan in die taal te begrijpen. Het gaat daarbij zowel om mondelinge als schriftelijke communicatie.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
UitkomstVanZorg	<p>Het concept Uitkomst van zorg (zorgresultaten) beschrijft de vastgestelde status van de patiënt met betrekking tot een bepaald probleem. Het geeft door vergelijking met het behandeldoel inzicht in de effectiviteit van verpleegkundige interventies/activiteiten die ingezet zijn met betrekking tot dit</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)

	<p>probleem. Het is een onderdeel van het verpleegkundig proces, samen met verpleegkundige diagnoses/problemen, behandeldoel en verpleegkundige interventies.</p> <p>Er zijn verschillende classificatie systemen die een zorgresultaten beschrijven met een meetwaarde, zoals NOC (Nursing Outcome Classification), Omaha System, ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Zo mogelijk wordt gebruik gemaakt van één van deze indelingen.</p>	
VermogenTotDrinken	<p>Zelfstandig drinken kunnen bereiden en nuttigen is een onderdeel van zelfzorg. Beperkingen in dit vermogen duiden op een verminderde zelfredzaamheid op dit gebied.</p> <p>Deze activiteit wordt samen met activiteiten zoals onder andere eten, zich kleden en zich wassen, ook aangeduid als algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Dit zijn de handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten. De mate waarin een persoon al deze activiteiten zelfstandig kan verrichten zijn een maat voor de totale zelfredzaamheid.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
VermogenTotEten	<p>Zelfstandig eten kunnen bereiden en nuttigen is een onderdeel van zelfzorg. Beperkingen in dit vermogen duiden op een verminderde zelfredzaamheid op dit gebied.</p> <p>Deze activiteit wordt samen met activiteiten zoals onder andere drinken, zich kleden en zich wassen, ook aangeduid als algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Dit zijn de handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten. De mate waarin een persoon al deze activiteiten zelfstandig kan verrichten zijn een maat voor de totale zelfredzaamheid.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
VermogenTotHaarverzorging	<p>Zelfstandig het haar en indien van toepassing de baard of snor kunnen verzorgen is een onderdeel van zelfzorg. Beperkingen in dit vermogen duiden op een verminderde zelfredzaamheid op dit gebied. Het wassen van het haar valt hier niet onder, dit valt onder vermogen om zich te wassen.</p> <p>Deze activiteit wordt samen met activiteiten zoals onder andere eten, zich kleden en zich wassen, ook aangeduid als algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Dit zijn de handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten. De mate waarin een persoon al deze activiteiten zelfstandig kan verrichten zijn een maat voor de totale zelfredzaamheid.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
VermogenTotMondverzorging	<p>Zelfstandig de mond kunnen verzorgen is een onderdeel van zelfzorg. Het gaat hierbij om tweemaal daags poetsen van de tanden en kiezen met fluoride tandpasta en/of het reinigen van het (gedeeltelijk) kunstgebit en het reinigen van een kaak zonder tanden of kiezen (edentate kaak) en het verzorgen van het mondslijmvlies.</p> <p>Beperkingen in dit vermogen duiden op een verminderde zelfredzaamheid op dit gebied.</p> <p>Deze activiteit wordt samen met activiteiten zoals onder andere eten, zich kleden en zich wassen, ook aangeduid als algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Dit zijn de handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten. De mate waarin een persoon al deze activiteiten zelfstandig kan verrichten zijn een maat voor de totale zelfredzaamheid.</p> <p>(Bron: Instructiekaart Mondverzorging, 2011)</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
VermogenTotToiletgang	<p>Zelfstandig kunnen zorgdragen voor urineren, defeceren en de zorg bij menstruatie is een onderdeel</p>	Verpleegkundige

	<p>van zelfzorg. Beperkingen in dit vermogen duiden op een verminderde zelfredzaamheid op dit gebied.</p> <p>Deze activiteit wordt samen met activiteiten zoals onder andere eten, zich kleden en zich wassen, ook aangeduid als algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Dit zijn de handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten. De mate waarin een persoon al deze activiteiten zelfstandig kan verrichten zijn een maat voor de totale zelfredzaamheid.</p>	gegevens (eOverdracht)
VermogenTotZichKleden	<p>Zelfstandig zich kunnen kleden is een onderdeel van zelfzorg. Beperkingen in dit vermogen duiden op een verminderde zelfredzaamheid op dit gebied.</p> <p>Deze activiteit wordt samen met activiteiten zoals onder andere eten, drinken en zich wassen, ook aangeduid als algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Dit zijn de handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten. De mate waarin een persoon al deze activiteiten zelfstandig kan verrichten zijn een maat voor de totale zelfredzaamheid.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
VermogenTotZichWassen	<p>Zich zelfstandig kunnen wassen is een onderdeel van zelfzorg. Beperkingen in dit vermogen duiden op een verminderde zelfredzaamheid op dit gebied.</p> <p>Deze activiteit wordt samen met activiteiten zoals onder andere eten, drinken en zich kleden, ook aangeduid als algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Dit zijn de handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten. De mate waarin een persoon al deze activiteiten zelfstandig kan verrichten zijn een maat voor de totale zelfredzaamheid.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
Voedingsadvies	<p>Een voedingsadvies is een beschrijving van voeding voor de patiënt, die aan specifieke eisen moet voldoen in verband met de gezondheidstoestand van de patiënt. Allergieën en overgevoeligheden of kauw- en slikproblemen kunnen aanleiding zijn voor speciale voeding.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
VrijheidsbeperkendeMaatregelenGZ	<p>Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn maatregelen (fysiek of verbaal) die gebruikt worden om de betrokkene bewust zijn/haar vrijheid te beperken. Onder deze definitie vallen vele vormen van vrijheidsbeperking, zoals (niet uitputtend)</p> <ul style="list-style-type: none"> • dwangbehandeling • beperking in bewegingsvrijheid (bv. onrustband) • huisregels <p>Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is aan strikte voorwaarden gebonden. De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) beschermt de rechten van cliënten die niet vrijwillig zijn opgenomen in de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg en in de psychogeriatric. De wet is uitsluitend van toepassing in BOPZ-aangemerkte instellingen en geldt ook voor sommige (gesloten) afdelingen in het verzorgingshuis.</p> <p>Voor de registratie van de maatregelen wordt binnen de GGZ instellingen gebruik gemaakt van een landelijk registratiesysteem, de Argusregistratie.</p> <p>Het risicogedrag van de betrokkene, dat de aanleiding vormt voor de maatregelen, wordt niet in dit</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)

	concept beschreven.	
VrijheidsbeperkendeMaatregelen	<p>Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn maatregelen (fysiek of verbaal) die gebruikt worden om de betrokkene bewust in zijn/haar vrijheid te beperken.</p> <p>In het ziekenhuis gaat het meestal om het gebruik van bedhekken, een onrustband (band om de taille), pols- of enkelbanden of een tentbed. Meestal wordt in combinatie met vrijheidsbeperkende interventies ook rustgevende medicatie toegediend.</p> <p>Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is aan strikte voorwaarden gebonden. Voor het toepassen ervan in ziekenhuizen door verpleegkundigen heeft de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) een richtlijn gepubliceerd.</p> <p>Het risicogedrag van de betrokkene, dat de aanleiding vormt voor de maatregelen, wordt niet in dit concept beschreven.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
Wond	<p>Een wond is een onderbreking van de continuïteit van de huid, veelal veroorzaakt door externe invloeden.</p> <p>Een veelgebruikte model om de wondkenmerken vast te leggen is het TIME (Tissue', 'Infection', 'Moisture', 'Edge') model, waarbij de wond systematisch wordt beschreven. Bij wondweefsel (T uit het TIME model) wordt gebruik gemaakt van de indeling van het WCS model (Woundcare Consultant Society, WCS Kenniscentrum Wondzorg). Het WCS model is niet geschikt voor de beschrijving oncologische ulcera. Hiervoor bestaat een andere classificatie.</p> <p>Oncologische ulcera zijn huiddefecten die zijn ontstaan door het tumorproces. Zij onderscheiden zich van oncologische wonden die ontstaan ten gevolge van de behandeling van kanker, bijvoorbeeld radiotherapie, chemotherapie of chirurgie.</p> <p>Het concept beschrijft geen decubituswonden en brandwonden. Hiervoor kunnen de betreffende bouwstenen gebruikt worden.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
Ziektebeleving	<p>Een langdurige of levenbedreigende ziekte is in vrijwel alle gevallen een traumatisch ervaring voor de patiënt en zijn omgeving. Iedere patiënt gaat op zijn eigen manier hiermee om. De manier waarop iemand met problemen en stress omgaat, wordt ook wel coping genoemd. Ziektebeleving gaat in op zowel de inschatting door de patiënt van zijn situatie als op de wijze waarop de patiënt en zijn omgeving met deze situatie omgaan (copingstrategieën).</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)
Zwangerschap	<p>Zwangerschap of graviditeit is de toestand waarin een vrouw een bevruchte eicel, en vervolgens embryo en foetus, in zich draagt. Een zwangerschapsduur tussen 37 en 42 weken wordt als normaal beschouwd. De periode van 37 tot 42 weken wordt de "à terme periode" genoemd. De term graviditeit wordt ook gebruikt voor het aantal malen dat een vrouw zwanger is geweest. Samen met de pariteit, het aantal keren dat een vrouw bevallen is, geeft dit inzicht in de obstetrische voorgeschiedenis van de patiënt.</p>	Verpleegkundige gegevens (eOverdracht)

