

Handleiding achterbanraadpleging

Overdracht van IC naar IC

Versiebeheer	Datum	Opmerkingen
Conceptversie 0.1	16-07-2024	Naar projectwerkgroep verstuurd.
Conceptversie 0.2	30-9-2024	Aanpassingen nav werkgroep 10-09-24.
	31-10-2024	Akkoord werkgroep op gegevens overdracht.
	05-11-2024	Concept gereed voor achterbanraadpleging.

Projectgroep	
Naam	Functie
Arjen Wignand	IC verpleegkundige/ CNIO, Amsterdam UMC
Irene Engelen	IC CCU verpleegkundige/ CNO, SJG Weert
Martijn Minheere	IC verpleegkundige, Bravis Bergen op Zoom & Roosendaal
Erna Vreeke	Adviseur Nictiz
Yingzi Zhan	Projectleider V&VN

Conceptversie 0.2
03-12-2024

Inleiding

Het Kennisinstituut van V&VN is samen met V&VN afdeling IC in mei 2024 het project gestart 'van IC naar IC'. Het doel van dit project is om vast te stellen welke gegevens onderdeel moeten zijn van een standaard overdracht. Wanneer een patiënt van de ene IC-afdeling naar een andere wordt overgeplaatst, is een zorgvuldige verpleegkundige overdracht essentieel voor de continuïteit en kwaliteit van de zorg. Het delen van patiëntgegevens speelt hierbij een cruciale rol. Om dit proces zo efficiënt mogelijk te laten verlopen, is een concept voor een standaard overdracht ontwikkeld. Het is belangrijk dat er afspraken worden gemaakt met het zorgveld (IC-verpleegkundigen) over welke informatie moet worden vastgelegd en uitgewisseld.

Het langetermijndoel van dit project is om met de gegevensbeschrijving bij te dragen aan een landelijke, uniforme en eenduidige digitale verpleegkundige overdracht.

Totstandkoming

Voor de totstandkoming van deze gegevensbeschrijving voor de overdracht is een projectgroep opgezet (bestaande uit projectleider V&VN, adviseur Nictiz en afvaardiging van V&VN verenigingsafdeling IC). In diverse werksessies is het zorgproces stap voor stap geanalyseerd en zijn de bijbehorende informatiebehoeften in kaart gebracht. Vervolgens zijn de gegevens vastgesteld die essentieel zijn voor het leveren van goede zorg.

De beschrijving van deze gegevens vormen een concept standaard verpleegkundige overdracht ¹. Om deze gegevens te toetsen op volledigheid en bruikbaarheid, is het belangrijk deze lijst voor te leggen aan een bredere groep IC-verpleegkundigen. Deze handleiding is geschreven ter ondersteuning van deze raadpleging.

Door middel van een achterbanraadpleging van de IC-verpleegkundigen wordt het concept-overdracht voorgelegd en worden reacties verzameld voor verdere ontwikkeling van deze gegevens. Dit is een waardevolle kans om expertise met elkaar te delen en gezamenlijk bij te dragen aan de verpleegkundige overdracht van/ naar IC.

In deze handleiding is het gehele overzicht van de gegevens van de overdracht te vinden. Er wordt input verzameld in hoeverre gegevens noodzakelijk of wenselijk zijn. Daarnaast is er ruimte om andere aanvullingen, suggesties te geven.

Veel dank, namens de projectgroep en Kennisinstituut V&VN.

¹ De IC-overdracht is, waar relevant, zoveel mogelijk afgeleid van de informatiestandaard [eOverdracht](#).

Instructies enquête

1. Ga naar de enquête via: <https://forms.office.com/e/hwUKYyUwxu>
2. In de enquête kun je per onderdeel input geven in hoeverre je gegevens noodzakelijk of wenselijk vindt.
Ook kun je andere aanvullingen of suggesties geven. We horen graag alle feedback.
3. Aangezien er veel verschillende gegevens zijn, kan het handig zijn om dit document door te nemen voor een volledig overzicht van de overdracht. Alle informatie van de verpleegkundige overdracht is hieronder te vinden, en je kunt dit document raadplegen tijdens het invullen van de enquête, indien gewenst.
4. Waarom is een elektronische overdracht van belang?
Bekijk een kort filmpje hierover: [samenwerkenaaneoverdracht.nl](https://www.samenwerkenaaneoverdracht.nl)

De overdracht

De overdracht bestaat uit vijf onderdelen:

1. Administratieve gegevens
2. Algemene patiënten context
3. Medische context
4. Verpleegkundige context: zorgplan
5. Verpleegkundige context: specificatie gezondheidstoestand

Per onderdeel wordt hieronder in tabellen weergegeven uit welke gegevens de overdracht kan bestaan.

! Uiteraard zijn er geen verplichte onderdelen om op te nemen in de overdracht. Op basis van de gezondheidstoestand van de patiënt bij ontslag wordt de overdracht ingevuld naar relevantie zoals ingeschat door de IC verpleegkundige.

Onderdeel 1	
Administratieve gegevens	
Gegevens	Toelichting
Datum overplaatsing	Datum waarop patiënt overgeplaatst is van uitsturende naar ontvangende ziekenhuis.
Persoonsgegevens	NAW-gegevens van de patiënt.
	Zorgverzekeraar + verzekerdennummer.
	Contactpersoon/wettelijke vertegenwoordiger van patiënt.
Uitsturende organisatie	Naam van ziekenhuis die de overdracht verstuurt.
	Naam verpleegkundige/verzorgende + afdeling uitsturende ziekenhuis.
Ontvangende organisatie	Naam van ziekenhuis die de overdracht ontvangt.

Onderdeel 2	
Algemene patiënten context	
Gegevens	Toelichting
Gezinssituatie	Gegevens t.a.v. de gezinssituatie, zoals burgerlijke stand, aanwezigheid van kinderen, zorgtaken.
Juridische situatie	Informatie over juridische status. Informatie over de juridische situatie van de patiënt, denkende aan bijvoorbeeld onder toezichtstelling, rechterlijke machtiging, crisismaatregel, voogdij, bewindvoering, onder curatele.
Woonomgeving	Informatie over soort woning en aanpassingen in huis, denkende aan bijvoorbeeld benedenwoning, woonboot, appartement, eengezinswoning met trappen.
Levensovertuiging	Informatie over religie, cultuur.
Wilsverklaring	Wens van de patiënt beschreven t.a.v. zelfbeschikking, zoals bijvoorbeeld niet-reanimeren verklaring, euthanasieverzoek.
Sociale omgeving	Informatie over arbeidssituatie, vrijetijdsbesteding, sociaal netwerk.

Hulp van anderen	Soort hulp die patiënt heeft, aard, frequentie denkende aan bijv mantelzorg of andere zorgverleners.
Communicatie	Informatie over beheersing taal, zowel mondeling als schriftelijk. Ook kan extra informatie worden toegevoegd t.a.v. alternatieve manieren om te communiceren met patiënt (relevant bij mensen met uitingsbeperking).

Onderdeel 3	
Medische context	
Gegevens	Toelichting
Behandelaar	Naam en functie van de (hoofd)behandelaar.
Medische diagnose	Relevante medische diagnose die ten grondslag ligt aan de zorg op basis van de <u>Diagnosethesaurus</u> .
Voorgeschiedenis	Relevante medische voorgeschiedenis.
Allergie	Gegevens over allergie voor bepaalde stoffen.
Let op/ Alerts	O.a. gegevens over infectierisico (zoals MRSA) en kindermishandeling kunnen worden gemeld.
Behandel aanwijzing	Besluit tussen een zorgverlener en een patiënt over de wenselijkheid van het uitvoeren van een bepaalde behandeling, zoals een reanimatie op opname in zorginstelling, voordat deze behandeling (acuu) noodzakelijk wordt.
Vrijheids beperking	Informatie over welke vrijheidsbeperkende interventies van toepassing zijn (conform Wvggz en Wzd).
Meetwaarden	Laatst gemeten bloeddruk.
	Laatst gemeten polsfrequentie.
	Laatst gemeten lichaamstemperatuur.
	Laatst gemeten ademhalingsfrequentie en evt. gebruik van O2.
	Laatst gemeten gewicht.

	Laatst gemeten lengte.
	Laatst gemeten saturatie.
GlasgowComa Schaal	Uitslag van meting.
Pijnscore	Laatst gemeten pijnmeting en pijnbeleving. Het gebruikte pijnscore instrument is afhankelijk van leeftijdsgroep.
Labuitslag	Resultaat van een laboratoriumbepaling, denkende aan bijvoorbeeld bloedgas.
Verrichtingen	Beschrijving van therapeutische of diagnostische verrichting, die de patiënt heeft ondergaan of zal ondergaan.
Tekstuitslag	Tekstuele toelichting om de bevindingen en interpretatie te beschrijven van diagnostische of therapeutische verrichtingen, uitgevoerd op patiënten of monsters afkomstig van de patiënt. Denk aan uitslag van CT, MRI of andere verrichtingen.

Onderdeel 4

Verpleegkundige context

Gegevens	Toelichting
Verpleegkundige diagnoses/patiënt probleem	Beschrijving van verpleegkundige diagnose of patiënt probleem.
Verpleegkundige interventie	Gegevens betreffende verpleegkundige interventie passend bij patiënt probleem die naar verwachting in de toekomst moeten worden gecontinueerd bij de ontvangende zorgorganisatie.
Medisch hulpmiddel	De beschrijving van de middelen die gebruikt worden bij de verpleegkundige interventie, zoals bijvoorbeeld verbandmiddelen.
Zorgverlener	Zorgverlener die interventie uitvoert.
Gewenst zorgresultaat	Aan elke verpleegkundige interventie is een behandeldoel (gewenst zorgresultaat zoals dat met de patiënt is besproken) gekoppeld.

Bereikt zorgresultaat	Zorgresultaat wat daadwerkelijk behaald is.
Afspraken patiënt	Specifieke, tijdsgebonden afspraken met/voor de patiënt, denk aan gepland onderzoek, afspraak polikliniek.
Wensen en behoeften patiënt en/of naasten	Informatie over wat voor patiënt en/of naasten van belang is in de zorg.

Onderdeel 5

Verpleegkundige context: specificatie gezondheidstoestand

Gegevens	Toelichting
Zelfzorg	Mogelijkheid van de patiënt om zelf te kunnen drinken en evt. gebruikte hulpmiddelen.
	Mogelijkheid om zichzelf te kunnen voeden en evt. gebruikte hulpmiddelen.
	Mogelijkheid tot zelfstandig gebitsverzorging.
	Mogelijkheid tot het zichzelf kunnen wassen.
	Mogelijkheid tot het zichzelf kunnen aan- en uitkleden.
	Mogelijkheid tot het kunnen zorgdragen voor uiterlijke verzorging, zoals huid, haar, nagels.
	Mogelijkheid om zelfstandig naar het toilet te gaan en zich te verzorgen.
	Beschrijving of patiënt hulp nodig heeft bij het gebruik van medicatie.
	Beschrijving of patiënt/naasten hulp nodig heeft bij het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen: Bij kinderen kan dit gericht zijn op bekwaamheid van ouders/verzorgers die deze handelingen uitvoeren bij het kind.
Toelichting zelfzorg.	
Mobiliteit	Informatie over mate van zelfstandigheid t.a.v. houding, (trap)lopen, transfer en het gebruik van hulpmiddelen bij mobiliteit.

Voeding/vocht	Informatie over dieet en/of consistentie van voeding. Alleen de, op het moment van overdracht, actieve voedingsadviezen worden uitgewisseld.
	Waarde van ondervoedingscore. Gebruikt instrument is afhankelijk van setting en leeftijd.
	Beschrijving van totale hoeveelheid vocht in en uit onder vermelding van tijdseenheid.
	Sondesysteem, soort sonde, sondevoeding.
	Infuus, toedieningssysteem, type katheter, infuusvloeistof; voor het infuusbeleid wordt verwezen naar medicatietoediening.
Medicatie toediening	Informatie over wijze van medicatie toediening.
Uitscheiding	Informatie over urine, continentie van urine en gebruikte medisch hulpmiddel, zoals katheter.
	Informatie over defecatie, continentie, consistentie, kleur en gebruikte medisch hulpmiddel.
	Stomatype, locatie van de stoma.
Huid	Brandwond: beschrijving van de gradatie van brandwond de locatie, aard van de wond en behandeling.
	Decubituswond: beschrijving van de categorie, locatie, aard van de wond en behandeling van decubituswond.
	Huidletsel waarbij onderscheid wordt gemaakt in incontinentie, smetten, eczeem. Daarbij wordt beschreven wat de locatie, aard en behandeling van de huidaandoening is.
	Overige wonden; waarbij onderscheid gemaakt wordt in zeven soorten wonden, waaronder chirurgische wond en diverse soorten ulcera. Per wond wordt beschreven wat de locatie, aard en behandeling van de huidaandoening is.
Zintuigen	Informatie over hoor-functie van patiënt en evt. hulpmiddelen die hierbij worden gebruikt.
	Informatie over zicht van patiënt en evt. hulpmiddelen die hierbij worden gebruikt.
Ziektebeleving	Informatie over hoe patiënt en naasten omgaan met ziekteproces.
Mentale status	Beschrijving van de geestelijke gezondheidstoestand denkende aan "Oriëntatie in plaats, tijd, persoon/ Geheugen korte, lange termijn/ Denktempo/ Acute verwardheid/ Bewustzijn/ Aandacht/ Sombere, hypomane, manische stemming.
Zwangerschap	Informatie over zwangerschap van patiënt.