



Rapport

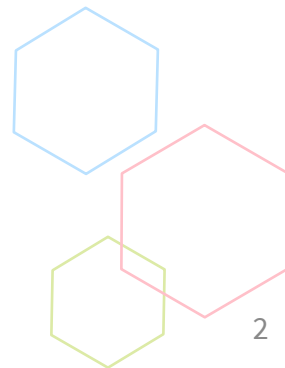
Impact assessment Eenheid van Taal

*Een sector overstijgend onderzoek naar de realisatie
van Eenheid van Taal middels SNOMED*

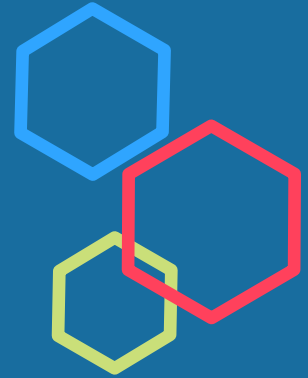
10 november 2022

Tamara Moll & Jeanique Ngadimin

1.	Managementsamenvatting_	p. 3
2.	Inleiding en vraagstelling_	p. 5
3.	Aanpak_	p. 9
4.	Resultaten onderzoek_	p. 13
4.1	Schets van de huidige situatie_	p. 15
	▪ Motivatie	
	▪ Sector overstijgend	
	▪ Sectorspecifiek	
4.2	Geprioriteerde belemmeringen en randvoorwaarden_	p. 24
	▪ Resultaten uit de interviews en werksessie	
	▪ Met onderbouwing uit eerdere onderzoeken	
5.	Conclusie en aanbevelingen_	p. 42
	Geraadpleegde bronnen_	p. 52
	Bijlagen_	p. 55
	▪ Bijlage 1 – Geïnterviewde stakeholders_	p. 56
	▪ Bijlage 2 – Belemmeringen en oplossingsrichtingen (zoals verzameld in de interviews)_	p. 58
	▪ Bijlage 3 – Randvoorwaarden (zoals verzameld in de interviews)_	p. 73



1. Managementsamenvatting



Uit de interviews blijkt dat er in de vier sectoren geen echte tegenstanders van SNOMED zijn. Koepelorganisaties hebben een afwachtende houding ten opzichte van SNOMED en welke richting het opgaat. CMIO's en innovatieve leveranciers daarentegen voelen wel degelijk urgentie om met Eenheid van Taal - en SNOMED als middel om dat te bereiken - aan de slag te gaan. Uit de interviews blijkt dat er een aantal belemmerende factoren zijn waardoor de implementatie van SNOMED nu grotendeels blijft liggen. Deze belemmeringen zijn te vertalen naar een aantal randvoorwaarden die ingevuld moeten worden om de implementatie van SNOMED een stap verder te brengen. De randvoorwaarden zijn onderverdeeld in een aantal thema's:

1. Duidelijke kaders en richtlijnen voor de implementatie van SNOMED
2. Financiële impuls voor de implementatie van SNOMED
3. Focus op Eenheid van Taal en codering
4. Samenwerking binnen de sector en sector overstijgend
5. Regie op Eenheid van Taal

In de werksessie is vervolgens geprioriteerd wat de grootste belemmeringen zijn en aan welke randvoorwaarden concreet invulling gegeven moet worden.

Gebrek aan visie en focus

1. Er komt een landelijke roadmap met daaronder een sectorspecifiek implementatieplan.
2. Er wordt portfoliomanagement gevoerd op projecten en programma's.
3. Doelen sluiten aan op het primaire proces.

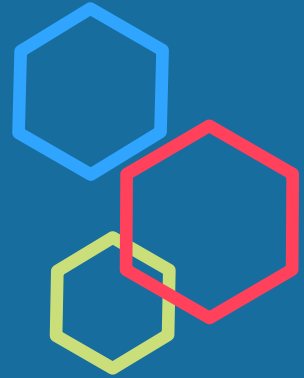
Gebrek aan regie

1. Realiseer een duidelijke regiestructuur.
2. Zorg voor een duurzaam financieringsmodel.
3. SNOMED verankeren in wet- en regelgeving.

Meerwaarde onvoldoende duidelijk voor de zorg

1. Focus op meerwaarde voor de zorgverlener.
2. Concrete meerwaarde aantonen aan de hand van (sector specifieke) use-cases.
3. Communicatie afstemmen op de ontvanger (zorgprofessionals, managers of bestuurders).

2. Inleiding en vraagstelling



Eenheid van taal van eminent belang voor gestandaardiseerde gegevensuitwisseling en netwerkgorg.

Om te komen tot goede netwerkgorg en meer inzicht en regie voor de patiënt is gestandaardiseerde gegevensuitwisseling een belangrijke randvoorwaarde. Dit kan alleen als er sprake is van Eenheid van Taal. Dit is, ondanks dat de zibs (zorginformatiebouwstenen) tijdens VIPP-regelingen wel zijn ingebouwd, nu nog niet het geval.

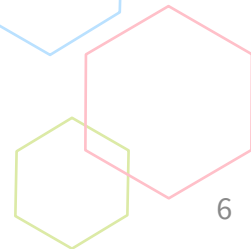
Neem bijvoorbeeld de zib “Probleem”. Elke sector hanteert haar eigen (set van) codelijsten voor het duiden van een diagnose, welke vaak ook de basis vormt voor de financiering van de geleverde zorg. Mede hierdoor komt uitwisseling tussen zorgverleners en met patiënten niet goed en eenduidig tot stand.

Een oplossingsrichting is het zorgbreed hanteren van het internationale terminologiestelsel SNOMED, of (in eerste instantie) een mapping van de verschillende codelijsten naar SNOMED. Deze oplossingsrichting is door het Informatieberaad zorg in 2018 aangenomen.

Potentie gestructureerde registratie middels SNOMED reikt verder dan gegevensuitwisseling.

Als SNOMED als terminologie gebruikt wordt, is dit vooral om gegevens gestructureerd vast te leggen en uit te kunnen wisselen tussen zorgverleners onderling of tussen zorginstelling en de patiënt (MedMij). Maar, SNOMED heeft ook grote potentie in wetenschappelijk onderzoek en toepassingen ten aanzien van data analyse.

Traditioneel worden aandoeningen op een abstract niveau vastgelegd, waardoor weinig verschillende categorieën onderscheiden kunnen worden. Met SNOMED echter, kunnen juist veel verschillende categorieën of subgroepen worden gecreëerd. Dat biedt de mogelijkheid om heel snel interessante vergelijkingen te maken. Daarnaast zijn SNOMED-concepten gedefinieerd met een aantal eigenschappen en dat biedt ook mogelijkheden, bijvoorbeeld in beslisondersteuning (HTSDO, 2014).



Onderzoeksvraag

Ondanks het besluit van het informatieberaad zijn er nog grote stappen nodig om Eenheid van Taal te bereiken. Het RIVM heeft in 2018 onderzoek gedaan naar de barrières die Eenheid van Taal in de weg staan, wat mogelijke oplossingen hiervoor zijn en welke randvoorwaarden er ingevuld moeten worden om de oplossingen in te kunnen zetten (RIVM, 2018). Tot op heden is hier weinig invulling aan gegeven door het veld. Daarom heeft VWS D&A gevraagd om een impact assessment uit te voeren naar Eenheid van Taal (door middel van SNOMED).

In deze impactanalyse doen we bij diverse stakeholders een uitvraag naar de belemmeringen, de mogelijke oplossingen, de randvoorwaarden, de implementatieaanpak en de benodigde besluiten en regie. In dit onderzoek gaan we op zoek naar het antwoord op de volgende vraag: **“Wat is er nodig om te komen tot Eenheid van Taal?”**

Definitie Eenheid van Taal

Er is sprake van Eenheid van Taal als gezondheidsinformatie voor elke zorgverlener of patiënt dezelfde betekenis of bedoeling heeft wanneer deze informatie elektronisch wordt uitgewisseld.

Bij het elektronisch vastleggen en uitwisselen van gezondheidsinformatie is het daarom noodzakelijk dat zowel binnen als tussen informatiesystemen er sprake is van een gedeelde context. De afspraken over welke termen kunnen worden gebruikt en op welke manier wordt ook wel een ‘gedeeld woordenboek’ genoemd. In 2018 is afgesproken dat SNOMED, samen met LOINC en IDMP de grondplaat, het gedeeld woordenboek, vormt in het primair zorgproces (RIVM, 2018).

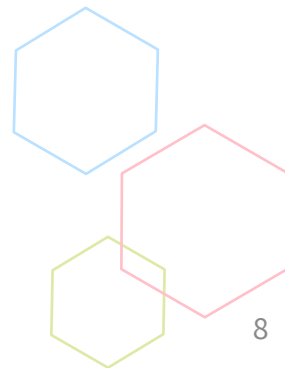
In dit onderzoek, het SNOMED impact assessment, is er specifiek gekeken naar wat er nodig is om Eenheid van Taal met SNOMED te bereiken.



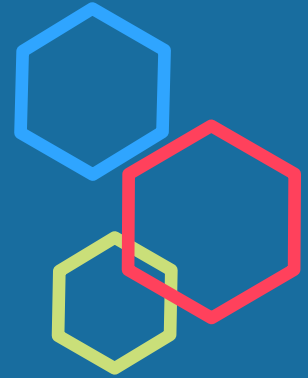
Het adviesrapport is als volgt opgebouwd:

- Hoofdstuk 3 Aanpak
Toelichting op de aanpak van dit onderzoek.
- Hoofdstuk 4 Resultaten onderzoek
Beschrijft de resultaten van de interviews en de werksessie. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen:
 - *Beschrijving van de huidige situatie, waar staan de verschillende sectoren nu met betrekking tot Eenheid van Taal;*
 - *Geprioriteerde belemmeringen en randvoorwaarden: wat zijn nu de grootste belemmeringen in het bereiken van Eenheid van Taal en welke randvoorwaarden moeten er worden ingevuld.*
- Hoofdstuk 5 Conclusie en aanbevelingen
Weergave van de conclusie en drie concrete aanbevelingen om mee aan de slag te gaan.

In de bijlagen zijn de lijst met geïnterviewden en een overzicht van alle opgehaalde belemmeringen, oplossingsrichtingen en randvoorwaarden, zoals verzameld in de interviews, opgenomen.

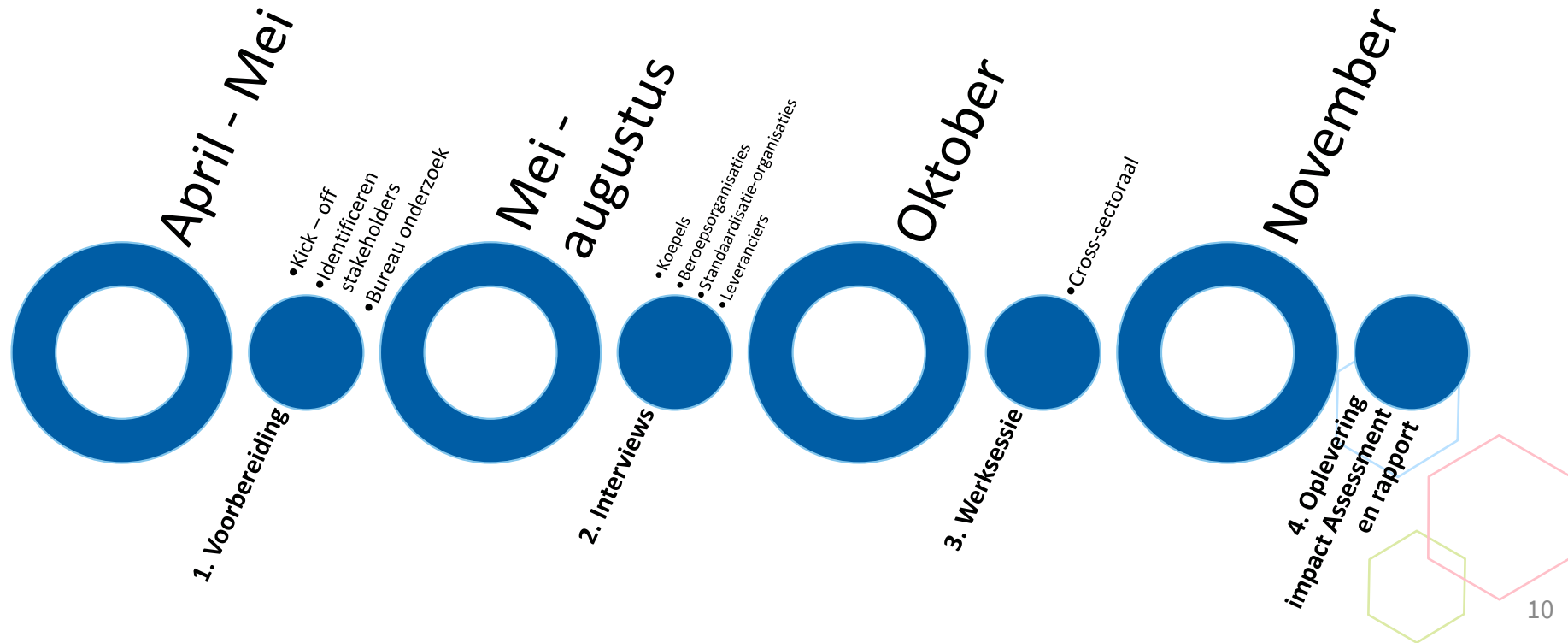


3. Aanpak



3. Aanpak

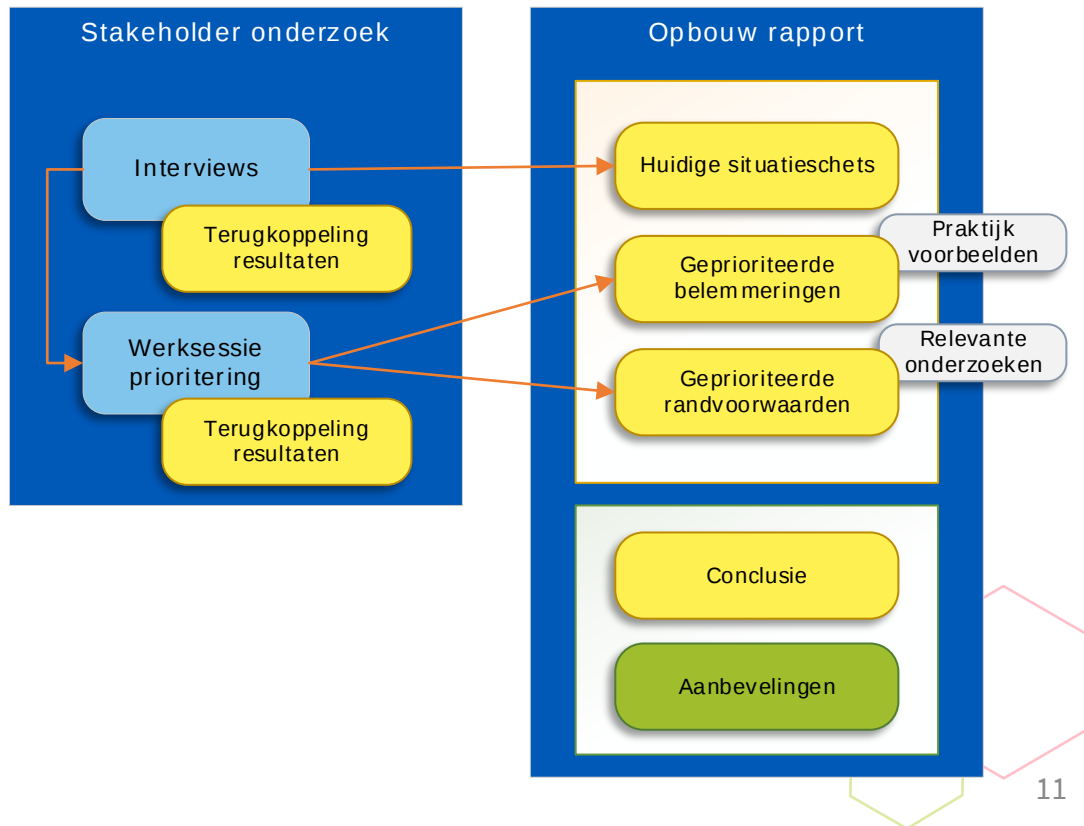
Onderzoek tijdslijn



3. Aanpak

Onderzoeksmethodiek en opbouw rapport

- In fase 1 zijn er stakeholders uit de verschillende sectoren geïnterviewd met als doelen:
 - Een **inschatting** maken van de **huidige SNOMED implementatie- en acceptatiegraad**;
 - De **sector overstijgende belemmeringen, randvoorwaarden en oplossingsrichtingen** ten aanzien van SNOMED te identificeren.
- In fase 2 is samen met de niet commerciële stakeholders tijdens een werksessie een **prioritering** aangebracht in de geconstateerde **sector overstijgende belemmeringen en randvoorwaarden**.
- De resultaten uit fase 2 zijn aangevuld met **praktijkvoorbeelden** en onderbouwd aan de hand van relevante onderzoeken en rapporten.
- In de conclusie en aanbevelingen worden oplossingsrichtingen en vervolgonderzoek benoemd, om Eenheid van Taal, middels SNOMED, verder te realiseren.



3. Aanpak

Betrokken stakeholders en sectoren

Deze afbeelding geeft weer welke sectoren en type stakeholders betrokken zijn bij het onderzoek en geïnterviewd zijn.

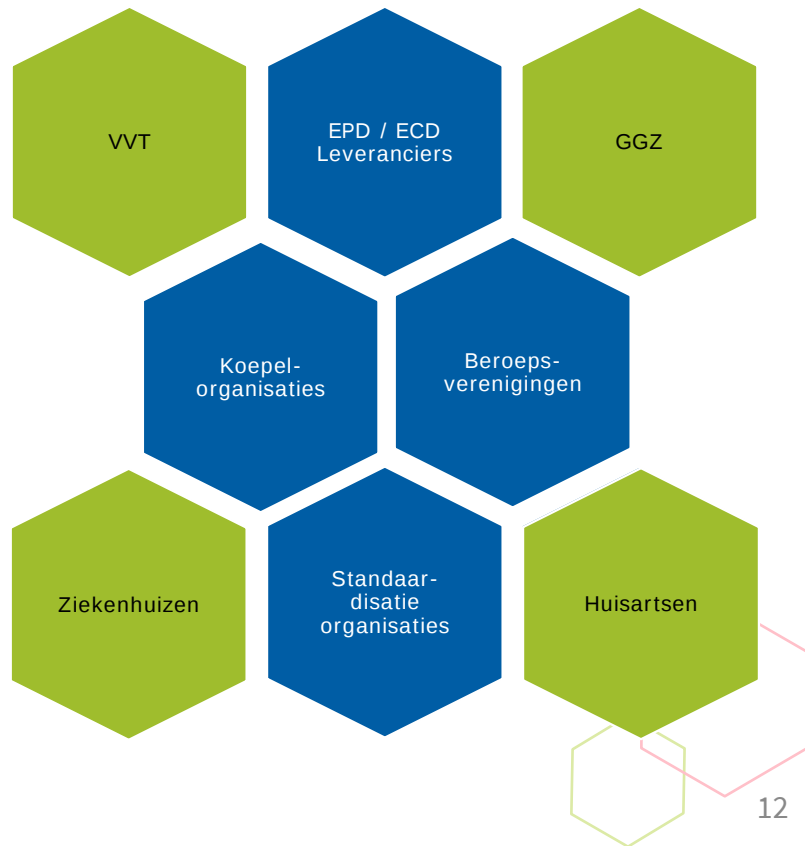
Onderwerpen semi-gestructureerde interviews:

- Beschrijving van het perspectief op de huidige situatie (Inclusief de motivatie om Eenheid van Taal te bereiken)
- Belemmeringen
- Oplossingsrichtingen
- Randvoorwaarden
- Implementatie roadmap

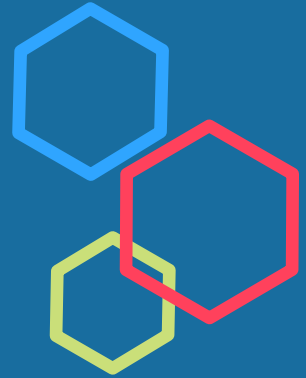
In alle sectoren zijn twee EPD / ECD leveranciers geïnterviewd. Deze **leveranciers zijn aangedragen door de koepels en/of beroepsverenigingen**, waarbij gekeken is naar leveranciers met een groot mark segment in de desbetreffende sector en/of leveranciers die inspelen op innovatie op het gebied van Eenheid van Taal.

Notities:

1. De NVZ is niet geïnterviewd. Input is verkregen via het NVZ onderzoek naar de implementatie van SNOMED in ziekenhuizen.
2. Van de HIS leveranciers heeft slechts 1 partij deelgenomen aan het interview.



4. Resultaten onderzoek



4. Resultaten onderzoek

Toelichting resultaten uit de interviews en de werksessie

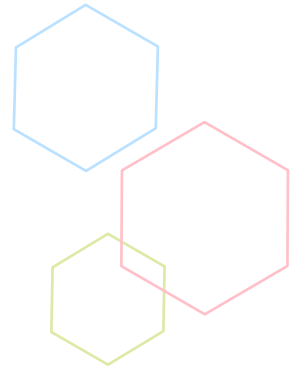


De resultaten bestaan uit twee onderdelen:

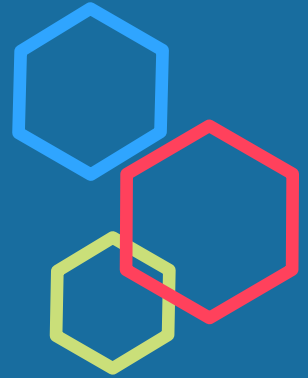
1. Schets van de huidige situatie: motivatie voor Eenheid van Taal, algemene beschrijving van de huidige situatie en per sector.
2. Geprioriteerde belemmeringen en randvoorwaarden om Eenheid van Taal te bereiken.¹

Bij de beschrijving van de resultaten is aangegeven of het specifiek is voor een bepaalde sector of voor een bepaalde groep stakeholders (bijvoorbeeld de leveranciers). Als er geen sector of stakeholder benoemd staat is het door personen uit meerdere sectoren en/of typen stakeholders genoemd.

¹De geprioriteerde belemmeringen en randvoorwaarden komen voort uit de belemmeringen, oplossingsrichtingen en randvoorwaarden die in de interviews benoemd zijn. Deze zijn opgenomen in [bijlage 2 en 3](#).



4.1 Schets van de huidige situatie



4.1 Schets van de huidige situatie

Sector overstijgend overzicht huidige inrichting systemen

Implementatie en gebruik SNOMED

- ❖ **Alle sectoren** maken reeds gebruik van **SNOMED**. Het grootste **verschil** zit in de mate waarin het geïmplementeerd is en hoe het wordt toegepast.
 - Totaal aantal gebruikte code- en terminologiestelsels voor diagnoses: 9 (excl. medicatie & lab)
- ❖ **VIPP regelingen** hebben een **minimale bijdrage** geleverd aan de implementatie van SNOMED. Effecten VIPP regelingen in relatie tot Eenheid van Taal:
 - **Sector overstijgend:** Meer **bewustwording** omtrent gebruik van **zorginformatiebouwstenen** en een start met de implementatie ervan.
 - **Zorgprofessionals:** Meer **bewustwording** omtrent **registratie aan de bron** principes en het belang.

Code- en terminologiestelsels (GGZ, HA, MSZ & VVT)

MSZ	SNOMED	ICD-10	DHD Thesaurus	Eigen codestelsel				
HA	SNOMED		NHG tabellen	Eigen codestelsel				
VVT	SNOMED				NANDA NIC NOC	OMAHA	Eigen codestelsel	
GGZ	SNOMED						DSM-V	Eigen codestelsel

Toelichting afbeelding: Op basis van de interviews kan geconcludeerd worden dat SNOMED in alle sectoren is ingebouwd, mits het als enige toegestane codelijst staat aangegeven in de zibs. Registratie binnen de MSZ gebeurt grotendeels via de diagnosethesaurus, die aan de achterkant gekoppeld is aan SNOMED. Een aantal ICPC-codes uit de NHG tabellen zijn ook gemapt op SNOMED. Dit wordt vooral in de uitwisseling gebruik. Binnen de VVT is een pilot gestart (eOverdracht), waarbij de focus ligt op registratie middels SNOMED. In de ggz is er een mapping van DSM-V naar SNOMED.

4.1 Schets van de huidige situatie

Belangrijkste redenen waarom stakeholders naar Eenheid van Taal willen



Patiënt

- Eenduidige terminologie is randvoorwaarde om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen leveren.
- Eenduidige interpretatie door verschillende zorgverleners: dit verkleint de kans op fouten.
- Data is een onderdeel van het zorgnetwerk van de patiënt, dat kan, als er Eenheid van Taal is, veel beter benut worden.

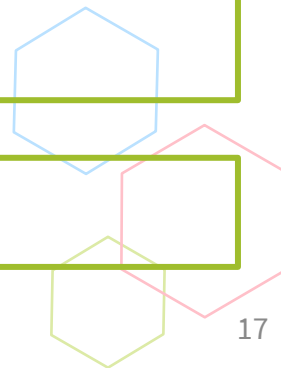
Zorgverleners

Hergebruik van gegevens binnen de hele zorgketen die een patiënt doorloopt, informatie:

- Eenduidig
- Up to date
- Herbruikbaar

Onderzoek

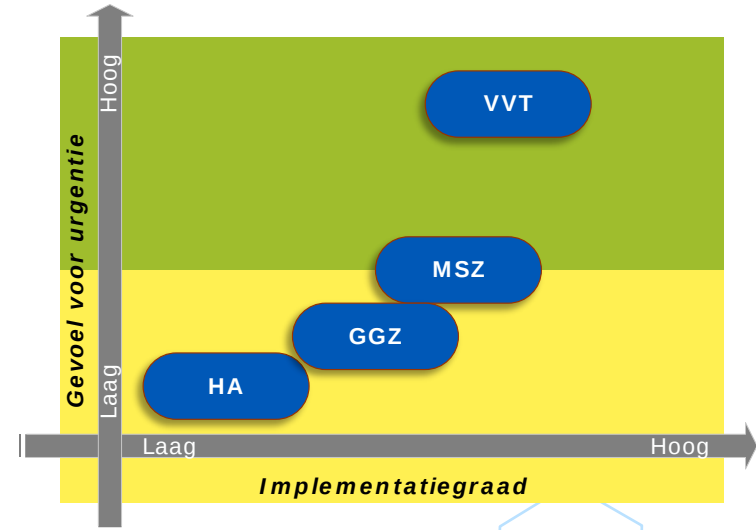
- Hergebruik van data voor onderzoeksdoeleinden.



4.1 Schets van de huidige situatie

Sector overstijgend: urgentie, drivers en implementatiegraad

- ❖ Gevoel voor urgentie wordt niet sector breed gedeeld, in het algemeen:
 - **Koepelorganisaties** kijken met een bestuurlijke blik naar de implementatie en adoptie van SNOMED en hebben een **afwachtende houding**.
 - **CMIO's, CNIO's en innovatieve leveranciers** zijn de **early adapters** van SNOMED. En voelen in alle sectoren wel de urgentie van Eenheid van Taal.
- ❖ Stakeholders hebben verschillende drivers om SNOMED te implementeren
 - De motivatie van **koepels** en **beroepsverenigingen** zit vooral in **hergebruik van gegevens** ter bevordering van netwerkzorg en wetenschappelijk onderzoek.
 - De productontwikkeling van **leveranciers** wordt vooral gestuurd door **klantvraag** en **wet- en regelgeving**.



Toelichting: Op basis van de interviews met koepelorganisaties, beroepsverenigingen, leveranciers, koplopers en standaardisatie organisaties is een matrix opgesteld waarin we een inschatting maken van hoe de verschillende sectoren zich tot elkaar verhouden.

4.1 Schets van de huidige situatie

Toelichting schematische weergave per sector

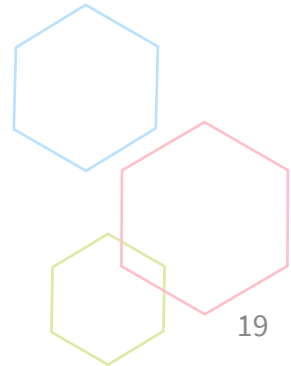


Op de volgende pagina's is schematisch weergegeven hoe in de verschillende sectoren de huidige situatie beschreven wordt. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen drie typen stakeholders:

- Koepels
- Beroepsorganisaties (incl. CMIO/CNIO's)
- Leveranciers

Vervolgens is weergegeven hoe de verschillende stakeholders tegen de huidige situatie aan kijken: wat wordt er nu gebruikt en hoe zien zij het effect van VIPP-regelingen?

Per type stakeholder wordt beschreven of er motivatie is voor het gebruik van SNOMED (gevoel van urgentie) en wat de drivers zijn voor het bereiken van Eenheid van Taal.



Schets van de huidige situatie

Huisartsenzorg

		Geïnterviewde stakeholders		
Thema	Onderdeel	Koepel (NHG/LHV)	Beroepsvereniging (CMIO)	Leveranciers (Meditools)
Huidige situatie	Terminologie en codestelsels	ICPC-codes, mapping naar SNOMED beschikbaar NHG tabellen	ICPC-code NHG tabellen	ICPC-code NHG tabellen SNOMED
	Effect VIPP regeling	Onbekend Geen zicht op resultaten	Minimaal MedMij heeft het probleem (gebrek aan standaardisatie) verduidelijkt	Minimaal
Motivatie SNOMED	Gevoel voor urgentie	Laag In gesprek met CMIO's	Hoog In afwachting van de mogelijkheden EHDS en leren van de ervaring van Engeland	Hoog Urgentiegevoel onder klanten verdeeld; CMIO's hoog, Overig laag
	Drivers	Hergebruik van gegevens binnen zorgnetwerk	Data silo's tegen gaan	Innovatie Klantvraag (CMIO's)
		Resultaten		

Wat in de huisartsenzorg vooral opvalt is de tegenstelling tussen de koepels en de CMIO's eerstelijns. De CMIO's voelen wel urgentie om met Eenheid van Taal aan de slag te gaan, vooral in de gegevensuitwisseling sector overstijgend. Ze willen leren van de ervaring die in Engeland met SNOMED wordt opgedaan en de mogelijkheden binnen de EHDS verkennen. Het NHG en de LHV zijn terughoudender. Er is een mapping van een aantal NHG-tabellen naar SNOMED, maar verder wordt er geen urgentie gevoeld. Het NHG en de LHV staan hierin dus ver af van hoe de CMIO's in de tegen SNOMED aankijken. De leverancier die in de huisartsensector geïnterviewd is, is een vooruitstrevende partij en dus niet representatief voor de leveranciers in de huisartsenzorg. Het is binnen de looptijd van fase 1 van het onderzoek niet gelukt om een interview met een andere leverancier te plannen.

3. Schets van de huidige situatie

Medisch specialistische zorg

		Geïnterviewde stakeholders		
Thema	Onderdeel	Koepel (NFU, NVZ)	Beroepsvereniging (FMS, CMIO, CNIO)	Leveranciers (Chipsoft, Epic)
Huidige situatie	Terminologie en codestelsels	Diagnose Thesaurus, onderwater SNOMED ICD-10, soms gekoppeld aan SNOMED	SNOMED in de Diagnose en verrichting Thesaurus Verpleegkundige kernset op basis van SNOMED	SNOMED, ICD-10, Diagnose Thesaurus
	Effect VIPP regeling	Minimaal	Minimaal Meer bewustzijn voor registratie aan de bron	Minimaal Bevordert gebruik van zibs (vorm) Eenheid van taal niet (inhoud)
Motivatie SNOMED	Gevoel voor urgentie	Afwachtend Noodzaak moet vanuit de leden komen	Hoog onder CMIO's en CNIO's Noodzaak vanuit de werkvloer laag	Staat op de roadmap Noodzaak vanuit de klanten laag
	Drivers	Onbekend	Betere zorgverlening door gegevensuitwisseling en wetenschappelijk onderzoek	Klantvraag Wet- en regelgeving Subsidieregeling
		Resultaten		

Wat in de medisch specialistische zorg vooral opvalt is het opdrachtgeverschap. Vanuit de FMS, CMIO's en CNIO's wordt aangegeven dat de vraag naar Eenheid van Taal er wel is, maar dat de noodzaak op de werkvloer nog niet gezien en gevoeld wordt. Dit resulteert er in dat de leveranciers vanuit hun klanten ook niet de opdracht krijgen om met Eenheid van Taal aan de slag te gaan. Wat er op dit moment gedaan wordt om Eenheid van Taal te bevorderen is vooral het gevolg van de VIPP-regeling. De NVZ investeert in de implementatie / adoptie van SNOMED door middel van een eigen onderzoek.

3. Schets van de huidige situatie

Geestelijke gezondheidszorg



		Geïnterviewde stakeholders		
Thema	Onderdeel	Koepel (De Nederlandse ggz)	Beroepsvereniging (CMIO)	Leveranciers (Nedap, Nexus)
Huidige Situatie	Terminologie en codestelsels	SNOMED DSM-V	SNOMED DSM-V	SNOMED DSM-V
	Effect VIPP regeling	Minimaal Registratie volgens de zib structuur	Groot VIPP heeft versnelling aan standaardisatie gegeven	Minimaal Nut van gegevensuitwisseling wordt wel gezien
Motivatie SNOMED	Gevoel voor urgentie	Laag Focus op zorgprestatie model en zibs	Hoog Focus op afstemming lopende programma's	Staat op de roadmap Noodzaak vanuit de werkvloer laag
	Drivers	Gegevensuitwisseling in de keten, met sociaal domein	Continuïteit in de keten	Klantvraag Wet- en regelgeving Subsidieregeling
		Resultaten		

In de ggz valt het op dat alle stakeholders benoemen dat er veel op hen afkomt, in regelingen en wetgeving. Denk bijvoorbeeld aan de invoering van het zorgprestatie model en de wvvgg. Dit zijn grote veranderingen die ook aanpassingen aan de systemen vragen. Door de grote hoeveelheid aan aanpassingen raakt de focus kwijt en lopen zowel de zorginstellingen als de leveranciers aan tegen uitdagingen in hun beschikbare capaciteit. Alle drie geven aan dat, voor er een nieuwe stap in Eenheid van Taal gezet wordt, lopende zaken afgerond en op elkaar afgestemd moeten zijn. Als dat bereikt is, ontstaat er weer ruimte voor nieuwe projecten.

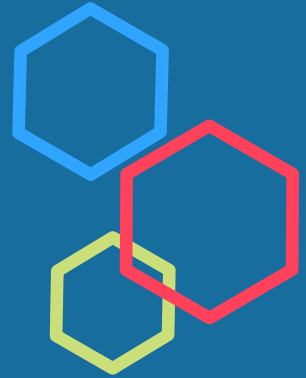
3. Schets van de huidige situatie

Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg

		Geïnterviewde stakeholders		
Thema	Onderdeel	Koepel (Actiz)	Beroepsvereniging (V&VN, CNIO)	Leveranciers (Ecare, Nedap)
Huidige situatie	Terminologie en codestelsels	OMAHA, NANDA, ICD-10	OMAHA, NANDA, SNOMED	SNOMED, ICD-10, Diagnose Thesaurus
	Effect VIPP regeling	Onbekend Geen zicht op resultaten	Onbekend Implementatieplan o.b.v. pilot eOverdracht	Minimaal Ingebouwde zibs niet schaalbaar Onduidelijkheid over uitwisseling
Motivatie SNOMED	Gevoel voor urgentie	Laag In gesprek met V&VN	Hoog Geen overeenstemming tussen stakeholders	Staat op de roadmap Noodzaak vanuit de werkvloer gemiddeld
	Drivers	Onbekend	Registratielast en handmatig overnemen van gegevens bij de overdracht	Klantvraag Wet- en regelgeving Subsidieregeling
		Resultaten		

Wat in VVT opvalt is de ‘stammenstrijd’ die door de stakeholders benoemd wordt tussen verschillende terminologiestelsels en classificatiesystemen in de verpleegkunde. Leveranciers ondersteunen tenminste vijf terminologiestelsels en classificatiesystemen. Dit bemoeilijkt het proces in het overgaan naar één stelsel. In de VVT wordt, van de vier sectoren, wel de grootste urgentie gevoeld voor Eenheid van Taal. Een verpleegkundige in de thuiszorg moet bij een intake gegevens opvragen bij alle type zorgverleners waar de patiënt mee te maken heeft. Dit gebeurt nu door te bellen en het handmatig in te voeren. Dit kan efficiënter.

4.2 Geprioriteerde belemmeringen en randvoorwaarden



4.2.1 Belemmeringen

Sector overstijgende geprioriteerde belemmeringen

Belemmeringen uit de interviews

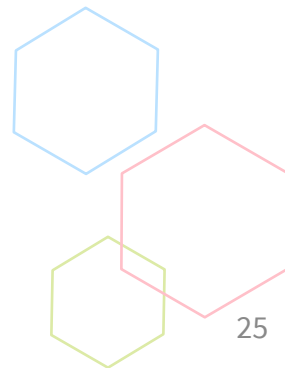
Uit de interviews met verschillende [type stakeholders](#) zijn in totaal 19 belemmeringen benoemd die sector overstijgend worden gevoeld. Zie “[bijlage belemmeringen en oplossingsrichtingen](#)”. Deze belemmeringen zijn onder te verdelen in 5 thema’s:

- Gevoel van urgentie
- Complexiteit van SNOMED en mappings
- Beheer op zibs en terminologie
- Regie op het bereiken van Eenheid van Taal
- Opdrachtgeverschap

Geprioriteerde belemmeringen

Om tot een prioritering van de belemmeringen te komen is een uitvraag gedaan onder **koepels en beroepsorganisaties**. Op basis van deze uitvraag kan geconcludeerd worden dat, van de 19 geïdentificeerde belemmeringen, de onderstaande sector overstijgend als meest belemmerend worden ervaren:

- Gebrek aan visie en focus;
- Gebrek aan regie;
- Meerwaarde onvoldoende duidelijk om gedragsverandering te stimuleren.



4.2.2. Belemmering: gebrek aan visie en focus

Inleiding



Definitie visie en focus

Een heldere beschrijving van wat wij in Nederland willen bereiken met Eenheid van Taal en de daarbij horende stappen die genomen moeten worden om het doel te bereiken.

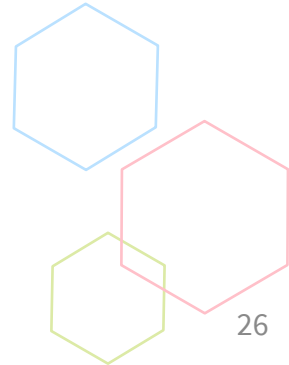
Huidige situatie

Het informatieberaad zorg heeft in 2018 ingestemd met het gebruik van SNOMED in de zorg (Informatieberaad, 2018). Tijdens de interviews hebben de verschillende koepels aangegeven dat zij niet weten wat er, als gevolg van dit besluit, van hen verwacht wordt.

Een heldere visie, waarbij de meerwaarde voor de zorg duidelijk is, maakt het eenvoudiger duidelijke keuzes te maken. Zonder een visie ontbreekt de stip aan de horizon. In verschillende interviews werd aangegeven dat er visie en focus ontbreekt op het gebruik van SNOMED in zowel de registratie als de uitwisseling tussen zorginstellingen met onder andere als gevolg:

- Onduidelijke kaders en verwachtingen richting stakeholders;
- Regionale oplossingen die niet altijd aansluiten bij landelijke principes.

Deze twee gevolgen worden op de volgende pagina's toegelicht, gevolgd door de randvoorwaarden.



4.2.2 Belemmering: gebrek aan visie en focus

Gevolg: Onduidelijke kaders en verwachtingen richting stakeholders

Het gebrek aan duidelijke kaders rond het gebruik van SNOMED en de te bereiken doelen leidt tot een afwachtende houding bij koepels, zorgorganisaties en leveranciers.

Het gebrek aan duidelijke visie, kaders en richtlijnen is terug te zien in de prioritering die beroepsverenigingen, leveranciers en zorginstellingen geven aan SNOMED. Koepels zijn hierin afwachtend omdat de meerwaarde van SNOMED nog onvoldoende is aangetoond voor elke sector en het voor hen onduidelijk is wat hun rol hierin is.

- Opdrachtgeverschap vanuit zorginstellingen naar leveranciers ontbreekt;
Een aantal (vooruitstrevende) leveranciers hebben aangegeven dat zij het gevoel hebben zelf zorginstellingen te moeten overtuigen van de meerwaarde van SNOMED. Dit omdat zorginstellingen vaak onbekend zijn met SNOMED of de meerwaarde ervan niet meteen terug zien in het eigen proces.
- VIPP-regelingen zorgen voor verplichte implementatie SNOMED;
Gebruik van SNOMED binnen het zorgproces of als uitwisselingsstandaard wordt niet overal expliciet afgedwongen via de informatiestandaarden, normen of wetgeving. Implementatie van SNOMED vindt daarom vaak plaats vanuit de verplichtingen van de verschillende VIPP regelingen.

Voorbeeld: Implementatie van SNOMED verschilt tussen systemen

Situatie

Een aantal zorginformatiebouwstenen die opgenomen zijn in de VIPP regelingen dwingen het gebruik van SNOMED af. Door het ontbreken van implementatie kaders en richtlijnen leidt dit in een aantal gevallen tot verschillende implementaties.

Wending

Een gevolg hiervan is dat er **verschillen** ontstaan **in de implementatie van subsets en mappings**. Het ontbreekt aan vastgestelde en gedragen subsets en mappings. Als er verschillende mappings gebruikt worden betekent iets wat instelling A in SNOMED kan uitwisselen mogelijk iets anders dan wat instelling B met dezelfde SNOMED code bedoelt. Dit zorgt voor nieuwe **uitdagingen** bij **gegevensuitwisseling en hergebruik van data** in verschillende systemen.



4.2.2 Belemmering: gebrek aan visie en focus

Gevolg: Regionale oplossingen die niet altijd aansluiten bij landelijke principes

Ontwikkeling van landelijke programma's gaan te traag om de actuele vraag bij te houden met als gevolg: regionale oplossingen voor urgente "regionale" problemen.

Het grootste deel van de zorg wordt regionaal 'geconsumeerd'. De ontwikkeling van de regionale oplossingen sluiten aan op de manier waarop de Nederlandse zorg georganiseerd is en voldoet in bijna alle gevallen aan de behoefte van de regionale zorginstellingen.

Echter kent dit ook een keerzijde. Dat wat regionaal ontwikkeld wordt sluit soms niet aan bij landelijke principes van gegevensuitwisseling. Het is voor de betrokken zorginstellingen vervolgens een achteruitgang of opnieuw een grote investering als zij wel moeten aansluiten op landelijke standaarden.

Voorbeeld: Regionale laboratorium uitwisseling pathologie uitslagen en aanvragen

Situatie

Een zelfstandig laboratorium in Amsterdam, werkt samen met verschillende zorginstellingen in o.a. Amsterdam, Flevoland en Haarlem. Om de aanvragen en uitslagen op een uniforme manier uit te wisselen en te verwerken zijn regionale afspraken gemaakt met samenwerkende zorginstellingen over het gebruik van codes. Deze codes zijn ingebouwd in de systemen van de samenwerkende zorginstellingen als in het systeem van lab.

Wending

Overstappen van regionaal gebruikte codes naar LOINC/SNOMED vraagt om een sector overstijgende **samenwerking tussen ziekenhuizen en laboratoria** om enerzijds (1) **overeenstemming** te bereiken voor de **te gebruiken LOINC/SNOMED codes** en anderzijds (2) de **mapping** te vast te leggen van de **regionale codes naar LOINC en/of SNOMED**. Daarnaast dienen de nieuwe codes ook ingebouwd te worden in de verschillende softwarepakketten van **ziekenhuizen en laboratoria**. Hiervoor is opnieuw een grote **investering in tijd, capaciteit en financiën** nodig.

Randvoorwaarde 1: Er komt een landelijke roadmap met daaronder een sectorspecifieke roadmap

Onderbouwing uit de interviews en werksessie

Uit de interviews en de werksessie is naar voren gekomen dat er een sterke behoefte is aan een landelijke roadmap met betrekking tot gegevensuitwisseling in de zorg, met daarin ook Eenheid van Taal. Wat hierin belangrijk is, is dat de roadmap in overleg met het veld tot stand komt, maar er ook duidelijk regie op gevoerd gaat worden ([Belemmering 2: gebrek aan regie](#)). In 2018 is er een roadmap opgesteld (Informatieberaad, 2018), maar deze is algemeen en voorzigtig niet volledig in de behoefte.

- De landelijke roadmap beschrijft:
 - Wat willen we bereiken op het gebied van Eenheid van Taal?
 - Welke subdoelstellingen moeten behaald worden om daar te komen?
 - De doelstellingen en subdoelstellingen zijn concreet en de roadmap beschrijft een volgorde van de te behalen doelstellingen.
- De doelstellingen uit de roadmap zijn sector overstijgend, maar de uitvoer binnen de sectoren kan anders zijn en moet passen bij de bestaande samenwerkingsstructuren. De landelijke roadmap zou dus vertaald moeten worden naar sectorspecifieke roadmaps, waarin dezelfde doelstellingen vertaald worden naar een sectorspecifieke aanpak. Deze rol zou opgepakt kunnen worden door de koepels in samenwerking met zorgprofessionals.

Toelichting

Deze randvoorwaarden sluit aan bij de conclusies uit het OECD rapport 'Towards an Integrated Health Information System in the Netherlands' (2021). In dit rapport wordt aangegeven dat er in Nederland geen nationale strategie en visie is voor een geïntegreerd gezondheidsinformatiesysteem. In Nederland is de gezondheidszorg gefragmenteerd. Om toch te komen tot gegevensuitwisseling die instellings- en sector overstijgend is, is een duidelijke visie nodig. In dit onderzoek wordt ook de aanbeveling gedaan om een plan te maken om hier uitvoer aan te geven. Het ontwikkelen van dit plan, de roadmap, vereist samenwerking met de belanghebbenden om de doelstellingen vast te stellen.

Deze randvoorwaarde sluit ook aan op één van de aanbevelingen die het programma Registratie aan de bron in de eindrapportage (2022) doet: 'Zorgbreed implementeren van eenmalig en eenduidig vastleggen voor meervoudig gebruik vergt landelijke, zorgbrede regie en standaardisatie. *Alle partijen moeten werken vanuit dezelfde kaders, standaarden en bindende afspraken die met elkaar een Roadmap vormen richting het overkoepelende doel.*'



Randvoorwaarde 2: Er wordt portfoliomanagement gevoerd op projecten en programma's



Onderbouwing uit de interviews en werksessie

De roadmap geeft richting, maar om te toetsen of lopende en nieuwe projecten en programma's daar in passen is portfoliomanagement nodig. Met portfoliomanagement wordt er inzicht verkregen in de projecten en programma's die spelen op het gebied van gegevensuitwisseling, maar ook op welke manier ze bijdragen aan Eenheid van Taal. Daarnaast maakt het ook duidelijk hoe projecten zich tot elkaar verhouden; waar versterken ze elkaar en waar spreken ze elkaar tegen. Bij nieuw op te starten projecten en programma's worden deze steeds weer getoetst aan de doelen uit de roadmap en wordt ook gedocumenteerd hoe ze eraan bijdragen. Dit moet bijdragen aan focus in programma's.

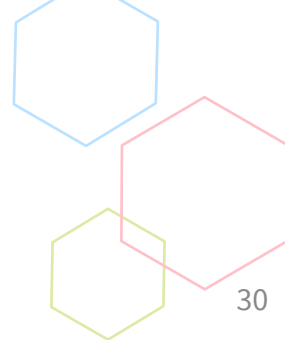
Vooraf door de stakeholders uit de ggz is aangegeven dat er veel op ze afkomt en de samenhang tussen verschillende programma's en projecten lijkt te ontbreken. Zo maken bijvoorbeeld de Wvggz en het zorgprestatiemodel gebruik van zibs. Deze zibs komen niet volledig overeen met wat leveranciers in het kader van VIPP GGZ moesten inbouwen. Goed portfoliomanagement is dus ook overstijgend aan afdelingen binnen VWS.

Toelichting

Uit het onderzoek van de Auditdienst Rijk (2017) blijkt dat er al wel portfoliomanagement wordt gevoerd op de grote ICT projecten, waarbij als verbetering werd aangegeven dat er betere terugkoppeling richting Bestuursraad en de Bestuursraad Bedrijfsvoering nodig is naast het bijhouden van het Rijks ICT dashboard.

Het informatiebeeraad definieert portfoliomanagement als volgt:
'Onder "portfolio management" verstaan we het managen van een bewust gekozen, cyclisch veranderend geheel van activiteiten, projecten en/of programma's om de strategische doelstellingen van het DIZ te bereiken.' (informatiebeeraad, 2021)

Zoals uit de onderbouwing blijkt merkt het veld weinig van portfoliomanagement en ervaren zij nog steeds dat de samenhang tussen programma's ontbreekt.



Randvoorwaarde 3: Doelen sluiten aan op het primaire proces

Onderbouwing uit de interviews en werksessie

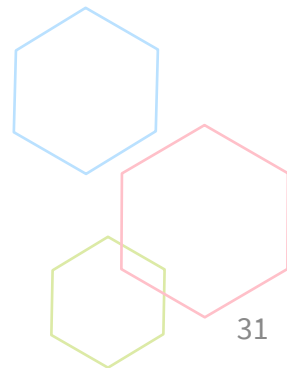
Zorg voor meerwaarde voor de zorgverlener. Het is hierbij belangrijk dat de zorgverleners de meerwaarde echt zien, in plaats van het alleen uit te leggen. Dit is vooral bij de vertegenwoordigers van de verpleegkundigen naar voren gekomen in de interviews. Naast het gestructureerd registreren voor uitwisseling biedt SNOMED ook de mogelijkheid om ‘slimmigheidjes’ aan te bieden waar een zorgverlener echt mee geholpen is. Eén van de leveranciers noemde het volgende voorbeeld:

- Het aanbieden van referentiesets en resultaten binnen een bepaalde aandoening. Bijvoorbeeld in de wondzorg: het systeem toont alleen informatie die relevant is binnen de context van wondzorg.

Om SNOMED te blijven gebruiken is het een vereiste dat de gebruikerservaring goed is. Dit werd benadrukt door de zorgverleners, maar leveranciers noemde dit ook. SNOMED moet de gebruiker in de workflow ondersteunen. Het moet niet tot meer werk leiden.

Toelichting

De doelen die in de roadmap gesteld worden moeten dus aansluiten bij het primaire proces. Zie ook [randvoorwaarde 1](#), bij de belemmering ‘meerwaarde onvoldoende duidelijk voor de zorgverlener’. Onder deze randvoorwaarde wordt dit verder toegelicht.



4.2.3. Belemmering: gebrek aan regie

Inleiding



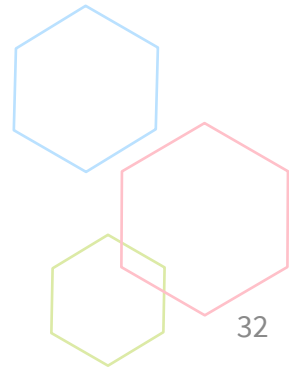
Definitie regie

Onder regie vallen een duidelijke omschrijving van de rollen en verantwoordelijkheden van de betrokken stakeholders en de aansturing daarop. Het gaat hier specifiek over sector overstijgende regie.

Huidige situatie

Het informatieberaad zorg heeft in 2018 ingestemd met het gebruik van SNOMED in de zorg (Informatieberaad, 2018). Tijdens de interviews hebben de verschillende koepels aangegeven dat zij niet weten wat er, als gevolg van dit besluit, van hen verwacht wordt. Dit komt door het ontbreken van een duidelijke roadmap (zie de belemmering '[gebrek aan visie en focus](#)'), maar ook door het ontbreken van duidelijke taken en rollen.

Daarnaast wordt aangegeven dat het moeilijk is om consensus te bereiken over sets die uitgewisseld gaan worden. Dit is zowel lijn- als specialisme overstijgend.



4.2.3 Belemmering: gebrek aan regie

Gevolg: Sector specifieke oplossingen

Sector overstijgend nog onvoldoende aandacht voor de implementatie van taal en techniek met als gevolg onduidelijkheid in verhoudingen tussen code- en terminologiestelsels.

In veel sectoren wordt er nog vastgehouden aan sectorspecifieke coderingen, omdat deze codes vaak gekoppeld zijn aan declaratie systemen; Zie “[Schets van de huidige situatie](#)”. Door vast te houden aan sector specifieke codes ontstaan onduidelijkheden in verhoudingen tussen de verschillende code- en terminologiestelsels. Op dit moment betreft eOverdracht een uitzondering, in dit programma zijn er wel sectoroverstijgende afspraken gemaakt ten behoeve van gegevensuitwisseling. eOverdracht is dus een goed voorbeeld.

eOverdracht, een informatiestandaard voor de verpleegkundige overdracht, moet er voor zorgen dat de gegevens voor de verpleegkundige overdracht op een eenduidige manier worden vastgelegd. Hiervoor zijn sector overstijgende afspraken gemaakt omtrent gebruik van taal (code- en terminologiestelsels) en techniek (functioneel en technisch ontwerp).

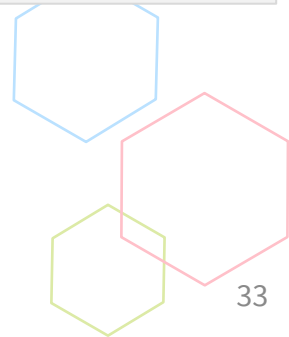
Voorbeeld: Uitwisseling zib “probleem” tussen huisartsenpraktijk, ziekenhuis en ggz instelling t.b.v. gezamenlijk behandelplan.

Situatie

Elke sector hanteert bijvoorbeeld haar eigen (set van) codelijsten voor het duiden van een diagnose. Zo registreren de huisartsen een ICPC-code, ziekenhuizen ICD10 en de ggz DSM5.

Wending

De zib kan in deze gevallen wel goed ingebouwd zijn, maar als elke sector in de **eigen taal** blijft registreren komt uitwisseling tussen zorgverleners en met patiënten komt niet goed en eenduidig tot stand.



Onderbouwing uit de interviews en werksessie

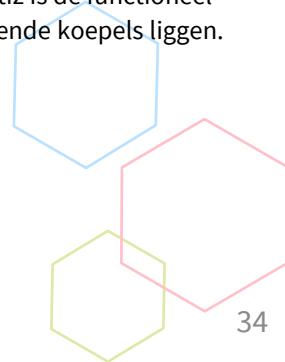
In alle interviews is naar voren gekomen dat er sector overstijgende regie nodig is om tot Eenheid van Taal te komen. Hierbij geven de meeste partijen aan dat VWS de logische regiehouder is. De regiehouder moet slagkracht en wettelijk mandaat hebben om besluiten te kunnen nemen. Maar, al ligt de regie bij VWS, de verschillende stakeholders zouden ook zelf hun rol moeten pakken. Dit kan als de verantwoordelijkheden en rollen duidelijk belegd zijn. Uit de interviews is per type stakeholder het volgende naar voren gekomen:

- Koepels kunnen de regie voeren op de implementatie van Eenheid van Taal, en SNOMED als middel om dat te bereiken, in hun eigen sector. Zij geven daarbij wel aan deze rol te kunnen pakken als duidelijk is wat de richting is. Dus bijvoorbeeld door te starten vanuit een specifieke casus.
- Beroepsgroepen vertegenwoordigen de gebruikers en zijn inhoudelijk expert. Zij zouden een rol kunnen pakken in bijvoorbeeld het samenstellen van subsets en het aanvragen van wijzigingen in bestaande sets.
- Zorginstellingen zijn opdrachtgever van hun leverancier en moeten de opdracht dus ook geven. Bij zorginstellingen is er nu nog veel onbekendheid over de meerwaarde van SNOMED (zie [randvoorwaarde 3](#) onder de belemmering 'meerwaarde onvoldoende duidelijk voor zorgverleners').

- Nictiz als beheerder van SNOMED. Als er wijzigingen gevraagd worden vanuit het veld kan Nictiz deze doorvoeren. Het is wel het veld, bijvoorbeeld de beroepsgroepen die inhoudelijk hun input moeten leveren.

Toelichting

Sector overstijgende regie is nodig om deelbelangen te kunnen overstijgen. (Amsterdam UMC, 2022). NEN7522 biedt houvast bij het inrichten van de regiestructuur. VWS is de financier en de houder. Nictiz is de functioneel beheerder. De rol van autorisator kan bij de verschillende koepels liggen. De experts bepalen de daadwerkelijke inrichting.



Randvoorwaarde 2: Zorg voor een duurzaam financieringsmodel

Onderbouwing uit de interviews en werksessie

Geef een **financiële impuls** aan zorgprofessionals en zorginstellingen:

- De korte termijn effecten van SNOMED zijn in de praktijk niet meteen zichtbaar voor de zorgprofessional. Middels een financiële impuls kunnen zorgprofessionals en zorginstellingen beloond worden voor juiste coderingen.
- In het verleden hebben zorgverzekeraars geld beschikbaar gesteld voor betekenisvol coderen van ICPC codes en attentievlaggen in de huisartsenzorg. Dit is door de leveranciers ingebouwd en huisartsen gingen anders registreren. Verzekeraars zouden ook een rol kunnen spelen bij de implementatie van SNOMED.

In de interviews zijn een aantal belemmeringen genoemd die met een financiële impuls vanuit VWS weggenomen zouden kunnen worden, namelijk:

- De meerwaarde van SNOMED is voor zorgprofessionals (nog) niet duidelijk. In de interviews werd aangegeven dat een financiële impuls bij de juiste registratie dan een motivatie kan zijn.
- Daarnaast kan een financiële impuls helpen om capaciteit vrij te maken bij zorginstellingen. Bijvoorbeeld voor:
 - Het bereiken van consensus over de sets die gebruikt moeten worden, dit kost tijd en capaciteit.
 - Het mappen van gegevens. Dit is complex. Leveranciers geven aan dat zij nu vaak de mappings maken, terwijl het eigenlijk zorginhoudelijke vraagstukken zijn. Maar, het leeft bij de zorginstellingen onvoldoende om er tijd voor vrij te maken.

- Het laten aansluiten van mappingen bij het werkproces. SNOMED wordt vaak nog gezien als een 'technisch feestje', maar om de nieuwe manier van registreren zo goed mogelijk aan te laten sluiten op het werkproces is echt betrokkenheid van de zorginstellingen en zorgverleners zelf nodig. Hier ontbreekt het nu aan.

Met betrekking tot de kosten voor het inbouwen door leveranciers: wij adviseren om terminologie als onderdeel van een groter geheel te zien. Dus niet specifiek het inbouwen van SNOMED financieren, maar in samenhang met de zibs en informatiestandaarden. En, als onderdeel van een duidelijke visie. De leveranciers geven aan dat het nu steeds tijdelijke oplossingen zijn die ingebouwd worden.

Toelichting

In andere landen wordt gewerkt met financiële stimulansen (of boetes) (OECD (2022) en Nictiz (2021)). Mogelijkheden hiervoor zijn:

- Financiële stimulans voor zorgaanbieders om een EPD-systeem te installeren dat voldoet aan de nationale normen en vereisten voor EPD's. In dit geval is het vereist dat de normen en eisen aan systemen duidelijk zijn.
- Financiële stimulans voor zorgaanbieders om hun EPD up-to date te houden als terminologie verandert en er aanpassingen aan het systeem nodig zijn.
- Financiële stimulansen voor zorgaanbieders om een EPD-systeem van een gecertificeerde softwareleverancier te installeren. In dit geval moet er wel certificering van systemen op dit onderdeel plaatsvinden.

Randvoorwaarde 3: SNOMED verankeren in wet- en regelgeving

Onderbouwing uit de interviews en werksessie

Uit de interviews is gebleken dat zowel koepels, beroepsverenigingen als leveranciers behoefte hebben aan verankering van SNOMED in wet- en regelgeving. Hierbij wordt vooral gekeken naar de uitwerking van de WEGIZ en de EHDS, maar SNOMED is in geen van de wetten expliciet benoemd. Er kwam meermaals aan de orde om SNOMED in de WEGIZ in te bedden middels een AMvB. De reden waarom deze behoefte er is verschilt:

- Koepels en beroepsgroepen willen wetgeving, omdat zij op die manier meer pressie kunnen uitoefenen op zowel leveranciers als zorginstellingen om SNOMED in te bouwen en er mee aan de slag te gaan in de zorginstelling. Dit kan helpen bij het verhogen van de implementatiegraad.
- Leveranciers hebben aangegeven dat verankering in de wet duidelijkheid geeft voor de toekomst. Hierdoor zijn ICT-leveranciers beter in staat om beslissingen te nemen in het (her)ontwerpen van hun product. Daarnaast zorgt het voor duidelijkheid naar concullega's, waardoor gegevensuitwisseling en hergebruik van gegevens eenvoudiger zou moeten worden.

Toelichting

De OECD concludeert in haar onderzoek dat het ontbreken van wet- en regelgeving een uitdaging vormt in het bevorderen van veilige uitwisseling, toegankelijkheid en het gebruik van gezondheidsgegevens. Daarnaast is er onderzoek gedaan onder de OESO landen. Dertien landen hebben een wettelijke vereiste voor zorgverleners om te voldoen aan nationale normen voor EPD-interoperabiliteit.

Dit betekent dat zorgaanbieders verplicht zijn om een EPD in te voeren dat voldoet aan de nationale normen voor zowel klinische terminologie als elektronische berichtenuitwisseling.

Concreet volgt uit het OECD-rapport (2022) de volgende aanbeveling: 'Het ministerie wordt aanbevolen om het nationale wetgevingskader voor het beheer van gezondheidsgegevens verder te ontwikkelen en te versterken ter ondersteuning van de nationale strategie. **Het kader moet specificeren hoe uniforme gegevens- en interoperabiliteitsnormen kunnen worden gegarandeerd**, de uitwisseling, toegang tot en het gebruik van gegevens mogelijk moeten worden gemaakt om het gezondheid gerelateerde algemeen belang te dienen, privacy door ontwerp te beschermen en in overeenstemming te zijn met de EU-regelgeving.'

De Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) stimuleert de uitwisseling van gezondheidsgegevens in de zorg door te regelen dat bepaalde gegevensuitwisselingen tussen zorgverleners verplicht elektronisch dient te verlopen. De Wegiz is een kaderwet. Dit impliceert dat de Wegiz aanvulling nodig heeft om tot daadwerkelijke verandering in gegevensuitwisseling in de gezondheidszorg te leiden. De wet legt geen normen vast, maar kan normen die door zorgpartijen en ICT-leveranciers worden vastgelegd, verplichten (NEN, Nictiz, Ministerie VWS en Zorginstituut Nederland, 2022).

4.2.4 Belemmering: Meerwaarde onvoldoende duidelijk voor zorgverleners

Inleiding



Definitie meerwaarde

Onder meerwaarde van Eenheid van Taal middels SNOMED wordt bedoelt de directe waarneembare toegevoegde waarde voor de zorgverlener in het primair zorgproces.

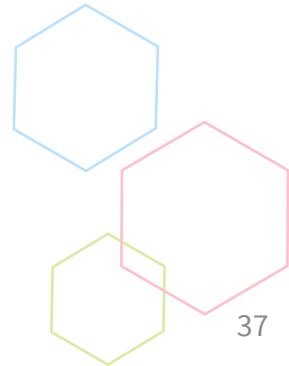
Huidige situatie

Sector overstijgend ontbreekt het gevoel van urgentie om met Eenheid van Taal aan de slag te gaan, omdat de meerwaarde van SNOMED onvoldoende duidelijk is bij het merendeel van zorgverleners. Implementatie van Eenheid van Taal is in de meeste gevallen ontstaan om te voldoen aan een bepaalde verplichting, met onder andere als gevolg dat de zorgverlener op de werkvloer de link tussen wat er geregistreerd wordt aan de ene kant en de winst van Eenheid van Taal aan de andere kant niet legt.

Daarnaast is, waar SNOMED, wel gebruikt wordt, dit een gevolg van de VIPP-regelingen. Leveranciers hebben het dus vanuit een verplichting geïmplementeerd. Hierbij zijn veelal platte lijsten met SNOMED-codes gepakt en wordt de meerwaarde die SNOMED kan bieden nog niet benut.

Huidige ontwikkelingen:

Verpleegkundigen zetten de eerste stappen in het gebruik van SNOMED ten behoeve van registratie in het verpleegkundig dossier. Op basis van de implementatie ervaringen bij de koplopers groep wordt een (sector specifieke) implementatie gids ontwikkeld. Dit programma wordt getrokken door de beroepsorganisatie V&VN in nauwe samenwerking met o.a. Actiz, zorginstellingen, leveranciers en Nictiz.



4.2.4 Belemmering: Meerwaarde onvoldoende duidelijk voor zorgverleners

Gevolg: gedragsverandering t.a.v. registratieverplichtingen verloopt moeizaam



De vraag om standaardisatie wordt nu vooral gedreven door landelijke programma's, dus als er een verplichting achter zit.

Eenduidig registreren vergt:

1. Goed ingerichte systemen
2. Een andere manier van denken en doen van zorgverleners. Het betreft een gedragsverandering ten aanzien van de manier waarop zorgverleners registreren.

Uit interviews is gebleken dat het kennisniveau van de meeste zorgverleners en zorginstellingen onvoldoende is t.a.v. Eenheid van Taal en de meerwaarde van eenduidige registratie. Wat er gevraagd wordt door zorginstellingen en wat nu gebouwd wordt door leveranciers is nu vooral het gevolg van een verplichting vanuit landelijke programma's.

Voorbeeld:

Situatie

Vanuit de VIPP-regelingen is de implementatie van zibs verplicht gesteld. Binnen een aantal zibs zijn er velden waarin verplicht een SNOMED-code geregistreerd moet worden. Waar SNOMED niet verplicht is en er alternatieven zijn, is voor het alternatief gekozen.

Wending

Het gevolg is dat **alleen het minimale** wat verplicht was bij VIPP-regelingen geïmplementeerd is. Afhankelijk van hoe de leverancier de SNOMED-lijsten heeft ingebouwd hebben de eindgebruikers:

- Het niet gemerkt, omdat zij hun oude registratie konden blijven gebruiken die op de achtergrond mapt naar SNOMED.
- Het wel gemerkt, als de leverancier de lijsten zo heeft ingebouwd dat de gebruikers rechte lijnen in de SNOMED-code registreren. In dit geval hebben zij gemerkt dat zij anders moeten registreren, maar ervaren zij de meerwaarde niet. Vaak is de implementatie ook **Niet gebruiksvriendelijk**, er zijn bijvoorbeeld **lange platte lijsten geïmplementeerd** (bijvoorbeeld niet specialisme specifiek, geen slimme zoekfuncties, etc..), waardoor de gebruiker moet **zoeken naar de juiste term**.

Randvoorwaarde 1: Focus op meerwaarde voor de zorgverlener



Onderbouwing uit de interviews en werksessie

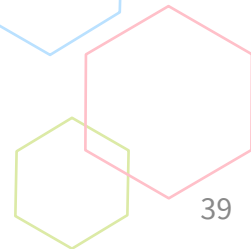
Binnen de zorginstellingen ontbreekt het gevoel van urgentie om met Eenheid van Taal aan de slag te gaan. Koepels geven aan dat er andere prioriteiten zijn en leveranciers zien het terug in de achterblijvende vraag. Een belangrijke reden hiervoor is dat de meerwaarde van SNOMED nog niet duidelijk bij het merendeel van zorgverleners. Om zorgverleners goed te laten registreren, en de potentie van SNOMED goed te benutten, moeten ze er direct baat bij hebben. Dit ontbreekt nu vaak nog en wat het is ook niet duidelijk wat de meerwaarde kan zijn. Het belang hiervan wordt door de geïnterviewde beroepsorganisaties (FMS, V&VN, maar ook CMIO's en CNIO's) benadrukt.

De motivatie om te standaardiseren wordt nu vooral gedreven door landelijke programma's, dus als er een verplichting achter zit.

Toelichting

Aanbeveling 3 uit de eindrapportage van Registratie aan de bron (2022a) benadrukt het belang van het centraal stellen van het zorgproces en het faciliteren van zorgprofessionals. De zorgprofessionals zijn degenen die goede registratie waar moeten maken op de werkvloer. Daarom is het cruciaal dat het systeem het zorgproces maximaal ondersteunt.

Ook in het rapport 'Eenheid van Taal in de Nederlandse zorg (RIVM, 2018) wordt het verandermanagementcomponent bij de implementatie van eenheid van taal al beschreven: *“Om het inzicht in Eenheid van Taal te vergroten (onbegrip/onwetendheid in het veld te verkleinen), moeten er in verschillende zorgdomeinen en beroepsgroepen Eenheid van Taal-ambassadeurs worden gezocht die over Eenheid van Taal kunnen vertellen; zorgmedewerkers worden uitgedaagd hun zorgprocessen efficiënter in te richten als gevolg van Eenheid van Taal-toepassingen.”*



Randvoorwaarde 2: Concrete meerwaarde aantonen aan de hand van (sector specifieke) use-cases

Onderbouwing uit de interviews en werksessie

Uit de interviews is naar voren gekomen dat de implementatie van SNOMED zelf veel als doel wordt gezien, in plaats van het bereiken van Eenheid van Taal. Daarnaast wordt aangegeven dat de implementatie van SNOMED nu te groot gemaakt wordt; de koepels en leveranciers zien dat er veel op ze afkomt. Terwijl zij juist vanuit een aantal specifieke use cases willen starten. Dit moet een use case zijn waar daadwerkelijk 'pijn' gevoeld wordt en waar op grote schaal gegevens uitgewisseld worden. Een use case kan een goede start kunnen zijn voor de implementatie van SNOMED. Een belangrijke voorwaarde voor de use case is dat het opschaalbaar is en er niet een smalle specifieke oplossing wordt ontwikkeld.

Voorbeelden van use cases

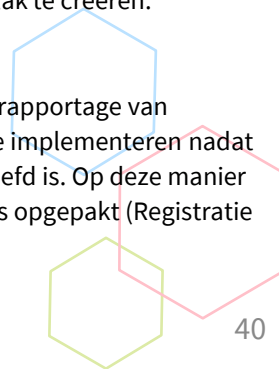
- Netwerkzorg met daarbij de verpleegkundige als spin in het web. De wijkverpleegkundige moet vanuit veel verschillende bronnen informatie opvragen (vaak per telefoon) en dan handmatig overnemen in het dossier. Doel is minder handmatige administratieve acties door de verpleegkundige en meer elektronisch (automatisch) gegevens overnemen.

- Vanuit de ggz werd de uitwisseling met de huisarts genoemd. Dat is er één die op grote schaal voorkomt: verwijsbrieven die binnenkomen.
- Huisarts ontvangen op hun beurt weer brieven vanuit de tweede lijn en willen deze gecodeerd verwerken. Er is nog veel gebruik van Edifact (vrije tekst), dit leidt tot veel overtypewerk voor de huisarts.

Belangrijk hierbij is dat de aanpak voldoende pragmatisch is, dus dat er niet koste wat kost conform SNOMED geregistreerd moet worden. Door met een use case bij een aantal koplopers te starten wordt de oplossing eerst uitgekristalliseerd, voordat er met een grootschalige implementatie gestart wordt. Lessen kunnen geleerd worden en verbeteringen worden doorgevoerd voor de uitrol. Daarnaast kan het vervolgens beter uitgelegd worden aan de sector. Dit laatste is nodig om draagvlak te creëren.

Toelichting

Dit sluit aan bij één van de aanbevelingen uit de eindrapportage van registratie aan de bron. Zij adviseren om pas breed te implementeren nadat een oplossing op kleine schaal en kort cyclisch beproefd is. Op deze manier worden haken en ogen in een kort en intensief proces opgepakt (Registratie aan de bron, 2022a).



Randvoorwaarde 3: Communicatie afstemmen op de ontvanger (zorgprofessionals, managers of bestuurders)



Onderbouwing uit de interviews en werksessie

SNOMED wordt nu nog vaak als een technisch vraagstuk gezien en niet iets waar zorgverleners zelf iets mee moeten.

De link tussen wat er geregistreerd wordt aan de ene kant en de winst van Eenheid van Taal wordt niet gelegd. Er wordt wel urgentie gevoeld voor Eenheid van Taal, maar hoe dit relateert aan de registratie is bij zorgverleners vaak niet duidelijk. Dit kwam vooral naar voren in de interviews met de stakeholders uit de VVT-sector, zowel bij de koepel en leveranciers als de vertegenwoordigers van de verpleegkundigen (V&VN en de CNIO). Je kan de verpleegkundigen de meerwaarde vertellen, maar het ervaren werkt veel beter.

Heldere communicatie over de toepassingen en mogelijkheden van SNOMED zijn nodig, want zonder overeenstemming over wat je met SNOMED kan bereiken is de positie van SNOMED en het stelsel niet stevig (dat blijkt uit de houding van de stakeholders ten opzichte van SNOMED). Daarnaast dient de communicatie over SNOMED eenvoudig en laagdrempelig te zijn, ook voor bestuurders.

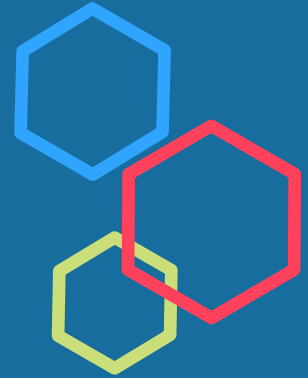
Toelichting

Zowel McKinsey als Registratie aan de Bron (2022a) benadrukken het belang van cultuurverandering om de transformatie in de zorg te realiseren. Tegelijkertijd is cultuurverandering ook het moeilijkste aspect. Zorgprofessionals zullen actief moeten worden opgeleid en getraind, zodat zij zich de kennis en vaardigheden eigen maken waaraan het hen nu nog ontbreekt. Oftewel: een 're-skilling' van zorgverleners McKinsey (2020).

Registratie aan de bron (2022b) beschrijft het belang ook van het communiceren met de doelgroep. Een goed voorbeeld hierbij is de implementatie van een gestandaardiseerd zorgpad Hoofd-Hals. In dit zorgpad moesten zorgverleners meer gaan registreren in discrete velden en minder in vrije tekst. Om dit te realiseren moest er draagvlak onder de zorgverleners gecreëerd worden en moet voor hen de meerwaarde inzichtelijk zijn. In dit geval is dit onder andere gerealiseerd door een dashboard aan te bieden met relevante informatie voor de zorgverleners zelf, die nu rechtstreeks uit de registratie afgeleid kon worden.



5. Conclusie en aanbevelingen



In het rapport Eenheid van Taal in de Nederlandse zorg (RIVM, 2018) worden barrières genoemd die ook in dit onderzoek naar voren komen. Namelijk:

- Gebrek aan urgentie
- Onbekendheid met de mogelijkheden van Eenheid van Taal
- Gebrek aan consensus

Op basis hiervan kunnen we concluderen dat wat vier jaar geleden als belemmeren ervaren werd, dat nog steeds is. Uit dit onderzoek zijn nog andere belemmeringen naar voren gekomen. De volledige lijst met belemmeringen is terug te vinden in bijlage 2. Daarnaast is er ook een groot aantal randvoorwaarden naar voren gekomen waaraan invulling gegeven moet worden, zodat Eenheid van Taal bereikt kan worden. De randvoorwaarden die geprioriteerd zijn in de werksessie zijn in het voorgaande hoofdstuk verder uitgewerkt. De overige randvoorwaarden die in de interviews naar voren zijn gekomen, maar voor nu minder urgent zijn, zijn opgenomen in bijlage 3 – randvoorwaarden. De randvoorwaarden per belemmering zijn:

Gebrek aan visie en focus

1. Er komt een landelijke roadmap met daaronder een sectorspecifiek implementatieplan.
2. Er wordt portfoliomanagement gevoerd op projecten en programma's.
3. Doelen sluiten aan op het primaire proces.

Gebrek aan regie

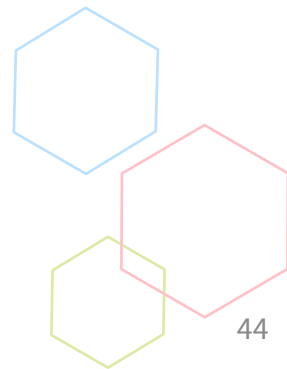
1. Realiseer een duidelijke regiestructuur.
2. Zorg voor een duurzaam financieringsmodel.
3. SNOMED verankeren in wet- en regelgeving.

Meerwaarde onvoldoende duidelijk voor de zorg

1. Focus op meerwaarde voor de zorgverlener.
2. Concrete meerwaarde aantonen aan de hand van (sector specifieke) use-cases.
3. Communicatie afstemmen op de ontvanger (zorgprofessionals, managers of bestuurders).

Vanuit VWS wordt onderzocht welke verplichting er mogelijk is rondom de implementatie van SNOMED. De verplichting is ook iets waar vanuit het veld om wordt gevraagd. Maar, met alleen een verplichting wordt nog niet de meerwaarde uit SNOMED gehaald. Naast een verplichting zijn er nog een aantal andere factoren waar invulling aan gegeven moet worden. Deze zijn te vinden in de verschillende randvoorwaarden, maar hier blijken ook een aantal lijnen te zitten, die zijn samen te vatten in drie concrete aanbevelingen. De aanbevelingen zijn:

1. Richt een duidelijke regiestructuur is waarin rollen en verantwoordelijkheden duidelijk zijn.
2. Werk samen met leveranciers: leveranciers bouwen in, maar moeten over de juiste kennis beschikken om dit op een gebruiksvriendelijke manier te doen waarmee meerwaarde voor de zorgverlener bereikt wordt.
3. Geef invulling aan de communicatie en veranderaanpak inclusief het aanpakken van de onbekendheid;
 - Voer een analyse uit om de meerwaarde per sector inzichtelijk te maken.



Aanbeveling 1: Duidelijke regie en rolverdeling

Regiestructuur op Eenheid van Taal middels SNOMED (1/3)

Totstandkoming suggestie regiestructuur gebaseerd op NEN7522

SNOMED kan als terminologiestelsel niet op zichzelf fungeren. Hiervoor zijn zowel sector overstijgende (centrale regie) als sector specifieke (decentrale regie) afspraken nodig. Door gebruik te maken van NEN7522 wordt de samenhang en herbruikbaarheid van SNOMED in het stelsel van standaarden, met extra aandacht voor gebruikers en eindgebruikers, gewaarborgd. Hiermee worden waarden zoals duurzaamheid, implementeerbaarheid, gebruiksvriendelijkheid, interoperabiliteit en doelmatigheid nagestreefd.

Uit het onderzoek is duidelijk naar voren gekomen dat zowel koepels, leveranciers, standaardisatieorganisatie als beroepsverenigingen behoefte hebben aan (a) regie en (b) duidelijke beschrijving van rollen en verantwoordelijkheden. Op basis hiervan zijn zes aanbevelingen opgesteld en uitgezet tegen de NEN7522, [suggestie voor de invulling van “de regiestructuur op Eenheid van Taal middels SNOMED”](#)

Aanbevelingen inrichting regiestructuur op eenheid van taal middels SNOMED

1. VWS als logische regiehouder;

- VWS heeft het wettelijk mandaat om besluiten te kunnen nemen al dan niet via wet- en regelgeving. Om ervoor te zorgen dat hier invulling aan gegeven wordt moet gewerkt worden aan de slagkracht samen met de overige strategische stakeholders.

2. Breng duidelijke scheiding van rollen aan en beschrijving van verantwoordelijkheden;

- Het dient duidelijk te zijn wie welke rol vervult en welk mandaat de desbetreffende stakeholder heeft.

3. Betrek leveranciers in een vroeg stadium;

- Leveranciers hebben een goed beeld van de markt en kunnen helpen in het opstellen van een realistische (sector specifieke) roadmap. Dit is verder uitgewerkt in [aanbeveling 2](#).

4. Betrek zorgverzekeraars bij de financiering;

- Eenheid van taal biedt kansen voor betere vergelijkbaarheid uit verschillende bronnen, het vullen van kwaliteitsregistraties en het verminderen van administratieve lasten en dus het terugdringen van de zorgkosten (bekostiging) (McKinsey, 2020).

Aanbeveling 1: Duidelijke regie en rolverdeling

Regiestructuur op Eenheid van Taal middels SNOMED (2/3)



- Zorgverzekeraars hebben dus baat bij het realiseren van Eenheid van Taal. Daarom is het wenselijk dat zij een prominenter rol invullen in de financiering en daarmee de impuls op Eenheid van Taal.

5. **Faciliteer implementatie ondersteuning;**

- Zowel zorginstellingen als leveranciers hebben behoefte aan implementatie ondersteuning. Dit betreft implementatie van SNOMED in het primair zorgproces.
 - *Leveranciers: ondersteuning op techniek SNOMED toepassing*
 - *Zorginstellingen: ondersteuning bij verandermanagement (gedragscomponent) en waarborgen gebruiksvriendelijke implementatie.*

6. **Geef koepels een concrete rol.**

- Door koepels een concrete en prominenter rol te geven in het bereiken van Eenheid van Taal zullen zorginstellingen (leden van de koepels) gehoor geven aan de oproep vanuit de koepel. Zorginstellingen geven op hun beurt opdracht aan software leveranciers, waardoor opdrachtgeverschap richting de leveranciers beter wordt aangestuurd.

Toelichting suggestiemodel

“regiestructuur op Eenheid van Taal middels SNOMED”

In de suggestie voor de invulling van het model zijn een aantal nieuwe stakeholders en rollen toegevoegd ten opzichte van de eerder gepresenteerde governance structuur van informatiestandaarden (versie 13 maart 2022).

Voorgestelde wijzigingen

a) Koepels als distributeur van sector specifieke SNOMED versies, codelijsten en subsets.

- In het huidige model heeft Nictiz de rol van distributeur en is daarmee verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen en communicatie van SNOMED en SNOMED versies.
- Uit onderzoek is gebleken dat (1) de communicatie van Nictiz niet goed aansluit op de specifieke behoefte van het veld, terwijl (2) koepels de eigen sector kennen en afstemmen met beroepsgroepen, zorginstellingen en leveranciers.
- Voorgestelde inrichting: door koepels te benoemen als distributeur van relevante SNOMED codelijsten en subsets kan de acceptatie en implementatiegraad verhoogd worden. Hierbij blijft Nictiz verantwoordelijk voor de publicatie (beschikbaar stellen) van SNOMED.

Aanbeveling 1: Duidelijke regie en rolverdeling

Regiestructuur op Eenheid van Taal middels SNOMED (3/3)

b) Zorgprofessionals betrekken als eindgebruiker.

- In het huidige model zijn de eindgebruikers en daarmee de rol van de eindgebruikers niet expliciet benoemd.
- Uit dit onderzoek is gebleken dat (1) zorgprofessionals de meerwaarde van SNOMED niet direct zien en/of (2) SNOMED vooral als registratielast ervaren.
- Voorgestelde inrichting: door zorgprofessionals actief te betrekken in de rol van eindgebruiker kan de acceptatiegraad verhoogd worden en kan SNOMED verder worden geprofessionaliseerd op basis van geïdentificeerde behoeften.

c) Vertegenwoordiging van beroepsverenigingen, standaardisatie organisaties en klankbordgroep van softwareleveranciers in de gebruikersrol.

- In het huidige model zijn de gebruikers en daarmee de rol van de gebruikers niet expliciet benoemd.
- Voorgestelde inrichting: beroepsverenigingen (CMIO's) zijn de innovators op eenheid van taal. Door samen te werken met beroepsverenigingen, een klankbordgroep van software leveranciers en standaardisatie organisaties kan de beheerder focus aanbrengen op de ontwikkeling door zich te richten op de meerwaarde per use case, aangedragen door het veld.

d) Inrichten specifieke implementatie organisatie in de rol van functioneel beheerder.

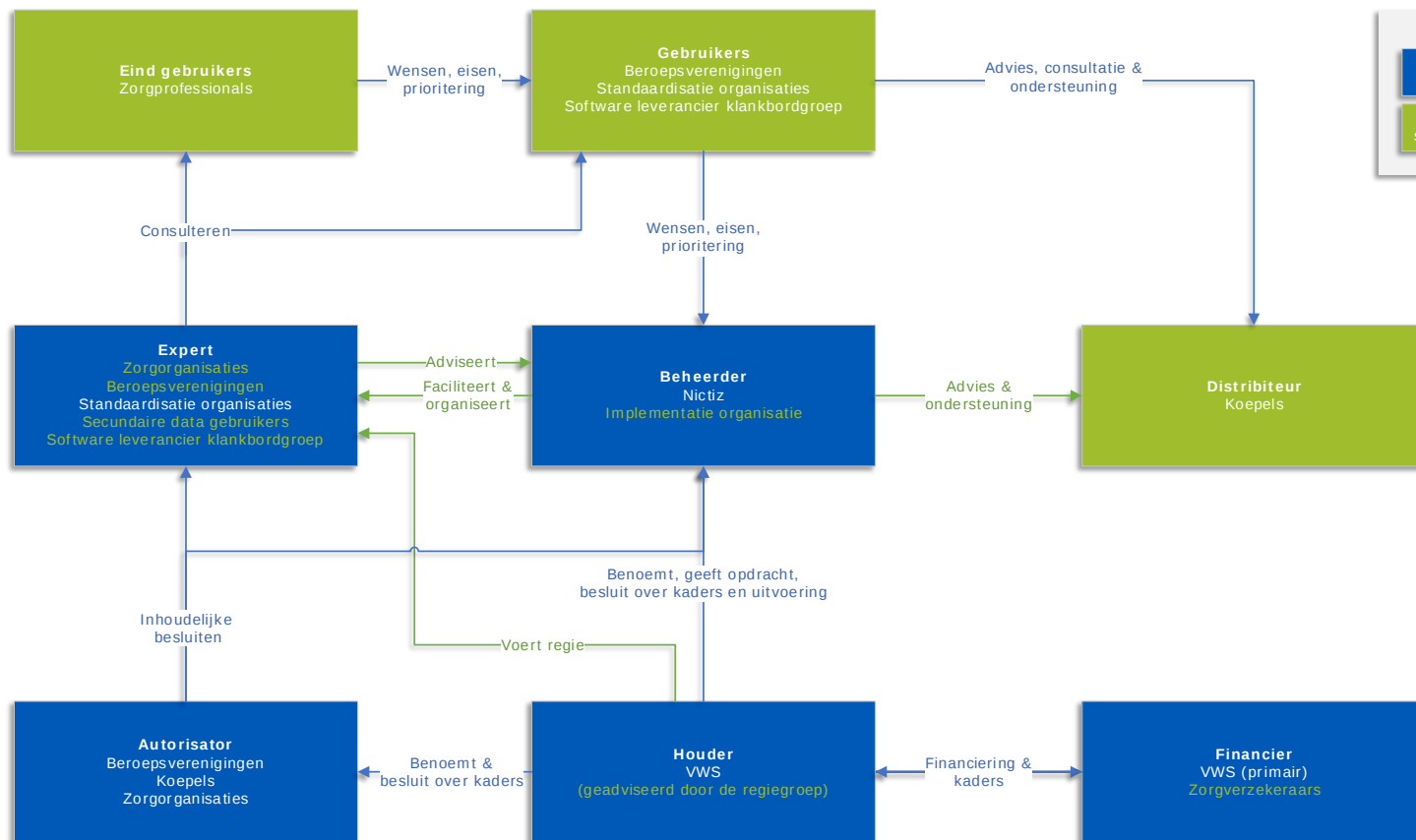
- In het huidige model is de rol van beheerder volledig bij Nictiz belegd.
- Uit onderzoek is gebleken dat het veld behoefte heeft aan praktische ondersteuning in het toepassen SNOMED en specifiek het waarborgen van gebruiksvriendelijkheid van SNOMED implementaties.
- Voorgestelde inrichting: benoemen van een implementatie organisatie die samen met de beheerder praktische ondersteuning biedt aan zorginstellingen en leveranciers.

e) Zorgverzekeraars ook verantwoordelijk maken voor Eenheid van Taal in de rol van financier

- In het huidige model is de rol van financier volledig bij VWS belegd.
- Uit onderzoek is gebleken dat Eenheid van Taal ook voordelen heeft voor de bekostiging van de zorg en daarmee ook voor zorgverzekeraars.
- Voorgestelde inrichting: zorgverzekeraars betrekken als mede financier.

Aanbeveling 1: Duidelijke regie en rolverdeling

Suggestie regiestructuur op Eenheid van Taal middels SNOMED



Legenda

Reeds ingericht

Aanbeveling o.b.v.
stakeholderonderzoek

*Toelichting:
De afbeelding betreft een
schematische weergave een
suggestie voor de invulling van
de regiestructuur op Eenheid van
Taal middels SNOMED en is
getekend op basis van de
geanalyseerde behoefte uit het
onderzoek.*

*Zie NEN7522 (paragraaf 5.2)
voor een beschrijving van de
verschillende rollen in het stelsel.
De financier is bijvoorbeeld
verantwoordelijk voor het
financieren van het ontwikkelen
en beheren van SNOMED (niet
voor elke individuele
implementatie).*

Aanbeveling 1: Duidelijke regie en rolverdeling

Aandachtspunt: Decentrale regie op mappings en totstandkoming van subsets



Uitgangspunten eenheid van taal

Eenheid van Taal gaat niet over één en dezelfde ‘taal’ voor alle zorgverleners. Het implementeren van Eenheid van Taal komt neer op het maken van afspraken over:

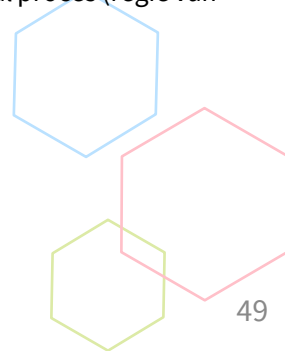
1. Wanneer welke term uit welke code- of terminologiestelsel wordt gebruikt;
2. Hoe deze term zich verhoudt tot de overeenkomstige termen uit andere code- of terminologiestelsels voor vastlegging en uitwisseling van informatie.

Roadmap zoals beschreven in het rapport Eenheid van Taal in de Nederlandse zorg (RIVM, 2018)

- **2023:** SNOMED CT, LOINC en IDMP vormen het gedeelde woordenboek ('grondplaat') voor Eenheid van Taal in het primaire proces in de zorg.
- **2026:** internationale rapportagestandaarden van de WHO-familie van internationale classificaties (zoals ICD-10) vormen de basis van Eenheid van Taal in het afgeleide, secundaire proces.

Aandachtspunten regievoering SNOMED als onderdeel van het gedeelde woordenboek.

1. Duidelijk standpunt innemen wanneer mappen, harmoniseren of registreren middels SNOMED;
2. Vastleggen governance inclusief beheerafspraken decentrale processen; Dit om ervoor te zorgen dat sector overstijgende afspraken gemaakt worden over de totstandkoming van mappings en (sector of specialisme specifieke) subsets moet de governance inclusief beheerproces worden vastgelegd.
3. Decentraal proces aansluiten op centraal proces; Hierbij dient het decentraal proces, mappen van sector specifieke standaarden naar SNOMED, afgestemd te worden op het centraal proces (regie van SNOMED).



Aanbeveling 2: Werk samen met leveranciers: leveranciers bouwen in, maar moeten over de juiste kennis beschikken



Deze aanbeveling bestaat uit twee onderdelen, namelijk kennis en het betrekken van leveranciers bij de ontwikkeling.

Kennis

Een gebrek aan kennis zit innovatie op dit moment in de weg. Dit heeft twee kanten:

1. Kennis van de leverancier zelf, zij zouden wel meer met SNOMED willen, maar hebben niet de specifieke kennis om het goed te gebruiken en missen de capaciteit om die op te doen.
2. De kennis bij andere leveranciers, wat uitwisseling in de weg staat.

Daarnaast is het randvoorwaardelijk voor het succesvol implementeren van SNOMED is dat de gebruikerservaring goed moet zijn. Dit werd benadrukt door de zorgverleners, maar leveranciers noemde dit ook. SNOMED moet de gebruiker in de workflow ondersteunen. Het moet niet tot meer werk leiden. Vanuit VIPP-regelingen is er een start gemaakt met de implementatie van SNOMED en een aantal leveranciers is zelf begonnen met de implementatie van SNOMED in specifieke use cases en kennen daar de meerwaarde van. Zij geven aan dat zij, om SNOMED op grote schaal, op een gebruiksvriendelijke manier te kunnen implementeren, kennis nodig hebben. Deze kennis is bij Nictiz beschikbaar, maar de leveranciers weten dat nog niet altijd te vinden en past ook niet altijd bij de vraag die ze hebben. Uit de interviews blijkt dat er bij leveranciers nu wel vraag naar kennis is. Daar ligt dus een kans.

Betrek de leveranciers

Leveranciers zouden tijdig betrokken moeten worden en dit zou een plek moeten krijgen in de regiestructuur (zie aanbeveling 1). Het tijdig betrekken van leveranciers heeft een aantal voordelen:

- Afstemmen met leveranciers hoe zibs en terminologie ingebouwd kunnen worden ter ondersteuning van het zorgproces, zodat het ook in de praktijk gebruikt wordt. Dit voorkomt het ad-hoc inbouwen van specificaties. Bijvoorbeeld voor verschillende use cases met dezelfde gegevens verschillende mappings gebruiken.
- Kijk naar de overlap tussen informatiestandaarden en gebruik dit; Bepaalde data-elementen lenen zich goed om te hergebruiken. Leveranciers ervaren dat er toch verschillen tussen de sectoren ontstaan, ondanks dat het om dezelfde gegevens gaat.



Aanbeveling 3: Geef invulling aan de communicatie en veranderaanpak incl. aanpak onbekendheid



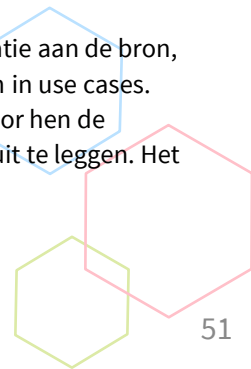
Er is heel veel communicatiemateriaal beschikbaar, maar het geeft vaak niet het antwoord waar naar gezocht wordt. Daarnaast is informatie vaak versnipperd. Er is behoefte aan duidelijke en eenduidige informatie over SNOMED en de meerwaarde, die past bij de doelgroep.

SNOMED wordt nu nog vaak als een technisch vraagstuk gezien en niet iets waar zorgverleners zelf iets mee moeten. Door aandacht te besteden aan de communicatie en veranderaanpak, gericht op de doelgroep, wordt de bewustwording groter. De CMIO's en CNIO's zijn koploper op het gebied van standaardisatie en zien ook zeker de meerwaarde van Eenheid van Taal. Zij kunnen een hele belangrijke rol hierin spelen richting hun collega's, maar moeten hierin wel gefaciliteerd worden. Dit is een cruciaal onderdeel van de veranderaanpak.

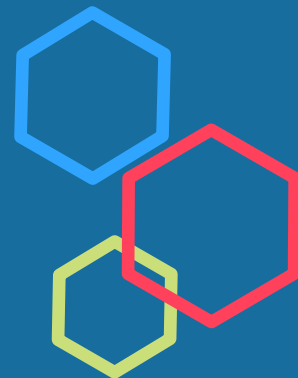
Ook op bestuurlijk niveau zou de meerwaarde gecommuniceerd moeten worden, maar zo dat het de doelgroep aanspreekt; wat levert Eenheid van Taal de zorginstelling op? Als hier meer begrip voor komt kunnen klanten van leveranciers, bij voorkeur in gezamenlijkheid, de juiste vraag aan hun leveranciers stellen. Op dit moment is het beperkt opdrachtgeverschap van instellingen één van de belemmeringen in het bereiken van Eenheid van Taal. Zij geven namelijk geen opdracht aan leveranciers. Leveranciers geven aan vooral in opdracht van hun klanten te werken, maar dat er nu weinig vraag naar is.

Analyse van de meerwaarde per sector

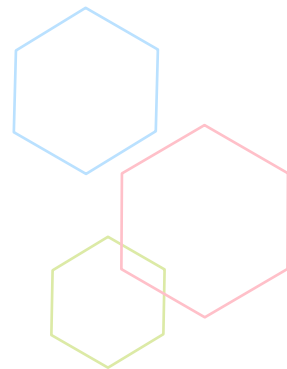
Er zijn use cases bekend van succesvolle implementaties van zibs waarin eenmalige registratie voor meervoudige gebruik bereikt is (Registratie aan de bron, 2022 (p.23)) Maar, dit zijn voorbeelden bij ziekenhuizen. Om meerwaarde aan te tonen is het van belang dat de zorgverleners zich herkennen in use cases. Onderdeel van deze aanbeveling is om de meerwaarde per sector te analyseren. Zodat het voor andere sectoren ook duidelijk wordt waar voor hen de meerwaarde zit. De aanvulling om dit vanuit een use case te doen maakt dat zorgverleners de meerwaarde echt zien, in plaats van het alleen uit te leggen. Het belang hiervan is vooral bij de vertegenwoordigers van de verpleegkundigen naar voren gekomen.



Geraadpleegde onderzoeken en rapporten



- Amsterdam UMC (2022)
 - Cornet, Bos, Wevers, Zuurbier, Kringos, Klazinga, *Afwegingen voor publiek houderschap van een stelsel van informatiestandaarden in de zorg.*
- Auditdienst Rijk (2017)
 - *Rapport van bevindingen inzake het onderzoek naar de totstandkoming van de rapportage grote la-projecten 2016 van het ministerie van VWS*
- IHTSDO (2014)
 - *SNOMED CT Startersgids*
- Informatieberaad (2018)
 - [*Roadmap Eenheid van Taal 2018 – 2026*](#)
- Informatieberaad (2021)
 - *Oplegnotitie Visie Portfolio(management)*
- McKinsey (2020)
 - Rutten, Pruim, van Zijl, Merckelbach, *digitale zorg in Nederland.*
- NEN, Nictiz, Ministerie van VWS en Zorginstituut Nederland (2022)
 - *Handreiking standaarden en normen in relatie tot de Wegiz*
- NEN (2021)
 - *NEN 7522, Medische informatica – Ontwikkelen en beheren van standaarden en stelsels van standaarden*
- Nictiz (2021)
 - Van Pelt, Klinkenberg, Peelen, de Bruin, Peters, *Leren van andere landen.*
- OECD (2022)
 - *Towards an Integrated Health Information System in the Netherlands.*
- Registratie aan de bron (2022a)
 - *Dáárom Registratie aan de bron! Eindrapportage 2019-2022.*
- Registratie aan de bron (2022b)
 - *Registreren, iedereen kan het leren!*
- RIVM (2018)
 - Van Gool, Volkert, Savelkoul, Schoemaker, Melse, van Sonderen, Lamain, *Eenheid van Taal in de Nederlandse zorg.*





Tamara Moll

Tamara.Moll@DNAgroup.nl

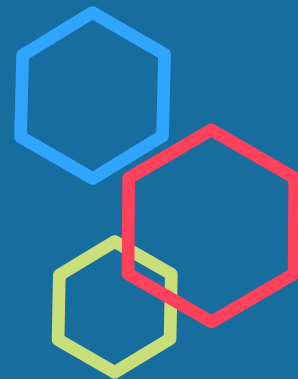
06-15180408

Jeanique Ngadimin

Jeanique.Ngadimin@DNAgroup.nl

06 59811326

Bijlagen



Bijlage 1

Geïnterviewde
stakeholders

Bijlage: Geïnterviewde stakeholders

Een schematisch overzicht van alle geïnterviewden

	Koepels	Beroeps- verenigingen	Standaardisatie organisaties	Leveranciers	Koplopers / overige
Ziekenhuizen	- NVZ via onderzoek SNOMED - NFU samen met LUMC	- CMIO-netwerk - CNIO-netwerk	DHD	- Epic - Chipsoft	OLVG Lab
GGZ	De Nederlandse ggz	CMIO's GGZ		- Nedap - Nexus	
Huisartsen	NHG	- CMIO-netwerk 1^e lijn - LHV vertegenwoordigd door NHG		- Meditools <i>Pharmapartners (benaderd, niet geïnterviewd)</i>	
VVT	Actiz			- Nedap - Ecare	
Sector overstijgend		- FMS - V&VN	Nictiz		Patiëntenfederatie

Bijlage 2

Belemmeringen en oplossingsrichtingen

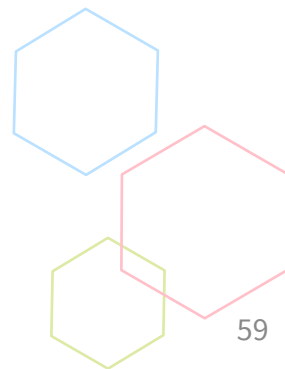
Belemmeringen en oplossingsrichtingen

Thema's uit de interviews



De belemmeringen en oplossingsrichtingen die in de interviews zijn genoemd, zijn op te delen in een aantal thema's. Per thema is steeds eerst aangegeven welke belemmeringen er concreet genoemd zijn. Vervolgens zijn ook mogelijke oplossingsrichtingen binnen dat thema beschreven. Een aantal van deze oplossingsrichtingen is vervolgens ook vertaald naar randvoorwaarden. Het gaat om de volgende thema's:

1. Gevoel van urgentie
2. Complexiteit van SNOMED en mappings
3. Beheer op zibs en terminologie
4. Regie op het bereiken van Eenheid van Taal
5. Opdrachtgeverschap

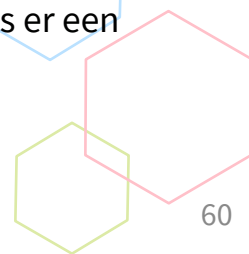


1. Gevoel van urgentie

Belemmeringen

Binnen de zorginstellingen ontbreekt het gevoel van urgentie om met Eenheid van Taal aan de slag te gaan. Koepels geven aan dat er andere prioriteiten zijn en leveranciers zien het terug in de achterblijvende vraag. Redenen hiervoor zijn:

- 1.1 De **meerwaarde van SNOMED** is nog niet duidelijk bij het merendeel van zorgverleners. Om zorgverleners goed te laten registreren moeten ze er direct baat bij hebben. Dit ontbreekt nu vaak nog. Het belang hiervan wordt door de geïnterviewde beroepsorganisaties (FMS, V&VN, maar ook CMIO's en CNIO's) benadrukt.
- 1.2 De **link tussen wat er geregistreerd wordt aan de ene kant en de winst van Eenheid van Taal** wordt niet gelegd. Er wordt wel urgentie gevoeld voor Eenheid van Taal, maar hoe dit relateert aan de registratie is bij zorgverleners vaak niet duidelijk. Dit kwam vooral naar voren in de interviews met de stakeholders uit de VVT-sector (zowel de koepel, leveranciers) als de vertegenwoordigers van de verpleegkundigen (V&VN en de CNIO). Je kan de verpleegkundigen de meerwaarde vertellen, maar het ervaren werkt veel beter.
 - De vraag om standaardisatie wordt nu vooral gedreven door landelijke programma's, dus als er een **verplichting** achter zit.



1. Gevoel van urgentie

Oplossingsrichtingen (1/2)

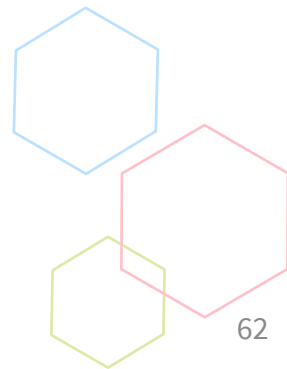
- 1.1 Leg de **focus** bij uitwisselingsprojecten op een **use case**. Kies een use case waar de zorgmedewerkers ‘de pijn’ voelen en waar op grote schaal gegevens uitgewisseld worden. In de interviews zijn er verschillende use cases genoemd waarvoor in het veld urgentie gevoeld wordt om ze aan te pakken:
- Netwerkgzorg met daarbij de verpleegkunde als spin in het web. De wijkverpleegkundige moet vanuit veel verschillende bronnen informatie opvragen (vaak per telefoon) en dan handmatig overnemen in het dossier. Doel is minder handmatige administratieve acties door de verpleegkundige en meer elektronisch (automatisch) gegevens overnemen.
 - Vanuit de ggz werd de uitwisseling met de huisarts genoemd. Dat is er één die op grote schaal voorkomt: verwijsbrieven die binnen komen.
 - Huisarts ontvangen op hun beurt weer brieven vanuit de tweede lijn en willen deze gecodeerd verwerken. Er is nog veel gebruik van Edifact (vrije tekst), dit leidt tot veel overtypewerk voor de huisarts.
- 1.2 **Start met koplopers** bij de implementatie van een use case. In VIPP-regelingen is de implementatie van bijvoorbeeld de MedMij-standaarden in één keer in de hele sector uitgerold. Verschillende koepels adviseren om met koplopers te starten zodat de use case beter uitgekristalliseerd is voor het grootschalig geïmplementeerd worden. Op deze manier kunnen er lessen worden geleerd en verbeteringen worden doorgevoerd voor de uitrol. Daarnaast kan het vervolgens beter uitgelegd worden aan de sector.



1. Gevoel van urgentie

Oplossingsrichtingen (2/2)

- 1.3 Zorg voor **meerwaarde voor de zorgverlener**. Het is hierbij belangrijk dat de zorgverleners de meerwaarde echt zien, in plaats van het alleen uit te leggen. Dit is vooral bij de vertegenwoordigers van de verpleegkundigen naar voren gekomen. Naast het gestructureerd registreren voor uitwisseling biedt SNOMED ook de mogelijkheid om ‘slimmigheidjes’ aan te bieden waar een zorgverlener echt mee geholpen is. Eén van de leveranciers noemde het volgende voorbeeld:
- Het aanbieden van referentiesets en resultaten binnen een bepaalde aandoening. Bijvoorbeeld in de wondzorg: het systeem toont alleen informatie die relevant is binnen de context van wondzorg.
- 1.4 De **gebruikerservaring** moet goed zijn. Dit werd benadrukt door de zorgverleners, maar leveranciers noemde dit ook. SNOMED moet de gebruiker in de workflow ondersteunen. Het moet niet tot meer werk leiden.



2. Complexiteit van SNOMED en mappings (1/2)

Belemmeringen



- 2.1 **Mappings zijn niet allemaal eenduidig en transparant.** Dit is wat de gebruikers ervaren. Er worden verschillende mappings gebruikt. Dit komt doordat een deel van de mappings door leveranciers zelf gedaan worden en er niet voor alle mappings landelijk afspraken zijn gemaakt. Het ontbreekt aan officiële vastgestelde mappings. Er is onvoldoende ondersteuning bij de mappings om de overgang naar SNOMED makkelijk te maken. Dit laatste is aangegeven door de leveranciers.
- 2.2 Het **mappen van gegevens is complex.** De mapping van bestaande terminologiestelsels is niet één op één te maken naar SNOMED. Bij mappings gaan er gegevens verloren die in het medisch dossier geborgd moeten blijven. Daarnaast geven leveranciers aan dat zij nu vaak de mappings maken, terwijl het eigenlijk zorginhoudelijke vraagstukken zijn. Maar, het leeft bij de klanten onvoldoende om er tijd voor vrij te maken.
- 2.3 Er is **onvoldoende begrip van wat er met SNOMED kan**, dit zit innovatie in de weg. Leveranciers geven aan dat dit twee kanten heeft:
 - Kennis van de leverancier zelf, zij zouden wel meer met SNOMED willen, maar hebben niet de specifieke kennis om het goed te gebruiken en missen de capaciteit om die op te doen.
 - Anderzijds de kennis bij andere leveranciers, wat uitwisseling in de weg staat.

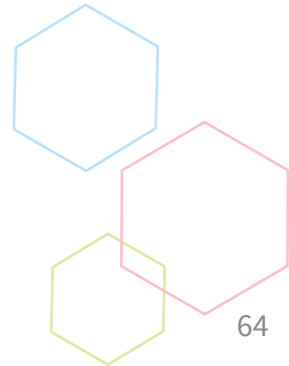


2. Complexiteit van SNOMED en mappings (2/2)

Belemmeringen



- 2.4 SNOMED kent nog een aantal **technische belemmeringen**. Vooruitstrevende leveranciers geven bijvoorbeeld het volgende aan:
- Er zijn beperkingen in de toegestane datatypes. Bijvoorbeeld koorts, hier kan je alleen aangeven of er sprake is van koorts ja/nee, maar niet de hoogte.
 - Het omgaan met vervallen codes. De frequentie van vervallen codes in SNOMED is hoger ten opzichte van andere stelsels. Voor het migreren van oude en nieuwe codes is een terminoloog nodig, die hebben leveranciers meestal niet en dat stelt ze dus voor een uitdaging.
- 2.5 In vrijwel alle interviews is **mapping** als gewenste oplossingsrichting benoemd. Een belemmering hiervan is dat er bij het mappen van gegevens **informatie verloren** gaat.



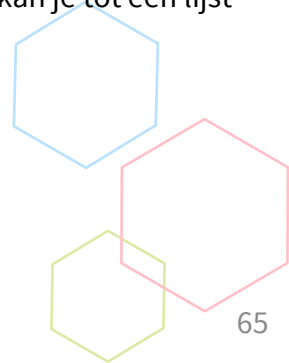
2. Complexiteit van SNOMED en mappings

Oplossingsrichtingen



2.1 Zorg dat **mappings eenduidig** zijn. Veel sectoren willen in hun huidige terminologie blijven registreren, maar de mappings moeten wel consistent zijn (geen verschillen tussen leveranciers). Dit is in meerdere interviews genoemd. Er zijn ook verschillende suggesties gedaan om dit te bereiken:

- Zorg voor een gremium waar mappings besproken worden tussen analisten en ziekenhuizen. Doel is om samen tot standaardlijsten te komen. Specifiek in de gevallen waar de zibs niet voorschrijven welke codes geregistreerd moeten worden.
- Meerdere leveranciers vroegen om kleine subsets van data die landelijk worden vastgesteld, dat maakt uitwisseling eenvoudiger. Daarnaast is het niet wenselijk om zelf subsets te maken in SNOMED, want dat leidt dus tot inconsistente lijsten.
- Een suggestie is ook om voor elke specialisme een specifieke lijst met vaak voorkomende aandoeningen vast te stellen. Die moet te begrijpen zijn voor patiënten, specialisten en niet specialisten. Door de kennis te bundelen kan je tot een lijst komen die niet volledig dekkend is, maar wel maar wel voor 80%. Start daarmee.

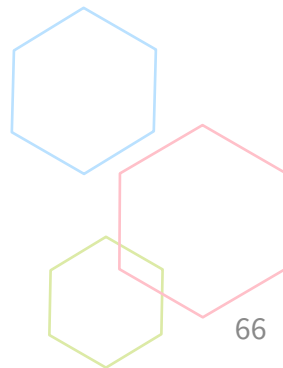


3. Beheer op zibs en terminologie

Belemmeringen



- 3.1 **Standaarden sluiten niet altijd aan op het proces**, bijvoorbeeld de waarden die SNOMED toestaat. Dit geeft een uitdaging bij de implementatie.
- 3.2 Het proces waarmee **wijzigingen** ingediend kunnen worden aan SNOMED-lijsten is niet inzichtelijk voor de partijen in het veld. Als er bijvoorbeeld bij een specifiek specialisme tegenaan gelopen wordt dat er codes in de diagnosethesaurus ontbreken, kennen ze in veel gevallen de route niet om deze aan te vragen. Het gevolg is dat de diagnosethesaurus incompleet blijft en ook zo wordt ervaren.
- 3.3 De **samenhang** tussen afdelingen, **zibs en terminologie**, binnen Nictiz is niet duidelijk. Dit werd vooral door koepels benoemd.



3. Beheer op zibs en terminologie

Oplossingsrichtingen

- 3.1 Maak gebruik van **sets** die er al zijn **op basis van SNOMED**, zoals de verpleegkundige kernset. En neem deze als voorbeeld als er nieuwe sets vastgesteld en uitgewisseld gaan worden.
- De winst is dat er minder administratieve last is en geen informatieverlies als er direct in dezelfde taal geregistreerd wordt.
 - Probeer niet om SNOMED voor alles te gebruiken.
- 3.2 Het **proces** waarmee **wijzigingen** aan standaarden en codelijsten binnen de standaarden aangevraagd kunnen worden moet inzichtelijk zijn, zodat de drempel om een code aan te vragen, bijvoorbeeld voor de diagnosethesaurus, lager is.
- 3.3 Maak gebruik van mappings als er sector overstijgend gegevens uitgewisseld gaan worden. Binnen de sector blijft men het liefst met de eigen lijsten registreren, maar SNOMED kan wel een bijdrage leveren als er sector overstijgend gegevens uitgewisseld worden.

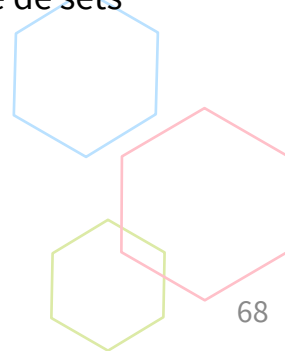


4. Regie op het bereiken van Eenheid van Taal (1/2)

Belemmeringen



- 4.1 Er wordt nog **onvoldoende sector overstijgend** naar standaarden gekeken. Zolang dit niet gebeurt wordt Eenheid van Taal ook niet bereikt. Dit werd in vrijwel alle interviews benoemd. Een aantal voorbeelden die hierbij genoemd zijn:
- De basisgegevensset zorg is voor de ziekenhuizen ontwikkeld. De huisartsen, ggz en langdurige zorg hebben hun eigen basisgegevensset met andere gegevens. Hierdoor is de meerwaarde verloren gegaan en worden gegevens bij uitwisseling in de praktijk alleen in pdf-formaat getoond.
 - Verschillende markten integreren is moeilijk. De reden dat dit ingewikkeld is, is dat er te veel codestelsels zijn die gebruikt worden binnen Nederland.
 - Ontwikkelingen zijn nog veel gericht op ziekenhuizen. Dit zorgt voor een lager commitment in andere sectoren.
- 4.2 Er zijn uitdagingen bij het bereiken van **consensus** (lijn en specialisme overstijgend) over de sets die uitgewisseld moeten gaan worden. Dit komt mede door een gebrek aan tijd bij de mensen die de sets moeten samenstellen, beschikbare capaciteit en soms ook financiering.

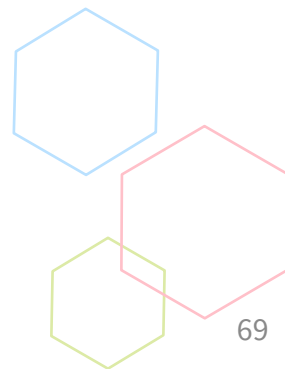


4. Regie op het bereiken van Eenheid van Taal (2/2)

Belemmeringen



- 4.3 Er worden sectorspecifieke coderingen gebruikt voor **declaratie**. Hier wordt nog aan vastgehouden.
- 4.4 In verschillende interviews met verschillende type stakeholders in de sectoren werd aangegeven dat er **visie en focus ontbreekt** op het gebruik van SNOMED in registratie in uitwisseling.
- 4.5 Er is een **gebrek aan slagvaardige regie**. Eenheid van taal wordt nu op geen manier afgedwongen en dit is wel nodig.
 - Het gevolg van het gebrek aan regie is dat er **regionale oplossingen** ontstaan, omdat er wel degelijk use cases zijn waar urgentie gevoeld wordt. Het gevolg is dat wat regionaal ontwikkeld wordt soms niet aansluit bij landelijke principes. Het is voor de betrokken instellingen vervolgens een achteruitgang als zij wel moeten gaan aansluiten op landelijke standaarden.

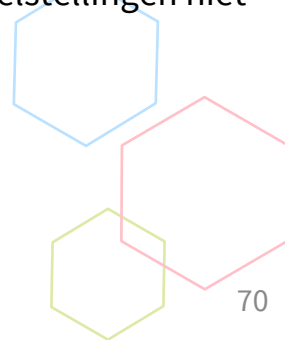


4. Regie op het bereiken van Eenheid van Taal

Oplossingsrichtingen



- 4.1 In meerdere interviews is het **verplicht stellen** van SNOMED via wetgeving als optie langsgekomen:
- Vanuit de koepels en beroepsorganisaties wordt aangegeven dat wetgeving een pressiemiddel is om SNOMED sneller in te bouwen in de verschillende systemen.
 - Leveranciers geven zelf ook aan dat het kan helpen om SNOMED verplicht te stellen, mits de kaders duidelijk zijn en alle regelgeving op elkaar aansluit. Ze geven aan dat de vrijheid om te prioriteren nu leidt tot een andere verdeling van capaciteit.
- 4.2 Eenheid van taal moet **sector overstijgend gedefinieerd** worden. De definitie van standaarden gebeurt nu vooral per sector, maar om echt Eenheid van Taal te bereiken zijn sector overstijgende definities, en dus ook sector overstijgende regie, nodig.
- 4.3 Stel **duidelijke en concrete doelstellingen** op die behaald moeten worden en die richting geven. In meerdere interviews werd duidelijk dat de visie op Eenheid van Taal niet duidelijk is en de doelstellingen niet concreet genoeg zijn.

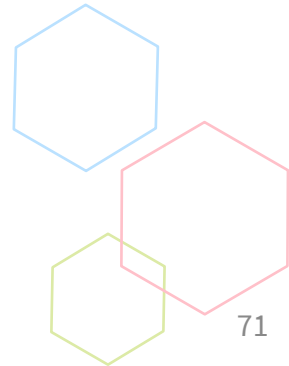


5. Opdrachtgeverschap

Belemmeringen



- 5.1 Instellingen geven geen opdracht aan leveranciers. Onbekendheid over SNOMED bij klanten leidt tot **beperkt opdrachtgeverschap**. Leveranciers geven aan vooral in opdracht van hun klanten te werken, maar dat er nu weinig vraag naar is.
- 5.2 Wat er wel gevraagd wordt door klanten is nu vooral het gevolg van **regelingen**.

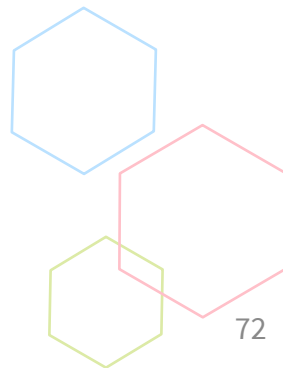


5. Beperkt opdrachtgeverschap

Oplossingsrichtingen



- 5.1 **Verbeter de kennis** met bijscholing van instellingen en de zorgverleners op de werkvloer, zodat ze begrijpen wat ze aan Eenheid van Taal kunnen hebben en instellingen daarmee ook beter in staat gesteld worden om opdracht aan de leverancier te geven.
- 5.2 De oplossingsrichting voor beter opdrachtgeverschap hangt samen met de oplossingsrichtingen die benoemd zijn onder het gevoel van urgentie. Instellingen zullen de opdracht pas aan hun leverancier geven als de meerwaarde duidelijk is.

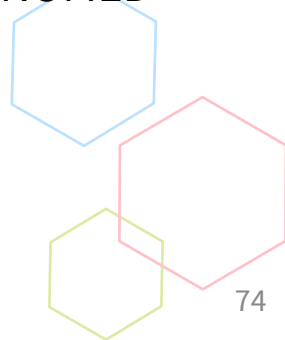


Bijlage 3

Randvoorwaarden

In de interviews zijn verschillende randvoorwaarden genoemd. Ze zijn op zichzelf benoemd of komen voort uit belemmeringen die worden ervaren. Ook sluiten de randvoorwaarden grotendeels aan op de beschreven oplossingsrichtingen. De belemmeringen en oplossingsrichtingen staan in de bijlage beschreven. De randvoorwaarden die zijn genoemd zijn op te delen in een aantal thema's, deze worden op de volgende slides verder toegelicht. Dit zijn de thema's:

1. Duidelijke kaders en richtlijnen voor de implementatie en gebruik van SNOMED
2. Financiële impuls voor de implementatie van SNOMED
3. Focus op Eenheid van Taal en codering
4. Samenwerking binnen de sector en sector overstijgend
5. Regie op Eenheid van Taal



1.1 SNOMED moet **verankerd** worden **via wet en regelgeving**

- Uit de interviews is gebleken dat zowel koepels, beroepsverenigingen als leveranciers behoefte hebben aan verankering van SNOMED in wet- en regelgeving. Hierbij wordt vooral gekeken naar de uitwerking van de WEGIZ en de EHDS, maar SNOMED is in geen van de wetten expliciet benoemd. De CMIO tweedelijngaf aan ook de mogelijkheden te willen verkennen om SNOMED in de WEGIZ in te bedden middels een AMvB.
- Koepels en beroepsgroepen kunnen met wetgeving meer pressie uitoefenen op zowel leveranciers als zorginstellingen. Dit kan helpen bij het verhogen van de implementatiegraad.
- Leveranciers hebben aangegeven dat verankering in de wet duidelijkheid geeft voor de toekomst. Hierdoor zijn ICT leveranciers beter in staat om moeilijke beslissingen te nemen in het (her)ontwerpen van hun product. Daarnaast zorgt het voor duidelijkheid naar concullega's, waardoor gegevensuitwisseling en hergebruik van gegevens eenvoudiger moet worden.

1.2 Duidelijke randvoorwaarden **scheppen** voor implementatie en uitwisseling

- Tijdens de interviews hebben bijna alle leveranciers aangegeven behoefte te hebben aan eenduidige randvoorwaarden. Zodat voor hen duidelijk is waar ze aan moeten voldoen en zij tijdens de implementatie en uitwisseling terug kunnen vallen op deze randvoorwaarden. Hierdoor wordt ook de potentiële discussie met concullega's en klanten weggenomen.



1. Duidelijke kaders en richtlijnen voor de implementatie van SNOMED

Randvoorwaarden



1.3 Focus op **gebruiksvriendelijkheid** bij het inbouwen van SNOMED

- Alle beroepsorganisaties hechten waarden aan het inbouwen van SNOMED op een gebruiksvriendelijke en laagdrempelige manier voor de zorgprofessional. Dit stimuleert om op de juiste manier vast te leggen.
- Er is behoefte aan “slimme” registratie, zodat zorgprofessionals de directe baten van gestructureerd vast leggen in de praktijk kunnen ervaren.

1.4 Start de implementatie vanuit een duidelijke **use case** met **meerwaarde voor de zorgverlener**

- Er ontstaat pas draagvlak als het voor de gebruiker duidelijk is wat de meerwaarde is. Door te starten met een use case waar de zorgmedewerkers ‘de pijn’ voelen en waar op grote schaal gegevens uitgewisseld worden, kunnen de zorgverleners de meerwaarde ervaren. Pas als de meerwaarde daadwerkelijk ervaren wordt neemt het draagvlak toe.
- Kies een use case die opschaalbaar is om te voorkomen dat er steeds kleine oplossingen gerealiseerd worden.



2. Financiële impuls voor de implementatie van SNOMED

Randvoorwaarden



2.1 Geef een **financiële impuls** aan zorgprofessionals en zorginstellingen

- De korte termijn effecten van SNOMED zijn in de praktijk niet meteen zichtbaar voor de zorgprofessional. Middels een financiële impuls kunnen zorgprofessionals en zorginstellingen beloond worden voor juiste coderingen.
- In het verleden hebben zorgverzekeraars geld beschikbaar gesteld voor betekenisvol coderen van ICPC codes en attentievlaggen in de huisartsenzorg. Dit is door de leveranciers ingebouwd en huisartsen gingen anders registreren.
- Verzekeraars gebruiken OMAHA coderingen voor declaratie en productie afspraken. Wellicht kan dit ook voor SNOMED.

2.2 Belast zorginstellingen zo min mogelijk met **implementatiekosten**

- Financiering op het totale proces voor instellingen en leveranciers.
- Zorginstellingen moeten tijd, capaciteit en geld krijgen om de werkprocessen aan te passen aan de nieuwe manier van registratie.
- ICT-kosten voor zorginstellingen zijn niet inzichtelijk en concreet te krijgen. Toch wordt opgemerkt dat de vraag naar ICT-oplossingen steeds groter wordt.
- Er dient een analyse te komen naar de meerwaarde van SNOMED binnen de sector.



3. Focus op Eenheid van Taal en codering

Randvoorwaarden



3.1 **Zibs en terminologie** moeten meer **op elkaar aansluiten**

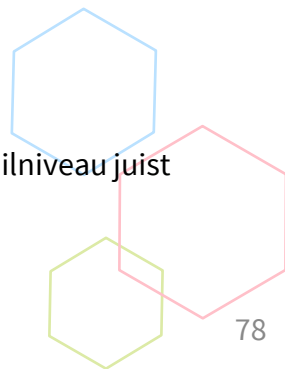
- Zibs en terminologie moeten zorgbreed en toch ook sectorspecifiek zijn. Zoek naar de juiste balans met het veld.
- Enkel registratie in de vorm van zibs is niet voldoende. Het zorgproces vergt meer informatie. Houdt de context van een uitwisseling voor ogen.
- Bij nieuwe versies: zorg dat duidelijk is wanneer het om een nieuwe versie van een zib gaat en wanneer van de codelijsten in SNOMED.

3.2 Kijk naar de **overlap tussen informatiestandaarden** en gebruik dit

- Bepaalde data-elementen lenen zich goed om her te gebruiken. Het kan niet met alles, maar focus op waar het wel kan. Bijvoorbeeld de overeenkomsten tussen de informatiestandaard BgZ en Huisartsen. Leveranciers ervaren dat er toch verschillen tussen de sectoren ontstaan, ondanks dat het om dezelfde gegevens gaat.

3.3 Zoek naar de **goede balans in detailniveau** van registratie

- Binnen de sector en het specialisme is specifieke registratie nodig, maar bij uitwisseling kan minder detailniveau juist voldoende zijn.



4. Samenwerking binnen de sector en sector overstijgend

Randvoorwaarden



4.1 Samenwerking binnen de sector: De rol van **leveranciersmanagement** moet prominenter worden ingevuld

- Leveranciers betrekken bij de ontwikkeling van informatiestandaarden, gegevensdiensten, regelingen en programma's. Door leveranciers in een vroeg stadium te betrekken kunnen (technische) beperkingen tijdig in kaart worden gebracht.
- De belasting bij leveranciers van te veel versnipperde programma's en nieuwe wetgeving is hoog.

4.2 **Optimale samenwerking tussen alle stakeholders** is vereist om tot consensus en een gedragen oplossing te komen

4.3 Registratie moet passen in het **werkproces** van de zorg

- Afstemmen met leveranciers hoe zibs en terminologie ingebouwd kunnen worden ter ondersteuning van het zorgproces, zodat het ook in de praktijk gebruikt wordt. Dit voorkomt het ad-hoc inbouwen van specificaties. Bijvoorbeeld voor verschillende use cases met dezelfde gegevens verschillende mappings gebruiken.



5. Regie op Eenheid van Taal

Randvoorwaarden



5.1 Er is **sector overstijgend regie** nodig om te komen tot Eenheid van Taal.

- Alle partijen vragen om sector overstijgende regie, de meeste geven aan dat die regie bij het ministerie van VWS zou moeten liggen.
- De partij die de regie heeft, moet slagkracht en wettelijk mandaat hebben om besluiten te kunnen nemen.
- Beslissingen die gaan over het gebruik van SNOMED zouden ook sector overstijgend genomen moeten worden.

5.2 Zorg voor een **duidelijke visie** voor het gebruik van SNOMED en een **duidelijke rolverdeling**.

- Bij de koepels is het nu niet duidelijk wat er van hen verwacht wordt met betrekking tot de implementatie van SNOMED en waar het concreet naar toe gaat.
- De rolverdeling tussen VWS, Nictiz en de koepels moet duidelijk zijn.

5.3 **Heldere communicatie** over de toepassingen en mogelijkheden van SNOMED.

- Zonder overeenstemming over wat je met SNOMED kan bereiken is de positie van SNOMED en het stelsel niet stevig.
- Communicatie over SNOMED dient eenvoudig en laagdrempelig te zijn, ook voor bestuurders.

