

# De Nationale Kernset

De beroepsstandaard voor het vastleggen van  
zorggegevens

December 2015, Renate Kieft, programmaleider Nationale Kernset



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Vooraf</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Nut en noodzaak</b>	<b>4</b>
2.1	Professionele verantwoordelijkheid	5
2.2	Bestuurlijke verantwoordelijkheid	6
<b>3</b>	<b>Wat doet de Nationale Kernset?</b>	<b>7</b>
3.1	Via de Nationale Kernset komt gegevensuitwisseling tot stand	8
3.2	De patiënt/cliënt staat centraal	9
3.3	Eenduidige opvatting over verpleegkundige zorg	9
3.4	Betekenisvol registreren	9
3.5	Vermindering van registratielast	10
3.6	Koppeling met richtlijnen en zorgstandaarden	10
<b>4</b>	<b>SNOMED CT en zorginformatiebouwstenen</b>	<b>11</b>
4.1	Toezicht op juist gebruik	11
4.2	Harmoniseren van verpleegkundige zorggegevens	11
4.3	Samenwerking Nictiz	12
4.4	Voorkeurstermen en synoniemen	12
4.5	Zorginformatiebouwstenen	12
<b>5</b>	<b>Hoe verhoudt de Nationale Kernset zich tot classificaties?</b>	<b>14</b>
5.1	Verschillende orderingsprincipes	14
5.2	Coderingssystematiek	14
5.3	Zorginformatiebouwstenen vrij beschikbaar	15
5.4	Uitwisseling en hergebruik	15
<b>6</b>	<b>Gestandaardiseerde zorginformatie een voorbeeld: decubitus</b>	<b>20</b>
<b>7</b>	<b>Hoe wordt de Nationale Kernset ontwikkeld</b>	<b>22</b>
7.1	Ontwikkeling Nationale Kernset, onderdeel patiëntproblemen	22
7.2	Programmastructuur Nationale Kernset	23
<b>8</b>	<b>Glossarium</b>	<b>25</b>

# 1

## Vooraf

Voorliggend document beschrijft de ontwikkeling ten aanzien van gestandaardiseerde zorggegevens voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep. Dit document is een verdieping op de door V&VN in 2014 uitgebrachte visie 'Eenheid in begrip'. Kern van deze visie is dat V&VN nastreeft dat verpleegkundigen en verzorgenden niet gehinderd moeten worden door het gebruik van verschillende classificaties en terminologieën. V&VN zet in op het verzamelen van gestandaardiseerde zorggegevens voor de hele beroepsgroep van verpleegkundigen en verzorgenden, dus sector overstijgend: de Nationale Kernset. Deze zorggegevens moeten aansluiten bij de dagelijkse praktijk van verpleegkundigen en verzorgenden. Het zijn dan ook deze professionals die uiteindelijk bepalen welke zorggegevens tot het verpleegkundig en verzorgend domein of vakgebied behoren.

De Nationale Kernset verbindt de verschillen tussen classificaties, maar doet daarnaast nog veel meer. Het zorgt voor een eenduidige opvatting over verpleegkundige zorg, het zet de patiënt of cliënt centraal en richtlijnen en zorgstandaarden worden geïntegreerd. Door zorggegevens eenduidig te standaardiseren worden gegevens vergelijkbaar. Het wordt mogelijk om de effectiviteit van de totale beroepsgroep inzichtelijk te maken. Iets wat tot op heden niet mogelijk is. Met de Nationale Kernset wordt een wetenschappelijk fundament gelegd voor gestandaardiseerde zorggegevens voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep. In dit document zetten we uiteen hoe we dit gaan doen en op welke gronden standaardisatie van gegevens middels een Nationale Kernset ontwikkeld wordt.

Dit document is geschreven voor beleidsmakers en (potentiële) gebruikers van de Nationale Kernset. In dit document wordt ingegaan op de Nationale Kernset, hoe deze ontwikkeld en gebruikt kan worden, en hoe het zich verhoudt tot classificaties.

## 2

### Nut en noodzaak

Zorggegevens beperken zich niet tot één zorgsector. Verpleegkundigen en verzorgenden zijn werkzaam in verschillende zorgsectoren, en werken met dezelfde zorggegevens. Wanneer een patiënt aangeeft dat hij angstig is, moet dat voor zowel een verpleegkundige of verzorgende in het ziekenhuis, thuiszorg of verpleeghuis hetzelfde concept (begrip) zijn. Deze eenduidigheid is van belang, omdat verpleegkundigen en verzorgenden hun zorggegevens digitaal (gaan) vastleggen in een Elektronisch Patiënten of Cliënten Dossier (EPD/ECD). Eenduidig betekent dat een zorggegeven voor één uitleg vatbaar moet zijn, waardoor het uitwisselbaar en vergelijkbaar wordt. Bij eenduidigheid gaat het er niet om welke term wordt gebruikt (dus wat wordt gezegd), maar wat bedoeld wordt. Veel zorggegevens zijn niet eenduidig geformuleerd, waardoor de kwaliteit en bruikbaarheid van deze zorggegevens tekortschiet<sup>1</sup>. Een van de oorzaken is dat zorggegevens onvoldoende zijn gestandaardiseerd. Dat wil zeggen dat niet duidelijk is welke zorggegevens *eenduidig* moeten worden vastgelegd. Dit geldt ook voor verpleegkundige zorggegevens.



Figuur 1: Verschillende termen voor decubitus

Een voorbeeld om dit te illustreren. Wanneer gekeken wordt naar het concept 'decubitus', blijkt dat er verschillende termen zijn – zie figuur 1. Deze termen zijn ontleend aan classificaties. De ene verpleegkundige spreekt van 'wond/ decubitus'<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> IGZ, Staat van de Gezondheidszorg. Informatie-uitwisseling in de zorg: ICT lost knelpunten zonder standaardisatie van de informatie-uitwisseling niet op, 2011

<sup>2</sup> Koster, N & Harmsen J. Het Omaha System. Een introductie, 2015

terwijl een andere verpleegkundige spreekt van een 'huiddefect'<sup>3</sup> of 'problemen met beschermde functie van de huid'<sup>4</sup>. Terwijl een patiënt het kan aanduiden als 'doorligplek'.

De vraag is of de genoemde termen voor decubitus daadwerkelijk hetzelfde bedoelen. Is een 'huiddefect' hetzelfde als 'problemen met beschermde functie van de huid' of 'wond/decubitus'? Een operatiewond of een brandwond kan ook een huiddefect zijn. Wordt met 'wond/decubitus' bedoeld dat een wond altijd decubitus is of dat decubitus altijd een wond is? Als verpleegkundigen en verzorgenden termen gebruiken moeten zij niet alleen weten wat er mee bedoeld wordt, maar ook welke termen synoniem zijn aan elkaar.

Ook bij de omschrijving van de termen, is te zien dat verschillende definities worden gehanteerd. Een huiddefect is een 'beschadigde epidermis en/of dermis'<sup>5</sup>. Volgens Omaha System betekent het een probleem van het 'natuurlijke bekleedsel van het menselijk lichaam'<sup>6</sup>. Volgens de ICF betekent het een probleem met de functies van de huid betrekking hebben op het beschermen van het lichaam tegen fysieke, chemische en biologische bedreigingen<sup>7</sup>.

De termen worden eveneens gecodeerd met een verschillende coderingsystematiek, wat de uitwisselbaarheid bemoeilijkt. Een computer is immers geen verpleegkundige en weet niet dat met een doorligplek, mogelijk hetzelfde wordt bedoeld als een huiddefect of wond/decubitus.

Het bovenstaande voorbeeld maakt duidelijk dat verpleegkundigen en verzorgenden diverse termen gebruiken en dat deze verschillend zijn gedefinieerd en gecodeerd. Er is geen eenduidigheid. Dit geldt overigens voor het hele verpleegkundige zorgproces. Verpleegkundigen en verzorgenden moeten helder hebben wat de betekenis is van zorggegevens die zij in hun dagelijkse praktijk gebruiken. Hiermee kunnen zij adequate zorg verlenen en kunnen zij aan de patiënt verantwoorden wat hun bijdrage is geweest. Het is belangrijk om te kunnen onderzoeken hoe verpleegkundigen bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Een belangrijk bijkomend nut is dat dubbele registraties en fouten worden voorkomen. Door zorggegevens te standaardiseren kan de patiënt of cliënt door het hele zorgsysteem gevolgd worden; de zorggegevens blijven beschikbaar en kunnen worden hergebruikt.

## 2.1

### **Professionele verantwoordelijkheid**

Gestandaardiseerde zorggegevens gaan over het verpleegkundig en verzorgend beroep. Het is dan ook bij uitstek de professionele verantwoordelijkheid van de beroepsgroep om uitspraken te doen over de inhoud, de kwaliteit en bruikbaarheid van deze zorggegevens. Het zijn de verpleegkundigen en verzorgenden die moeten bepalen welke zorggegevens tot het verpleegkundig en verzorgend domein of vakgebied behoren, en wat de betekenis is van deze zorggegevens. Het is belangrijk dat de beroepsgroep haar verantwoordelijkheid neemt om te werken met de juiste verpleegkundige zorggegevens.

<sup>3</sup> Nanda-Internationaal. Verpleegkundige diagnoses en classificaties 2012-2014

<sup>4</sup> ICF. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health, 2007

<sup>5</sup> Nanda-Internationaal. Verpleegkundige diagnoses en classificaties 2012-2014 p. 506

<sup>6</sup> Het Omaha System. Een introductie, p. 30

<sup>7</sup> ICF – Nederlandse vertaling, p. 102.

## 2.2

### **Bestuurlijke verantwoordelijkheid**

Zorgorganisaties hebben de taak om te zorgen dat verpleegkundigen en verzorgenden worden ondersteund in de uitvoering van hun vak. Het is dan ook een bestuurlijke verantwoordelijkheid om zorg te dragen voor een goed functionerende EPD/ECD. Het is een belangrijke randvoorwaarde om goede informatievoorziening mogelijk te maken. Het betekent dat zorgorganisaties hun interne organisatie en processen, de toegang tot informatie en het beheer van systemen en de infrastructuur goed geregeld moeten hebben.

Alleen met betekenisvolle kwalitatief goede zorginformatie, die door de beroepsgroep wordt onderschreven, kan goede zorginformatie worden aangeleverd. Kwalitatief goed gestandaardiseerde zorginformatie kan alleen ontwikkeld worden wanneer recht wordt gedaan aan de professionele en bestuurlijke verantwoordelijkheid.

### 3

## Wat doet de Nationale Kernset?

Het standaardiseren van zorggegevens betekent allereerst dat helder moet zijn met welke zorggegevens verpleegkundigen en verzorgenden in het primaire zorgproces werken. Pas dan kan worden vastgesteld welke termen verpleegkundigen en verzorgenden gebruiken en hoe deze worden gedefinieerd of omschreven. Zo wordt één vocabulaire voor alle verpleegkundigen en verzorgenden tot stand gebracht: de Nationale Kernset.

Op welke wijze zorggegevens moeten worden opgeslagen (met welk codestelsel en codeset) kan worden bepaald als helder is met welke zorggegevens verpleegkundigen werken én hoe zij zijn gedefinieerd. Dit worden zorginformatiebouwstenen genoemd (meer informatie in paragraaf 4.5). Gestandaardiseerde zorggegevens zijn afspraken die er voor moeten zorgen dat zorggegevens met de juiste kwaliteit worden gedocumenteerd, zodat zij met de juiste kwaliteit kunnen worden opgevraagd, gedeeld, uitgewisseld en overgedragen<sup>8</sup>. Het vermogen om zorggegevens digitaal uit te kunnen wisselen en (her)gebruiken, wordt interoperabiliteit genoemd<sup>9</sup>. Voordeel hiervan is dat systemen op elkaar kunnen worden afgestemd, er is dan geen extra bewerking nodig voor het inlezen van zorggegevens in een ander systeem. Dit bespaart tijd en voorkomt fouten<sup>1</sup>. Het standaardiseren van zorggegevens is ook een complex proces. In de voorbereidingen komen zowel zorginhoudelijke als technische onderwerpen aan de orde. Het is belangrijk hierbij inhoudsdeskundigen te betrekken. Zij kijken namelijk vanuit het verpleegkundig perspectief naar zorg gerelateerde aspecten, zodat gegevens eenduidig worden geïnterpreteerd, ongeacht het ICT-systeem. De technische aspecten moeten geregeld worden met ICT-leveranciers, zodat de zorg wordt ondersteund met elektronisch uitwisselbare gegevens.

De Nationale Kernset staat voor het volledige verpleegkundig en verzorgend zorgproces en wordt voor de gehele verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep ontwikkeld. Samen met de beroepsgroepen realiseert V&VN eenduidige en gestandaardiseerde zorggegevens. Een ontwikkeling die inherent is aan de professionalisering van het vakgebied.

Internationaal is een proces gaande om één vocabulaire tot stand te brengen, waarbij wordt samengewerkt om verpleegkundige classificaties en terminologieën te harmoniseren. De Nationale Kernset wordt dan ook geheel in lijn met de internationale ontwikkelingen ontwikkeld. Hiermee wordt een toekomstbestendig informatiestelstel voor de Nederlandse verpleegkundige zorg tot stand wordt gebracht.

Bij de ontwikkeling van de Nationale Kernset zijn de volgende uitgangspunten leidend:

1. Via de Nationale Kernset komt gegevensuitwisseling tot stand.
2. De patiënt/cliënt staat centraal.
3. Eenduidige opvatting over verpleegkundige zorg (vergelijkbaarheid).
4. Betekenisvol registreren.

<sup>8</sup> Hutink, H. ICT-standaarden in de zorg. Een praktisch overzicht. Nictiz, 2e druk, september 2012

<sup>9</sup> Een checklist voor informatie-uitwisseling, Nictiz; 2012

5. Vermindering van registratielast.
6. Koppeling met richtlijnen en zorgstandaarden

Deze uitgangspunten zijn gebaseerd op de internationale uitgangspunten die de International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO) en Nursing Special Interest Group (Nursing SIG)<sup>10</sup> hebben vastgesteld. In hoofdstuk 4 wordt een toelichting gegeven over de IHTSDO en Nursing SIG.

### 3.1

#### Via de Nationale Kernset komt gegevensuitwisseling tot stand

Het verpleegkundig vakgebied is divers en complex. Er zijn dan ook verschillende perspectieven en opvattingen over het verpleegkundig vak. Hierdoor zijn verschillende classificaties ontstaan. Iedere classificatie ordent en definieert het menselijk functioneren vanuit de eigen opvatting over de verpleegkundige praktijk. Elke classificatie heeft ook een eigen coderingssysteem. Iedere classificatie standaardiseert en codeert dus, volgens deze opvatting, gegevens.

Een classificatie stimuleert eenheid van taal. Dat wil zeggen dat het verpleegkundig vakgebied wordt gedefinieerd en gecodeerd, volgens de structuur die is vastgesteld door een classificatie. Als verpleegkundigen en verzorgenden een classificatie gebruiken, worden de gestandaardiseerde gegevens van deze classificatie gebruikt en komt eenheid van taal **binnen** deze zorgorganisatie tot stand.

Wanneer verpleegkundigen en verzorgenden werken met bijvoorbeeld de ICF, dan heeft de patiënt problemen met de beschermde functie van de huid – zie figuur 2. Maar wanneer verpleegkundigen en verzorgenden werken met Omaha System, wordt hetzelfde probleem aangemerkt als ‘wond/decubitus’. Als verpleegkundigen en verzorgenden werken met Nanda-I heeft de patiënt of cliënt 'huiddefect'. Classificaties gebruiken verschillende woorden voor (mogelijk) dezelfde concepten (begrippen). Eenduidige informatie-uitwisseling **tussen** zorgorganisaties is niet mogelijk. Een computer weet niet dat code b810 (mogelijk) hetzelfde is als code 00046 of code 032601. Via de Nationale Kernset worden eenduidige en gestandaardiseerde zorggegevens vastgesteld, waarmee die eenduidige informatie-uitwisseling wel mogelijk wordt gemaakt. De Nationale Kernset is gebaseerd op de (referentie)terminologie SNOMED CT (<http://www.ihtsdo.org/snomed-ct>) - zie hoofdstuk 4.

<b>Beschermende functies van de huid (code b810)</b>	<b>Huiddefect (code 00046)</b>	<b>Wond/decubitus (code 032601)</b>
<i>Definitie</i>	<i>Definitie</i>	<i>Definitie</i>
Functies van de huid betrekking hebben op het beschermen van het lichaam tegen fysieke, chemische en biologische bedreigingen (ICF, p.102)	Beschadigd epidermis en/of dermis (Nanda-I, p. 506)	Het natuurlijk bekleedsel van het menselijk lichaam (Omaha System, p. 30)

Figuur 2: Een voorbeeld van een patiëntprobleem uitgewerkt door verschillende classificaties

<sup>10</sup> SNOMED CT starter guide - IHTSDO, 2014; International Nursing Contribution to the Quality of SNOMED CT and Related Artifacts, IHTSDO; 2012



### **3.2 De patiënt/cliënt staat centraal**

Een goed overzicht van gegevens en de juiste zorginformatie is cruciaal voor goede zorg, zeker als de patiënt of cliënt zijn of haar gegevens wil inzien. Een patiënt of de familie snapt niet dat de ene keer wordt gesproken van een 'huiddefect', en een andere keer van 'wond/decubitus'. Bovendien is niet duidelijk of werkelijk hetzelfde bedoeld wordt.

Het uitgangspunt voor de Nationale Kernset is dat de patiënt in het zorgproces centraal staat. Zorggegevens die nodig zijn voor het zorgproces worden gedefinieerd vanuit een terminologie, die door verschillende zorgprofessionals, vanuit meerdere disciplines wordt gebruikt. Alleen dan kan goede en veilige zorg worden geboden. Het betekent dat zorgprofessionals kunnen werken met dezelfde zorggegevens, indien nodig. Wanneer een patiënt aangeeft dat hij pijn heeft, is dat immers toch voor zowel een arts, fysiotherapeut, verpleegkundige of verzorgende hetzelfde concept?

### **3.3 Eenduidige opvatting over verpleegkundige zorg**

Nederlandse verpleegkundigen en verzorgenden hebben niet dezelfde opvatting over verpleegkundige zorg. Zij werken niet alleen met verschillende concepten, ook wordt verschillend gedacht over het verpleegkundig en verzorgend domein. Dit wordt bijvoorbeeld zichtbaar bij classificaties. De ene classificatie werkt 141 diagnostische concepten uit, die weer uit verschillende diagnoses bestaan (Nanda-I), terwijl een andere classificatie problemen uitwerkt vanuit 42 (aandachts)gebieden (Omaha System). Het is niet duidelijk welke concepten overlappen of juist niet. Met als gevolg dat niet duidelijk wordt wat het verpleegkundig vak precies inhoudt. Er is geen consistente gegevensset waarmee het verpleegkundig domein kan worden afgebakend, zodat helder wordt welke gegevens met elkaar kunnen worden vergeleken. In de Nationale Kernset wordt vastgesteld welke gegevens tot het verpleegkundige domein behoren.

### **3.4 Betekenisvol registreren**

De Nationale Kernset is direct gerelateerd aan het zorgproces: het observeren en signaleren, meten, het vaststellen van patiëntproblemen, het interveniëren evalueren en monitoren, en overdragen. Verpleegkundigen en verzorgenden hebben dus veel en diverse gegevens nodig, zoals de medische voorgeschiedenis, allergieën, of metingen zoals gewicht, bloeddruk, de sociale context. Het kunnen ook scores zijn die via een vragenlijst zijn geobjectiveerd, zoals een SNAQ-score.

Van belang is dat verpleegkundigen en verzorgenden alleen die gegevens vastleggen die nodig zijn én betekenis geven aan het zorgproces, zodat goede zorg kan worden geboden. Op deze manier krijgen registraties waarde voor verpleegkundigen en verzorgenden. Een uitgangspunt is dat verpleegkundigen en verzorgenden eenmalig alleen die zorggegevens vastleggen die nodig zijn om verpleegkundige zorg te kunnen leveren. Als een professional de sociale context (zoals woonsituatie of gezinssamenstelling) vastlegt, is het niet nodig dat een andere professional dezelfde gegevens nog een keer vastlegt.

De beroepsgroep stelt vast welke zorggegevens door verpleegkundigen en verzorgenden worden vastgelegd (patiëntkenmerken, meetinstrumenten, patiëntproblemen, interventies enzovoorts). Deze zorggegevens worden opgenomen in de Nationale Kernset en gestandaardiseerd. De Nationale Kernset is de beroepsstandaard voor verpleegkundige en verzorgende zorggegevens.

### 3.5

#### **Vermindering van registratielast**

Zorggegevens die eenduidig en gestandaardiseerd zijn, kunnen meervoudig (her)gebruikt worden. Dat wil zeggen dat zorggegevens vanuit het primaire proces gebruikt worden voor:

- Keuze-informatie voor de patiënt,
- Inkoopinformatie voor de zorgverzekeraar,
- Benchmark voor professionals, en
- Beleidsinformatie voor allerlei partijen.

De zorggegevens die hiervoor nodig zijn moeten zonder extra registratielast en zonder informatieverlies uit de gedocumenteerde verslaglegging worden gehaald.

Vermindering van registratielast, het terugdringen van administratieve lasten en onnodige bureaucratie moeten hieruit voortvloeien. Vanzelfsprekend dienen deze zorggegevens aan verschillende kwalitatieve voorwaarden te voldoen, zoals uitwisselbaarheid, uniformiteit en vergelijkbaarheid. Om deze reden is de Nationale Kernset gebaseerd op de terminologie SNOMED CT.

### 3.6

#### **Koppeling met richtlijnen en zorgstandaarden**

Zoals gezegd stelt de beroepsgroep vast welke zorggegevens door verpleegkundigen en verzorgenden worden vastgelegd. Bij de inhoudelijke uitwerking van zorggegevens zijn richtlijnen en zorgstandaarden leidend, maar ook nieuwe inzichten kunnen worden meegenomen. Actuele kennis wordt op deze manier altijd geïntegreerd.

## 4 SNOMED CT en zorginformatiebouwstenen

De Nationale Kernset is gebaseerd op de internationale referentierterminologie SNOMED CT. Het is een terminologiestelsel dat een verzameling medische (waaronder ook verpleegkundige) standaardtermen met hun synoniemen bevat. De termen worden in de directe patiëntenzorg gebruikt voor de vastlegging van klachten, symptomen, omstandigheden, ziekteprocessen, interventies, diagnoses, resultaten en besluitvorming (<https://www.nictiz.nl/terminologiecentrum/snomed-ct>). SNOMED CT is primair gericht op elektronische registratie en documentatie (elektronische verslaglegging) van het primaire zorgproces, ofwel het digitaliseren van zorggegevens. Centraal in deze referentierterminologie staat het eenduidig definiëren en coderen van termen (begrippen) die nodig zijn om het zorgproces vast te kunnen leggen. SNOMED CT wordt gezien als de terminologie van de eerste voorkeur, door onder andere het Zorginstituut<sup>11</sup> en het Informatieberaad<sup>12</sup>.

### 4.1 Toezicht op juist gebruik

De eigenaar van SNOMED CT is de International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO). Nictiz is namens Nederland aangesloten bij de IHTSDO. Nictiz is daarmee verantwoordelijk en moet toezien op een juist gebruik van SNOMED CT in Nederland. De IHTSDO werkt samen met internationale organisaties aan wereldwijde harmonisatie van standaarden op het gebied van terminologie, classificaties en codestelsels. Eén van deze organisaties is de International Council of Nurses (ICN). In 1989 werd al geconstateerd dat verpleegkundigen en verzorgenden met verschillende termen en definities werken gerelateerd aan patiëntproblemen, interventies en zorgresultaten. Om deze reden hebben heeft de ICN ingezet op de ontwikkeling van één uniforme taal: de International Classification of Nursing Practice (ICNP)<sup>13</sup>.

### 4.2 Harmoniseren van verpleegkundige zorggegevens

De IHTSDO en ICN hebben een overeenkomst afgesloten, waarbij toegewerkt wordt naar het harmoniseren van verpleegkundige zorggegevens om de interoperabiliteit te vergroten (<http://www.ihtsdo.org/about-ihtsdo/partnerships/icn>). Alle termen die binnen de ICNP zijn opgenomen, zijn één op één overgenomen en geïntegreerd in de terminologie SNOMED CT. Daarmee heeft SNOMED CT een verpleegkundig vocabulaire en zijn van elke term definities beschreven ([http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/Benefits\\_of\\_ICNP-SNOMED\\_CT.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/Benefits_of_ICNP-SNOMED_CT.pdf)). SNOMED CT bevat daarnaast heel veel andere standaardtermen, die nodig zijn voor het verpleegkundig proces. Binnen de IHTSDO zijn expertgroepen actief, die zich bezig houden met specifieke doelgroepen (Special Interest Group), en is er een Nursing Special Interest Group (Nursing SIG)<sup>14</sup>. Zij houden toezicht op de

<sup>11</sup> Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten, 2015

<sup>12</sup> Gemeenschappelijke visie op het informatiestelsel voor de zorg, 2015

<sup>13</sup> Baemholdt, M; Lang, NM. Why an ICNP? Links among quality, information and policy. International Nursing Review. 2003 Jun;50(2):73-8.

<sup>14</sup> IHTSDO Nursing Special Interest Group. 20151007, version 1.0

verpleegkundige concepten en termen binnen SNOMED CT. De inhoud van de Nationale Kernset wordt afgeleid van deze verpleegkundige concepten en termen.

### **4.3 Samenwerking Nictiz**

V&VN participeert namens de verpleging en verzorging in de Nursing SIG. Het doel is het bewerkstelligen van internationale samenwerking en afstemming over de Nationale Kernset in relatie tot SNOMED CT. Voor de ontwikkeling en totstandkoming van de Nationale Kernset wordt nauw samengewerkt met het terminologiecentrum van Nictiz. Dit is van belang vanwege de expertise van SNOMED CT en de expertise bij de ontwikkeling van standaarden. Nictiz biedt eveneens ondersteuning bij het maken en beheren van de Nationale Kernset, omdat zij moeten toezien op een juist gebruik van SNOMED CT in Nederland. De inhoud van de Nationale Kernset wordt formeel voorgelegd aan de IHTSDO.

### **4.4 Voorkeurstermen en synoniemen**

Via de terminologie SNOMED CT worden klinische zorggegevens, die relevant zijn voor het verpleegkundige zorgproces, gestandaardiseerd. Zorggegevens worden gedefinieerd in de terminologie SNOMED CT door de termen, onderliggende kenmerken en relaties vast te stellen en te coderen<sup>15</sup>. Dit proces wordt modelleren en coderen naar SNOMED CT genoemd. Als een patiëntprobleem wordt gedefinieerd, dan wordt een voorkeursterm, maar ook synoniemen beschreven en gecodeerd. Deze voorkeurstermen en synoniemen worden vastgesteld door de beroepsgroep, zodat de termen de inhoud van het patiëntprobleem goed weergeven. Een voorbeeld is decubitus. Synoniemen kunnen zijn doorligwond, decubitus ulcer, doorligplek. Een onderliggend kenmerk is dat decubitus wordt onderverdeeld in categorie 1, 2, 3 en 4. Deze kenmerken worden ook via SNOMED CT gecodeerd. Daarnaast is het mogelijk om relaties met andere concepten te leggen. Een voorbeeld is dat bij decubitus de locatie wordt beschreven en gecodeerd (bijvoorbeeld hiel of stuit). Als alle patiëntproblemen zijn gemodelleerd en gecodeerd volgens de structuur van SNOMED CT, kan de set worden toegevoegd aan de Nederlandse extensie van SNOMED CT. Dit proces wordt gecoördineerd door V&VN in samenwerking met Nictiz.

### **4.5 Zorginformatiebouwstenen**

Het modelleren en coderen van zorggegevens is niet afdoende om een brug te slaan tussen het zorgproces en ICT. Daarom worden zorginformatiebouwstenen ontwikkeld. Een zorginformatiebouwsteen gaat een stap verder dan het modelleren en coderen. Het is een document waarin de inhoudelijke en technische zorggegevens van een concept (bijvoorbeeld patiëntprobleem) gedetailleerd worden beschreven en uitgewerkt. Er wordt een inhoudelijke definitie gegeven van het concept, waarbij de definitie van een richtlijn of zorgstandaard leidend is. Daarnaast worden ook relaties met andere concepten beschreven, zoals observaties, interventies of zorguitkomsten, waarbij eveneens de evidence, beschreven in richtlijnen of zorgstandaarden, leidend zijn.

<sup>15</sup> SNOMED CT starter guide - IHTSDO, 2014; IHTSDO Quality Assurance Framework, 2010 & IHTSDO Quality Framework Toolkit, 2010

Alle beschreven zorggegevens gerelateerd aan een concept worden uiteindelijk weergegeven in een datamodel. In een datamodel wordt beschreven hoe de gegevens in een informatiesysteem gestructureerd en gecodeerd zijn, inclusief welk codestelsel(s) en code(ringen). Een zorginformatiebouwsteen heeft twee functies. Zorgprofessionals kunnen terugvinden welke inhoudelijke afspraken er gemaakt zijn. Daarnaast zijn technische specificaties beschreven, waardoor leveranciers en informatie analisten het kunnen inbouwen in hun EPD/ECD. De ontwikkeling van zorginformatiebouwen is een continu proces.

Het verpleegkundig vakgebied is in ontwikkeling en het is belangrijk om kennis en nieuwe inzichten te integreren. Zorginformatiebouwen maken dit mogelijk. De zorginformatiebouwen zijn onderdeel van de Nationale Kernset. In 2012 is V&VN gestart met de ontwikkeling van zorginformatiebouwen voor verpleegkundigen en verzorgenden. In samenwerking met de NFU zijn deze zorginformatiebouwen opgenomen en geïntegreerd in het programma Registratie aan de Bron<sup>16</sup>. V&VN zal in de verdere ontwikkeling van de Nationale Kernset steeds de koppeling maken met en verder borduren op de al ontwikkelde zorginformatiebouwen en deze verder expliciteren. Verpleegkundigen, verzorgenden (maar ook medisch specialisten en andere professionals), kunnen deze bouwen gebruiken voor verschillende doeleinden (bijvoorbeeld voor de anamnese, zorgplan of overdracht), waardoor informatie-uitwisseling en (her)gebruik van gegevens zonder registratielast en zonder informatieverlies tot stand komt.

<sup>16</sup> <http://www.nictiz.nl/page/Expertise/Specialistische-zorg/Zorginformatiebouwen>

## 5 Hoe verhoudt de Nationale Kernset zich tot classificaties?

De Nationale Kernset is gericht op elektronische verslaglegging of registratie van het primaire zorgproces. Dat wil zeggen termen die zijn gerelateerd aan observaties, meetinstrumenten, verpleegkundige materialen, infuusbeleid, maar ook patiëntproblemen, interventies en zorgresultaten worden gedefinieerd en gecodeerd. De referentieterminologie definieert en specificeert termen en brengt één vocabulaire tot stand, wat nodig is om gegevens uit te kunnen wisselen voor het hele zorgproces. De structuur van SNOMED CT is zodanig opgebouwd dat eenduidige bronregistratie, meervoudig gebruik en koppeling met verschillende applicaties mogelijk wordt, zodat dezelfde zorggegevens beschikbaar blijven. Voor het hele zorgproces wordt namelijk één coderingssysteem gebruikt. De gegevens die worden geregistreerd, vormen de basis voor de gegevens die nodig zijn voor kwaliteitsverbetering, verantwoordings- en transparantiedoelstellingen.

### 5.1 Verschillende orderingsprincipes

De Nationale Kernset wordt regelmatig vergeleken met classificaties. Een onterechte vergelijking omdat de Nationale Kernset per definitie geen classificatie is. Maar hoe verhoudt de Nationale Kernset zich tot classificaties? Een classificatie legt een basis om systematisch gegevens te verzamelen en vast te leggen. Een classificatie is een systematische indeling van zorggegevens in groepen of klassen op basis van gemeenschappelijke kenmerken. Classificaties kunnen worden gebruikt om zorggegevens te coderen en te aggregeren ('outputgericht'). De classificaties die in de verpleging worden gebruikt, zijn gericht op patiëntproblemen, interventies en zorgresultaten. Wanneer gekeken wordt naar de uitwerking van deze classificaties, vallen een aantal punten op. Zorggegevens zijn niet eenduidig uitgewerkt (vergelijk 'wond/decubitus', 'huiddefect', 'beschermende functie van de huid'), en worden verschillend gegroepeerd of geordend. De zorggegevens worden via een hiërarchische structuur ondergebracht in een bepaald domein, klasse of groep. Welk orderingsprincipe wordt gekozen hangt af van het beoogde doel of context waarvoor de classificatie ontwikkeld is. Daarnaast zijn de zorggegevens verschillend uitgewerkt, met andere woorden het detailleringsniveau is verschillend. Soms wordt iets in de ene classificatie algemeen geduid (zoals urine incontinentie), terwijl een andere classificatie hetzelfde concept gedetailleerd uitgewerkt (bijvoorbeeld stress-incontinentie, functionele incontinentie, overloop incontinentie, reflexincontinentie). Er is tot slot ook een inhoudelijk verschil, wat betekent dat de zorggegevens tussen classificaties niet altijd overlappen. In de ene classificatie is 'risico voor vallen' wel opgenomen, in een andere classificatie niet.

### 5.2 Coderingssysteem

Door de verschillen tussen classificaties kan informatie-uitwisseling, hergebruik van zorggegevens en registratie aan de bron, moeilijk tot stand komen. Daarom moeten deze gegevens 'gemapt' worden. Dat wil zeggen dat de zorggegevens van de Nationale Kernset gelinkt of geassocieerd worden aan die van de classificaties.

Voorwaarde is wel dat de termen en coderingsystematiek van de Nationale Kernset (onder de motorkap') leidend zijn, anders kunnen de zorggegevens niet worden uitgewisseld, worden hergebruikt of met elkaar worden vergeleken. Anders gezegd: verpleegkundigen en verzorgenden die kiezen voor een classificatie, blijven werken met de taal en ordening (van patiëntproblemen, interventies en zorgresultaten) die worden gebruikt door de classificatie (deze taal en ordening zien zij ook in hun dossiervoering). Maar 'onder de motorkap' hebben de termen twee soorten coderingen (die van de eigen classificatie en de Nationale Kernset). Alleen dan kunnen verpleegkundigen en verzorgenden met dezelfde zorggegevens in het hele zorgproces werken en kunnen deze zorggegevens gekoppeld worden aan andere applicaties (gegevensuitwisseling en hergebruik). Op deze manier kunnen de zorggegevens ook gebruikt worden voor externe kwaliteitsverbetering, verantwoordings- en transparantiedoelstellingen. Het 'mappen' van gegevens is een complex proces, omdat classificaties verschillende uitwerkingen hebben.

### 5.3

#### **Zorginformatiebouwstenen vrij beschikbaar**

V&VN heeft geconstateerd dat verpleegkundigen en verzorgenden hun dossiervoering niet altijd willen baseren op een classificatie, omdat zij vinden dat een classificatie niet aansluit bij en recht doet aan hun verpleegkundige of verzorgende praktijk. Omdat de Nationale Kernset uit losse zorginformatiebouwstenen bestaat, kunnen zij deze ter ondersteuning van hun verpleegkundig proces gebruiken op een manier die wel aansluit bij hun praktijk. De zorggegevens die in de Nationale Kernset zijn opgenomen, zijn niet verbonden aan een ordeningsprincipe van een classificatie. Stel dat verpleegkundigen en verzorgenden werken met de indeling van het Zorgleefplan (dat is gebaseerd op de Normen van Verantwoorde zorg), dan kunnen de gestandaardiseerde zorggegevens van de Nationale Kernset conform de indeling van het Zorgleefplan worden ingebouwd. Verpleegkundigen en verzorgenden leggen in deze situatie hun zorggegevens ook eenduidig vast en werken met een uniforme, consistente zorggevensset. Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen in deze situatie direct gebruik maken van de bouwstenen, omdat gegevens niet gemapt hoeven te worden. De bouwstenen zijn vrij beschikbaar. In tabel 1 worden de verschillen tussen de Nationale Kernset en classificaties uiteengezet.

### 5.4

#### **Uitwisseling en hergebruik**

Hoewel classificaties positief bijdragen aan het gestructureerd verzamelen van gegevens, is het classificeren in de optiek van V&VN niet het primaire doel. Het doel van V&VN is dat de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep, los van welk ordeningsprincipe dan ook, met eenduidige en gestandaardiseerde zorggegevens gaan werken. Hierdoor kunnen zorggegevens worden uitgewisseld en zijn ze voor meervoudig (her)gebruik bruikbaar. In figuur 3 op blz. 17 is dit proces schematisch weergegeven.

De zorg voor de patiënt of cliënt wordt steeds meer opgevat als een doorlopend zorgproces, waar meerdere disciplines bij betrokken zijn. Professionals van verschillende afdelingen en instellingen werken samen om een patiënt of cliënt de noodzakelijke zorg te bieden. Zij moeten goed van elkaars handelingen en

bevindingen op de hoogte zijn. Naadloze uitwisseling en hergebruik van patiënt- of cliëntgegevens tussen zorgverleners is daarbij essentieel.

Tabel 1: Nationale Kernset en classificaties: kenmerken

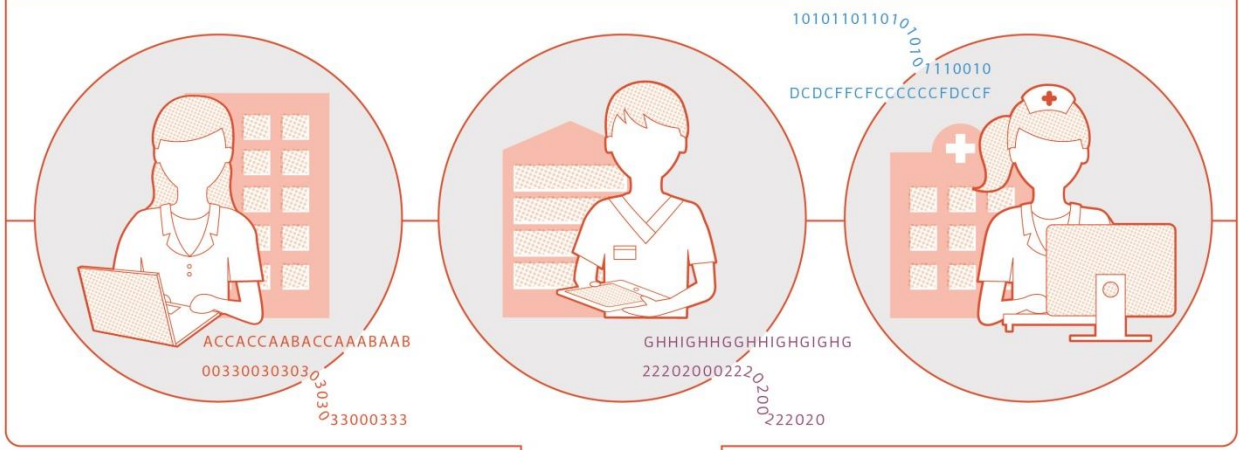
Nationale Kernset	Classificaties
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De documentatie van het zorgproces in een EPD/ECD staat centraal (het digitaliseren van zorggegevens) – inputgericht</li> <li>• Eén vocabulaire voor verpleegkundigen en verzorgenden (dezelfde vergelijkbare zorggegevens: eenduidig gedefinieerde termen)</li> <li>• Eén coderingssysteem voor het hele zorgproces en sectoroverstijgend - referentieterminologie (koppelingen tussen concepten en tussen applicaties is mogelijk)</li> <li>• Is gericht op alle onderdelen van het zorgproces (gegevens in het zorgproces kunnen aan elkaar worden gelinkt)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordenen/classificeren en indelen in kenmerken staat centraal, de termen worden gebruikt om gegevens te aggregeren – outputgericht</li> <li>• Definiëren vanuit specifieke invalshoeken, m.a.g. verschillend taalgebruik en detailleringsniveau (geen vergelijkbare zorggegevens)</li> <li>• Eigen coderingssysteem (geen uitwisseling mogelijk)</li> <li>• Is gericht op problemen, interventies en zorgresultaten</li> </ul>



# DE NATIONALE KERNSSET

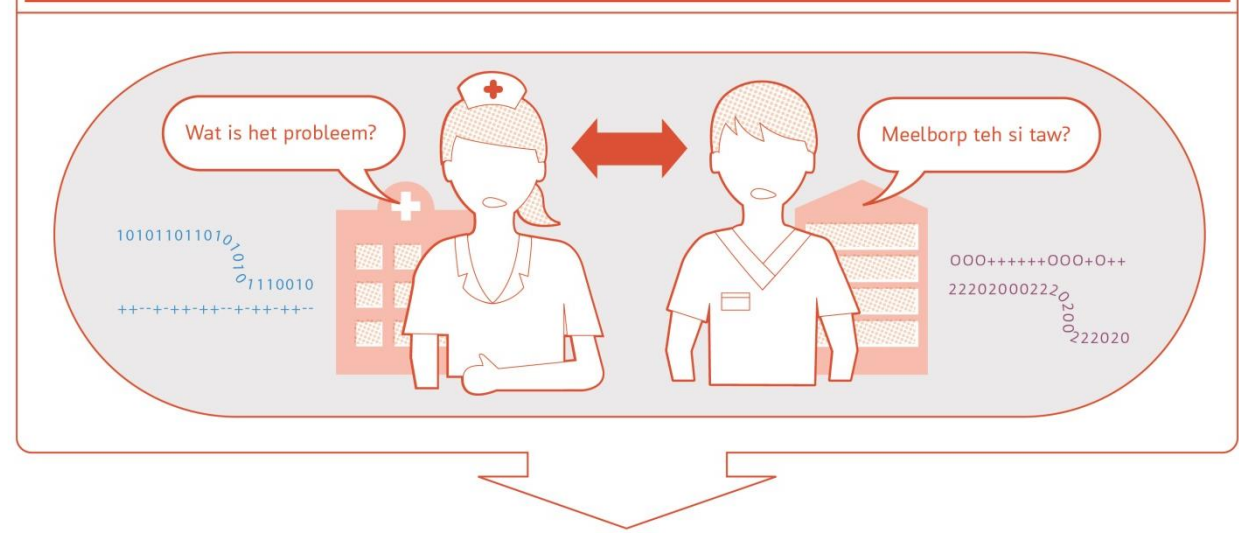
## DE SITUATIE

Verpleegkundigen en verzorgenden werken in verschillende organisaties, registreren met verschillende systemen met ieder een eigen taal.



## HET PROBLEEM

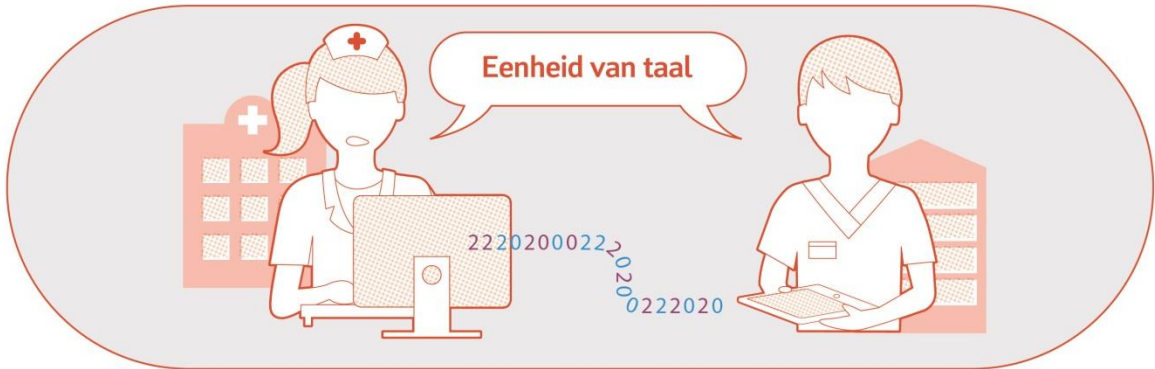
Er zijn geen duidelijke afspraken over WAT verpleegkundigen en verzorgenden moeten vastleggen en HOE deze gegevens worden gedocumenteerd. Zorggegevens zijn niet vergelijkbaar en uitwisselbaar.



### DE NOODZAAK

Er is één vocabulaire nodig voor het verpleegkundige en verzorgende vakgebied zodat:

- duidelijk is dat iedereen hetzelfde bedoelt, en
- zorggegevens tussen verpleegkundigen en verzorgenden en andere disciplines beter worden uitgewisseld.

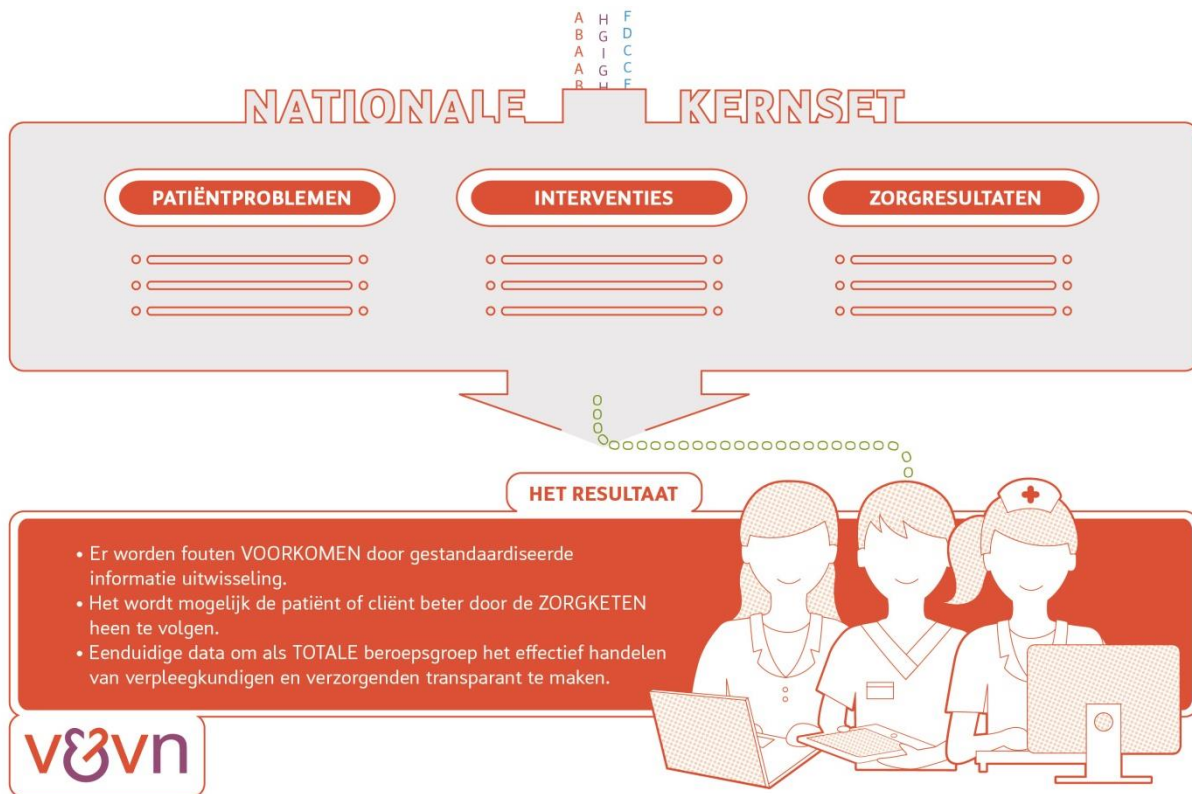


### DE OPLOSSING

De Nationale Kernset vormt de basis voor registratie aan de bron: zorggegevens eenmalig vastleggen bij de patiënt of cliënt zonder extra registratielast en zonder risico's op informatieverlies. Het zijn de bouwstenen voor het verpleegkundig dossier, en vormt hiermee het fundament onder de classificaties en andere registraties.



A C C A A B C A B A A C U K B A A C C A A B B A U C U A A G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z A A B A A G C C C F D C C C



Figuur 3: Uitwisseling en hergebruik van gegevens via de Nationale Kernset

## 6

# Gestandaardiseerde zorginformatie een voorbeeld: decubitus

In de Nationale Kernset Patiëntproblemen worden patiëntproblemen uitgewerkt in zorginformatiebouwstenen. In deze paragraaf wordt aan de hand van een voorbeeld duidelijk gemaakt wat dit betekent. Het voorbeeld betreft: decubitus. De verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep hebben vanuit haar professionele opvatting vastgesteld welke zorginformatie moet worden vastgelegd ten aanzien van decubitus. Dit is als volgt uitgewerkt:

### **Probleem**

Decubitus

### **SNOMED CT codering**

Pressure ulcer (disorder) 399912005 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Decubitus is nog niet gemapt met Omaha System, Nanda-I, ICF of andere classificaties. Vandaar dat er geen andere codestelsel wordt vermeld.

### **Concept definitie**

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 (richtlijn V&VN decubitus).

### **Doel (waarom moet deze informatie worden vastgelegd)**

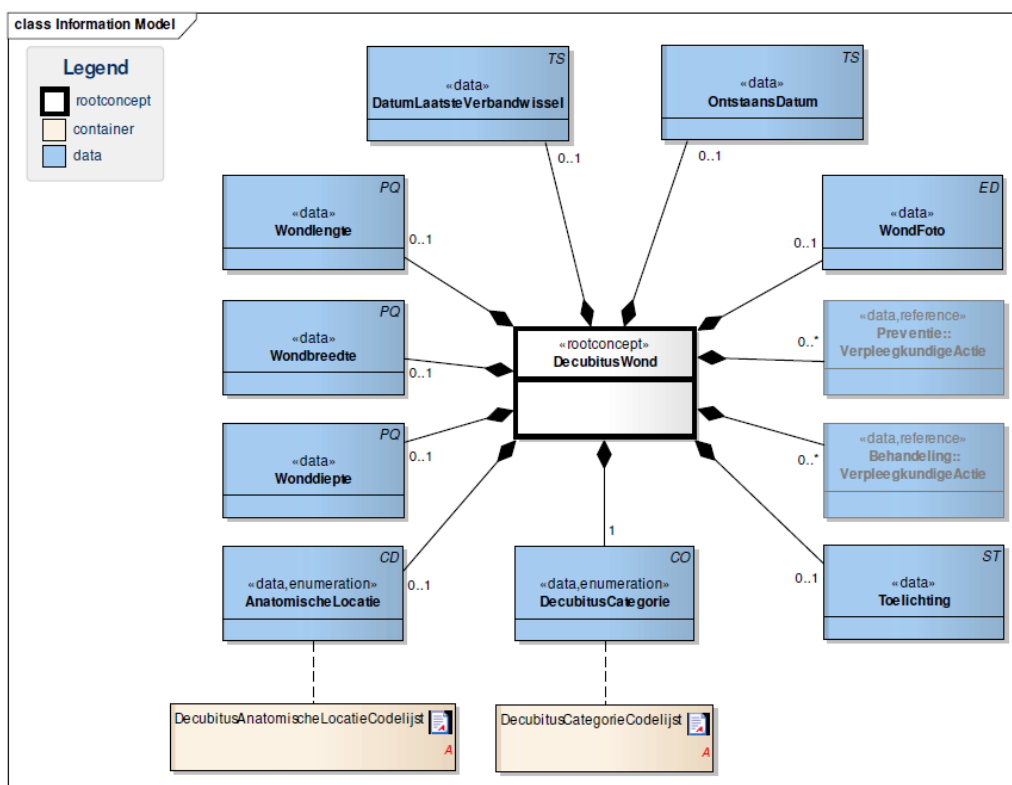
Informatie over decubitus is van belang bij het inzetten of continueren van de optimale wondbehandeling, curatief en preventief, en om de voortgang van de wondgenezing goed te kunnen monitoren.

### **Datamodel**

In een datamodel wordt beschreven hoe de gegevens in een informatiesysteem gestructureerd zijn. In figuur 4 is te zien dat bij decubitus gegevens moeten worden verzameld met betrekking tot: -

- de datum (wanneer is decubitus ontstaan)
- welke categorie (1, 2, 3, 4)
- de locatie
- wonddiepte, lengte en breedte (conform richtlijn).

Deze uitwerking is gebaseerd op de V&VN richtlijn decubitus. De genoemde items hebben een SNOMED CT code, waardoor relaties gelegd kunnen worden. Dit model is belangrijk om gegevens in te kunnen bouwen in een EPD.



Figuur 4: Datamodel voor decubitus

**Voorbeeld registratie in EPD/ECD**

In figuur 5 wordt zichtbaar hoe de vastgelegde gegevens in een EPD/ECD kunnen worden getoond.

custom Example Instances

DecubitusWond	
AnatomischeLocatie	Linkerhiel
DecubitusCategorie	Decubitus categorie 2
Wondlengte	3 cm
Wondbreedte	2 cm
Wonddiepte	-
OntstaansDatum	01-09-2014
Behandeling	
Activiteit	Dagelijkse wondcontrole en verbandwissel.
Preventie	
Activiteit	Ad-matras, toepassen van wisselligging.
Toelichting	Blaar met vocht op hiël.

Figuur 5: Voorbeeld registratie in een EPD/ECD

## 7

# Hoe wordt de Nationale Kernset ontwikkeld

De Nationale Kernset is gericht op het standaardiseren van zorggegevens die nodig zijn voor het hele verpleegkundig zorgproces. De ontwikkeling van de Nationale Kernset komt gefaseerd tot stand. Er wordt gestart met de Nationale Kernset, onderdeel patiëntproblemen. De andere onderdelen van het zorgproces volgen daarna. De uitwerking en totstandkoming van het onderdeel patiëntproblemen van de Nationale Kernset, wordt hieronder toegelicht. Voor de andere onderdelen wordt dezelfde fasering aangehouden. De uitwerking is gebaseerd op de richtlijnen die door de IHTSDO en Nursing SIG<sup>17</sup> zijn opgesteld en sluit eveneens aan bij het programma Registratie aan de Bron (meervoudig gebruik van zorginformatie)<sup>18</sup> van de NFU en Nictiz.

### 7.1

## Ontwikkeling Nationale Kernset, onderdeel patiëntproblemen

1. *Het selecteren van concepten: het vaststellen van het verpleegkundig en verzorgend domein / vakgebied.*

Allereerst moet worden vastgesteld of en welke zorggegevens tot het verpleegkundig vakgebied behoren. Dit is nodig om een eenduidige opvatting over het vakgebied te krijgen, zodat zorggegevens vergelijkbaar worden. Het zorgproces dat verpleegkundigen en verzorgenden volgen is daarbij leidend. Voor de kernset Patiëntproblemen betekent het in kaart brengen van concepten gerelateerd aan (patiënt)problemen. In 2014 heeft V&VN, in samenwerking met het Nivel, onderzoek gedaan naar patiëntproblemen vanuit verpleegkundig en verzorgend perspectief. Verpleegkundigen en verzorgenden (totaal 985) uit alle zorgsectoren zijn betrokken geweest: ziekenhuis-, thuiszorg-, verpleeghuis- en verzorgingssector, geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en huisartsenpraktijk. Met de kennis uit dit onderzoek heeft V&VN zicht gekregen op welke patiëntproblemen in de dagelijkse verpleegkundige/verzorgende praktijk veel voorkomen en wat de mate van ervaren invloed is op het voorkomen/verminderen van deze patiëntproblemen (overzicht van patiëntproblemen versie 0.1). Het vormt het fundament van waaruit het verpleegkundig vakgebied verder kan worden gedefinieerd en geoperationaliseerd.

2. *Het modelleren en coderen naar SNOMED CT*

Het modelleren van concepten betekent dat de concepten eenduidig en volgens een bepaalde structuur worden gedefinieerd, waarbij ook de samenhang met andere concepten kan worden beschreven. Het modelleren en coderen van gegevens is een samenwerking tussen zorgprofessionals en medisch terminologen. Zorgprofessionals weten immers welke informatie nodig is om de zorg voor een patiënt/cliënt vast te kunnen leggen. Verpleegkundigen en

<sup>17</sup> International Nursing Contribution to the Quality of SNOMED CT and Related Artifacts, IHTSDO; 2012; SNOMED CT starter guide - IHTSDO, 2014;

<sup>18</sup> Inrichting programma Registratie aan de Bron, Nictiz en NFU, 2013;

verzorgenden, maar ook verpleegkundige experts en onderzoekers, worden bij dit proces betrokken. Medisch terminologen (Nictiz) adviseren over en dragen bij aan de ontwikkeling en gebruik van terminologiestelsel SNOMED CT. In deze fase wordt toegewerkt naar een eenduidige definitie en operationalisering van patiëntproblemen. Daarnaast worden afspraken gemaakt over de wijze waarop informatie-elementen worden gecodeerd (coderen naar SNOMED CT).

3. *Het 'mappen' van classificaties naar de concepten in de Nationale Kernset.*

'Mappen' betekent dat concepten en coderingen van een classificatie (zoals Omaha System, ICF, NNN) geassocieerd worden met de concepten en coderingen van de Nationale Kernset. Het 'mappen' van patiëntproblemen van de classificaties naar de patiëntproblemen binnen de Nationale Kernset vindt in december 2015 plaats.

4. *Oplevering*

Oplevering betekent dat de vastgestelde en gecodeerde patiëntproblemen worden vrijgegeven. De Nationale Kernset, onderdeel patiëntproblemen wordt januari 2016 opgeleverd. Het geeft een overzicht van de vastgestelde patiëntproblemen, hun definitie en SNOMED CT codering en coderingen van andere classificaties.

5. *Implementatie en evaluatie*

Zodra de Nationale Kernset patiëntproblemen is opgeleverd, kunnen verpleegkundigen en verzorgenden zien welke patiëntproblemen, de bijbehorende termen, definities en codering gestandaardiseerd zijn. Deze patiëntproblemen kunnen worden ingebouwd in een EPD/ECD, mits een structuur aanwezig is om een probleemlijst in te kunnen voeren.

Er wordt een implementatiehandleiding of gebruikersvoorschrift voor leveranciers en andere gebruikers ontwikkeld.

Tot slot worden de vastgestelde patiëntproblemen gekoppeld aan en wordt verder geborduurd op de al ontwikkelde zorginformatiebouwstenen. Dit is een doorlopend proces en zal samen met verschillende zorgorganisaties en leveranciers worden opgepakt.

De ontwikkeling van de Nationale Kernset komt gefaseerd tot stand. De andere onderdelen van het zorgproces worden in 2016 opgepakt.

## 7.2

### **Programmastructuur Nationale Kernset**

De Nationale Kernset is van en voor verpleegkundigen en verzorgenden en door hen zelf ontwikkeld en vastgesteld. V&VN is de opdrachtgever. De beroepsgroep stelt vast welke zorggegevens verpleegkundigen en verzorgenden vast moeten leggen (welke patiëntkenmerken, meetinstrumenten, patiëntproblemen, interventies enzovoorts). Daarom worden verpleegkundigen en verzorgenden betrokken bij de totstandkoming ervan.

Om er voor te zorgen dat de ontwikkeling op een zorgvuldige manier tot stand komt, heeft V&VN een programmastructuur neergezet:

- Een kerngroep.  
De kerngroep is verantwoordelijk voor het gehele proces van voorbereiding, tot uitwerking en oplevering. De kerngroep bestaat uit:
  - Programmaleider. De programmaleider is verantwoordelijk voor het totale programma, waar het project 'Nationale Kernset, onderdeel patiëntproblemen' een onderdeel van is. De programmaleider wordt wetenschappelijk begeleid door twee hoogleraren.
  - Projectleider: de projectleider is verantwoordelijk voor dagelijkse organisatie, de planning, aansturing en voortgang van het project Nationale Kernset, onderdeel patiëntproblemen. De projectleider stemt hierover af met de programmaleider.
  - Projectmedewerker: de projectmedewerker ondersteunt de projectleider bij voorbereiding en uitwerking en oplevering van het projectresultaat.
  - Experts van het terminologiecentrum van Nictiz.
- Een projectgroep.  
Deze is verantwoordelijk voor het gehele proces van voorbereiding, tot uitwerking en oplevering. De projectgroep bestaat uit experts vanuit het terminologiecentrum van Nictiz, deskundigen vanuit diverse gezondheidszorgsettingen en brancheorganisaties (verpleegkundig, informatiemanagement, management, wetenschap, praktijk). De diversiteit van de projectgroep biedt de mogelijkheid om vanuit verschillende invalshoeken te reflecteren op het project.
- Focusgroepen.  
De focusgroepen bestaan uit verpleegkundigen en verzorgenden uit verschillende zorgsectoren. Hiervoor worden o.a. verpleegkundigen en verzorgenden benaderd vanuit verschillende afdelingen/platforms van V&VN, Verpleegkundige Adviesraden en het veld.
- De bestuurscommissie Wetenschap is betrokken en adviseert op basis van nieuwe inzichten of ontwikkelingen.

In de aanpak van het project wordt nauw samengewerkt met het terminologiecentrum van Nictiz. Dit is van belang vanwege de expertise van SNOMED CT en bij de ontwikkeling van informatiestandaarden.

De uiteindelijke vaststelling van de Nationale Kernset vindt plaats door de opdrachtgever V&VN. V&VN is de houder en autorisator.

V&VN werkt samen met de Patiëntenfederatie NPCF, zij zijn geconsulteerd en worden betrokken omdat V&VN het belangrijk vindt dat voor de Nationale Kernset een patiënt- of cliëntversie wordt ontwikkeld. Dit is belangrijk in de ontwikkeling naar een dossier waar patiënten en cliënten inzage hebben in hun eigen gegevens en desgewenst informatie kunnen toevoegen.



## 8

## Glossarium

Concept	Een formele definitie van een verpleegkundig of medisch begrip (International Nursing Contribution to the Quality of SNOMED CT and Related Artifacts, IHTSDO; 2012).
Datamodel	In een datamodel wordt beschreven hoe de gegevens in een informatiesysteem gestructureerd zijn. ( <a href="http://www.nictiz.nl/page/Standarden/Overzicht-standaarden">http://www.nictiz.nl/page/Standarden/Overzicht-standaarden</a> ).
Elektronisch patiënt/cliënt dossier (ECD/EPD)	<p>Het EPD (cure) of ECD (care) is een softwaretoepassing waarbij patiëntengegevens in digitale vorm bewaard en beschikbaar gemaakt worden. Het is een hulpmiddel om alle relevante zorggegevens van de patiënt of cliënt te registreren en beschikbaar te stellen. Het EPD/ ECD is een samenstelling van medische en paramedische zorggegevens, zoals laboratorium gegevens, aangevraagde en geplande onderzoeken, diëtetiek etc. Het doel van een EPD/ECD is het zorgproces rondom een patiënt of cliënt te ondersteunen.</p> <p>Een EPD/ECD bevat patiënt/cliëntgegevens afkomstig van één enkele organisatie, zoals een ziekenhuis, een verpleeghuis, een geestelijk gezondheidszorgorganisatie of thuiszorgorganisatie. Verschillende disciplines en professionals, waaronder verpleegkundigen en verzorgenden registreren en documenteren gegevens in een EPD/ECD.</p> <p>De gegevens die door verpleegkundigen/verzorgenden worden gedocumenteerd, wordt ook wel eens het Elektronisch Verpleegkundig Dossier (EVD) genoemd. Een EPD/ECD is inhoudelijk breder dan een EVD. Het EVD kan worden gezien als een digitale versie van het papieren verpleegkundig dossier. Het bevat zorginformatie dat is verzameld door verpleegkundigen en verzorgenden.</p> <p>Het doel is dat verpleegkundigen en verzorgenden zorggegevens digitaal documenteren, zodat de gezondheidstoestand van de patiënt of cliënt op een efficiënte wijze gevolgd kan worden, zoals gegevens over de patiënt zelf, zijn medische diagnose, onderzoeken en andere activiteiten, het zorgplan waarin patiëntproblemen, interventies en zorgresultaten zijn vastgesteld, een mogelijke ontslagdatum, notities over de patiënt/cliënt, een verpleegkundige/verzorgende overdracht. Het verpleegkundig dossier is in veel gevallen nog niet of alleen op onderdelen gedigitaliseerd.</p>

Interoperabiliteit	Interoperabiliteit is de mogelijkheid van verschillende autonome, heterogene eenheden, systemen, partijen, organisaties of individuen om met elkaar samen te werken, te communiceren en informatie uit te wisselen (Een checklist voor informatie-uitwisseling in de zorg; Nictiz, 2012).
Mapping	Een relatie tussen twee concepten uit verschillende codestelsels (SNOMED CT starter guide - IHTSDO, 2014).
Professionele standaard	Normen die invulling geven aan 'verpleegkundig hulpverlenerschap'. Naast vakinhoudelijke regels betreft dat ook protocollen en richtlijnen, gedragsregels, algemene zorgvuldigheidsvereisten en de normen uit wet- en regelgeving en rechtspraak. Het gaat daarbij om de algemeen aanvaarde uitgangspunten van de zorgverlening (De professionele standaard, een uitwerking; V&VN, 2015).
Referentieset	Een lijst van concepten die samengesteld is voor een specifiek domein of doel (SNOMED CT starter guide - IHTSDO, 2014).
Zorginformatiebouwsteen	Een zorginformatiebouwsteen is een structuur van samenhangende gegevens-elementen die als geheel een relevant concept beschrijven. Een zorginformatiebouwsteen specificereert hoe gegevens gedefinieerd moeten zijn, of en hoe deze gegevens gecodeerd en hoe zij gestructureerd moeten worden (Zorginformatiebouwen Registratie aan de Bron; Nictiz/NFU, 2015).