

Eenheid van Taal in de Nederlandse Zorg
van eenduidige informatie-uitwisseling tot
hulpmiddel voor betere zorg

Concept notitie ter openbare consultatie
C.H. van Gool | P.A. Volkert | M. Savelkoul |
C. Schoemaker | J. Melse | A.F. Lamain

Colofon

RIVM

C.H. van Gool
M. Savelkoul
C. Schoemaker
J. Melse

Nictiz

P.A. Volkert
A.F. Lamain

Contact:

Coen van Gool
Sector V&Z, Centrum G&M, afdeling KVZ
coen.van.gool@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het Informatieberaad Zorg,
in samenwerking met VWS.

Inhoud

Colofon	2
Inhoud.....	3
Samenvatting	5
Eenheid van Taal als hulpmiddel in de zorg	5
Meerwaarde Eenheid van Taal	5
Implementeren van Eenheid van Taal.....	6
Bestaande Eenheid van Taal toepassingen.....	6
Barrières, oplossingen en randvoorwaarden.....	7
Overall conclusie.....	7
Scope.....	7
Roadmap.....	8
Eerste aanlegghavens.....	8
Het eerste punt op de horizon (2020-2022)	10
Het tweede punt op de horizon (2023-2025).....	11
Inleiding	13
Eenheid van Taal in het duurzaam informatiestelsel.....	13
Doel en opzet van notitie	13
Opdracht.....	14
1 Afbakening en definitie.....	15
Gezondheidsinformatie	15
Gezondheidsinformatie uitwisselen	15
Semantische interoperabiliteit versus Eenheid van Taal in de zorg.....	16
Definitie: wat is Eenheid van Taal?	16
Doel van Eenheid van Taal in de zorg.....	17
Scope.....	17
2 Nut en behoefte	18
Gevoeld belang van Eenheid van Taal	18
Nut van Eenheid van Taal	18
Primair proces	19
Secundair proces	20
Tertiair.....	21
Alternatieven voor Eenheid van Taal.....	22
3 Transparante rapportage	23
Eenheid van Taal implementeren betekent definiëren en formaliseren	23
Verschillende termen, toch beter begrip	23
Patiëntvriendelijke termen	23
Definiëren en formaliseren ook van nut voor secundair proces.....	24
Keuzes bij formaliseren van terminologieën	24
Harmoniseren	25
Standaardiseren	25
Terminologieën in beweging	26
Eenheid van Taal in rapportage	26
Eenheid van Taal en zorginformatiebouwstenen.....	27
4 Bestaande situatie	28

	Burgerservicenummer (BSN)	28
	Mijnpensioenoverzicht.nl	29
	NHG-tabellen – remmende voorsprong?	29
	G-standaard.....	30
	DHD Diagnosethesaurus	30
	Domeinspecifiek	30
	Eenheid van Taal in vier grote programma's	30
	Eenheid van Taal-standaarden op de lijst onomstreden bouwstenen van het IB.....	32
	Enkele voorbeelden waarbij Eenheid van Taal niet goed is geregeld	32
	Rode draad bij de voorbeelden	33
5	Barrières en oplossingen	34
	Barrières.....	34
	En oplossingen.....	35
	Onder de randvoorwaarde dat... ..	35
6	Roadmap en aanbevelingen	37
	Eerste punt op de horizon	37
	Tweede punt op de horizon.....	38
	Eerste actie (2018): navigatie instellen	39
	Het verlaten van de haven; standaardisatie in Nederlandse context	39
	Eerste aanleghavens (2018 - 2020).....	40
	Het onderhoudsdok (2018 – 2021).....	41
	Het eerste punt op de horizon in zicht (2020-2022)	44
	Koers verlegd: op naar tweede punt op de horizon (2023 – 2025).....	44
Bijlage 1 – Aanpak.....		46
	Literatuuronderzoek & desk research	46
	Enquête	46
	Focusgroepbijeenkomst.....	46
	Diepte-interviews	46
	Begeleidingsgroep	47
	Uitvoering	47
Bijlage 2 – Samenstelling gremia		48
Bijlage 3 – Interview resultaten - barrières, oplossingen, randvoorwaarden (geanonimiseerd)		49
Bijlage 4 – Vier Scenario's		57
Bijlage 5 – Resultaten Focusgroepbijeenkomst		59
Bijlage 6 – Use cases		60
	Communicatie huisarts – medisch specialist.....	60
	Verpleegkundige overdracht.....	62
Bijlage 7 – Gebruikte begrippen		64
Bijlage 8 – Gebruikte afkortingen		65
Bijlage 9 – Semantische standaarden per domein		66
Bijlage 10 – Standaarden van de grondplaat		67
	SNOMED CT.....	67
	LOINC	67
Bijlage 11 – Overzicht gebruikte figuren		68

Samenvatting

Het Informatieberaad heeft behoefte aan een breed gedragen voorstel voor het verbeteren van Eenheid van Taal in het informatiestelsel in de zorg. RIVM en Nictiz onderzochten in opdracht van het Informatieberaad Zorg wat bij Nederlandse professionals in de zorg onder Eenheid van Taal wordt verstaan. Deze notitie dient als startpunt bij het bepalen van de vervolgstappen en de impact en consequenties daarvan. De opdracht is uitgevoerd door middel van literatuuronderzoek, desk research en door de interactie aan te gaan met stakeholders.

Eenheid van Taal als hulpmiddel in de zorg

Er is sprake van Eenheid van Taal als gezondheidsinformatie voor de ene zorgverlener of patiënt dezelfde betekenis of bedoeling heeft als voor de andere zorgverlener wanneer deze informatie (elektronisch) wordt uitgewisseld. Eenheid van Taal is geen doel op zich maar is een hulpmiddel om de zorg voor de (individuele) patiënt te verbeteren en veiliger te maken. Cruciaal daarin is dat informatie door het zorgnetwerk rondom de patiënt kan worden gedeeld en kan worden hergebruikt zonder dat het aan betekenis verliest. Dit dient meerdere subdoelen: het stelt de patiënt centraal, het biedt kansen voor efficiënter zorggebruik door hergebruik van informatie, het geeft (ondersteuners van) de zorgverlener meer tijd om goede zorg te verlenen en het is een voorwaarde om 'information-driven' zorginnovaties te kunnen benutten.

Om misverstanden te voorkomen: Eenheid van Taal gaat nadrukkelijk niet over één en dezelfde 'taal' voor alle zorgverleners, maar over het maken van afspraken wanneer en hoe welke vaktermen worden gebruikt bij uitwisseling.

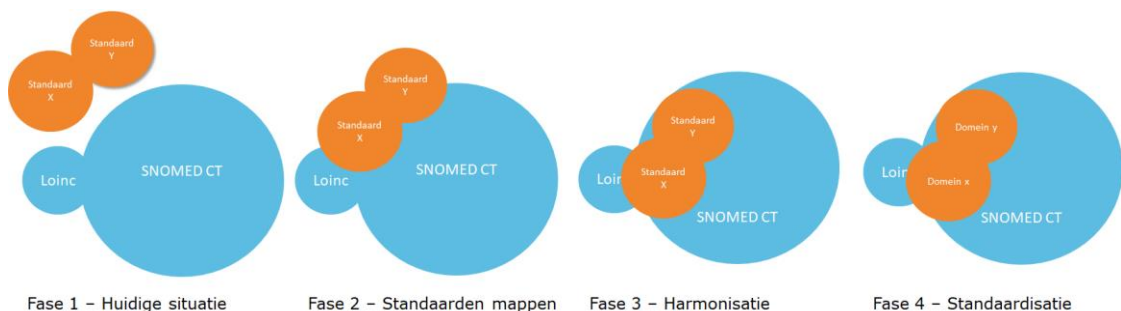
Meerwaarde Eenheid van Taal

In het primaire proces zien stakeholders eenduidigheid van informatie als belangrijkste meerwaarde van het consequent doorvoeren van Eenheid van Taal. Daarnaast zien stakeholders Eenheid van Taal als geïntegreerd onderdeel van veilige en betrouwbare informatie-uitwisseling in de zorg dat leidt tot een betere kwaliteit van zorg. Tot slot zorgt Eenheid van Taal ervoor dat de zorgverlener beter en sneller zijn werk kan doen met minder fouten als gevolg. De meerwaarde van Eenheid van Taal is ook gelegen in secundaire processen in de zorg. Eenheid van Taal biedt daar kansen voor het vullen van kwaliteitsregistraties op basis van eenduidig vastgelegde gegevens, betere vergelijkbaarheid van gegevens uit verschillende bronnen, en het terugdringen van administratieve lasten en vermindering van zorgkosten. Met betrekking tot tertiaire processen in de zorg (onderzoek en zorginnovatie) wordt Eenheid van Taal gezien als katalysator van innovatie. Eenheid van Taal biedt de mogelijkheid om software in de zorg slimmer te benutten.

Implementeren van Eenheid van Taal

Er bestaat niet een manier om Eenheid van Taal te bereiken. Dit hangt samen met de domein-specifieke standaardisatie die zich de afgelopen decennia voltrokken heeft.

Het implementeren van Eenheid van Taal komt neer op het maken van afspraken over wanneer welke term uit welke standaard wordt gebruikt en hoe deze term zich verhoudt tot de overeenkomstige termen uit andere standaarden voor vastlegging en uitwisseling van informatie. We noemen dat definiëren en formaliseren. Het formaliseren verloopt in verschillende gradaties van impact: van koppelen (het aan elkaar koppelen van termen uit twee verschillende terminologieën), tot harmoniseren (een (deel van een) terminologie includeren in een andere) tot standaardiseren (het verheffen van een bepaalde terminologie tot standaard). Figuur 1 illustreert dit. Deze stap van definiëren en formaliseren is een noodzakelijke om tot Eenheid van Taal in de zorg te kunnen komen; zowel in het primaire zorgproces (ten behoeve van uitwisseling van eenduidige gezondheidsinformatie) als in secundaire processen in de zorg (ten behoeve van het gelijksoortig maken van rapportages).



Figuur 1: Fases van formaliseren

Bestaande Eenheid van Taal toepassingen

In de Nederlandse zorg is al een aantal Eenheid van Taal toepassingen in gebruik. Wat opvalt aan deze toepassingen is dat deze nog slechts domein-specifiek worden ingezet, bijvoorbeeld alleen door huisartsen. Tussen de domeinen is amper Eenheid van Taal, bijvoorbeeld bij huisartsen en de tweede lijn. Iets anders wat opvalt, is dat bij deze toepassingen vaak sprake is van een lokale toepassing van een internationale standaard: hetzij voor gebruik in het primaire proces (klinische documentatie), hetzij voor afleiding ten behoeve van rapportage. Voorbeelden zijn de NHG-tabellen (ICPC-1), G-standaard (ATC-index), Nationale Kernset (SNOMED CT, ICF, Omaha, Nanda), Diagnosesthesaurus (SNOMED CT, ICD-10), Nederlandse labcodeset (LOINC en SNOMED CT).

Barrières, oplossingen en randvoorwaarden

Wanneer stakeholders wordt gevraagd wat hen in de weg staat om meer Eenheid van Taal in hun werk te realiseren, worden gebrek aan urgentie en onbekendheid met de mogelijkheden van Eenheid van Taal vaak genoemd. Ook het gebrek aan consensus wordt genoemd als barrière. Om meer te kunnen werken volgens het principe van Eenheid van Taal noemden stakeholders de volgende randvoorwaarden: aandacht voor implementatie en ondersteuning, sturing op beleid en samenwerking met softwareleveranciers

Overall conclusie

Het vergroten van Eenheid van Taal draagt bij aan een betere gezondheid van patiënten, een beter georganiseerde gezondheidszorg en een duurzaam informatiestelsel van de zorg. Dat kunnen we zeggen op basis van wat de rondgang langs stakeholders in het veld heeft opgeleverd. Partijen in de zorg zijn in afwachting van geschikte initiatieven om stappen te kunnen maken in het vergroten van Eenheid van Taal; liefst kleinschalig en met beperkte kosten. Ook zijn er partijen die zelf al in beweging zijn gekomen, bijvoorbeeld in een regionaal of een domeinspecifiek verband. Wanneer deze kleine proeven succesvol blijken, kunnen methodes worden uitgebreid of worden opgeschaald, onder voorbehoud van impact analyses.

Er is een aantal zorgtoepassingen geïdentificeerd waar uitwisseling van gezondheidsinformatie plaatsvindt én waar kansen liggen voor het vergroten van Eenheid van Taal. Dat innovatieve zorgtoepassingen, zoals clinical decision support en artificial intelligence daarbij niet worden genoemd in dit onderzoek geeft aan dat er nu te weinig draagvlak bestaat om op dat gebied te werken aan de implementatie van Eenheid van Taal. Dat neemt niet weg dat Eenheid van Taal wel onderdeel kan uitmaken van een zelflerend systeem.

Scope

Volledige Eenheid van Taal in de gehele zorg nastreven is een grote stap. Wij stellen in dit document daarom voor om eerst te kijken waar Eenheid van Taal bij de zorginhoudelijke termen de meeste impact kan maken om patiënten beter te maken. Daarbij gelden er twee dimensies:

- Zorgdomeinen.
- Categorieën.

De belangrijkste categorieën voor het standaardiseren zijn:

- Diagnose (inclusief problemen, complicaties)
- Verrichtingen
- Anatomie
- Observaties
- Labtests
- Organismes
- Medische hulpmiddelen
- Allergieën
- Medicatie

Categorieën waarbij traditioneel al semantische standaarden in gebruik zijn, zijn de categorieën met financiële implicaties, zoals diagnose en verrichtingen. Dit zijn tevens de belangrijkste categorieën bij het uitwisselen van medische gegevens. Gezien de (financiële) belangen die er mee zijn gemoeid, zal er veel discussie zijn bij het definiëren en het formaliseren van de verbanden.

Aan de andere kant van het spectrum is de verwachting dat over anatomie minder discussie is. Vaak wordt daarvoor nog geen standaard gebruikt waardoor er makkelijker afspraken zijn te maken over Eenheid van Taal.

Roadmap

Verantwoorde zorg kan niet zonder Eenheid van Taal. Als het realiseren van Eenheid van Taal de bestemming is dan kunnen we een koers uitzetten om die bestemming te bereiken, de zogenaamde roadmap. De punten op de horizon om op te koersen worden dan concreet:

- In 2023 vormt de medische terminologie combinatie (van SNOMED CT en LOINC) de basis van Eenheid van Taal in het primaire proces in de zorg;
- In 2026 vormen de classificaties van de WHO-familie van internationale classificaties de basis van Eenheid van Taal in het afgeleide, secundair proces.

Het Informatieberaad kan als navigator optreden door nu al zowel de bestemming als de punten op de horizon vast te stellen. Als beide eenmaal zijn vastgelegd, kunnen de nieuwe voorstellen aan het Informatieberaad worden getoetst aan koers en de principes van Eenheid van Taal. Deze vormen de kaders bij de ontwikkeling van nieuwe standaarden en bij de doorontwikkeling van bestaande standaarden. Dit geldt ook voor het eventueel uitbreiden van de basis met aanvullende domeinen zoals genetica en het sociale domein.

Eerste aanleghavens

We zien vier terreinen waar relatief snel de eerste stappen op weg naar meer Eenheid van Taal kunnen worden genomen (2018 – 2020).

1. *Sturing op daadwerkelijke implementatie van standaarden.* Als eerste zien we dat bij de vier bestaande en de andere nieuwe programma's van het Informatieberaad Zorg er doelen zijn benoemd die alleen kunnen worden gehaald als Eenheid van Taal wordt gerealiseerd. Belangrijk voor het realiseren van Eenheid van Taal is echter wel dat er wordt gestuurd op daadwerkelijke implementatie van voorgeschreven standaarden.
2. *Kiezen voor Eenheid van Taal.* Zorgdomeinen waar de zorginformatie nog niet of amper gestandaardiseerd is kiezen meteen voor Eenheid van Taal m.b.v. de SNOMED CT/LOINC-combinatie. Voorbeelden hiervan zijn de Nationale Kernset van de V&VN en de Labterminologie van de NVKC/NVMM.

3. *Aantal patiëntvriendelijke termen uitbreiden.* Patiëntvriendelijke termen zijn noodzakelijk in portals en PGO's. Tot nu toe zijn circa 300 aandoeningen van Zorgkaart Nederland (zogenaamd patiëntvriendelijke termen) gekoppeld aan de medische terminologie SNOMED CT. Omdat SNOMED CT ook een ontologie is, is het mogelijk deze 300 patiëntvriendelijke termen logisch te koppelen aan een veelvoud van medische termen welke meestal specifiek zijn. Er zijn nog meer aandoeningen en andere soorten patiëntvriendelijke termen die aan SNOMED CT kunnen worden gekoppeld.
4. *Formaliseren.* Voor zorgdomeinen die al een lange traditie van standaardisatie kennen (zoals huisartsenzorg en pharmacie), vergt het meer energie hun terminologie aan te passen aan het doel van Eenheid van Taal. Zij moeten per (uitwisselings-) use case het proces van formaliseren doorlopen. Koppelen door middel van mapping met de combinatie SNOMED CT/ LOINC is mogelijk. Belangrijk uitgangspunt hierbij moet zijn dat de betreffende zorgverleners in hun dagelijkse werkzaamheden hier geen hinder van ondervinden.

Instrumentele aanbevelingen

- Stel SNOMED CT in combinatie met LOINC beschikbaar als centraal woordenboek voor gebruik in het primaire proces. Partijen die willen overgaan naar SNOMED CT/LOINC als terminologie moeten daarin worden gefaciliteerd. Mogelijke partijen zijn: zorginstellingen, kwaliteitsregisters en leveranciers;
- Stel koppelingen beschikbaar tussen referentie terminologieën, codestelsels en classificaties die met publiek geld worden gefinancierd;
- Waardenlijsten (standaarden, terminologieën, classificaties) die met publiek geld worden onderhouden, zouden daarvoor als eerste in aanmerking moeten komen. Voor zover deze koppelingen er nog niet zijn, moeten ze worden gemaakt. Centrale woordenboek is SNOMED CT/LOINC. Bij het beheer van de koppelingen moeten gebruikers betrokken zijn.
- Leg vast dat bij uitwisselen in de keten bij vastgestelde categorieën van gegevens SNOMED CT/LOINC moeten worden gebruikt.

Doorzettingskracht

De patiënt staat centraal en dat moet ook tot uitdrukking komen in de semantische standaardisatie. Immers, rondom de patiënt wordt veel informatie bij elkaar gebracht.

- Toets daarom in het Informatieberaad alle nieuwe projectvoorstellen, standaarden e.d. aan de gedefinieerde punt op de horizon: de grondplaat Eenheid van Taal. Als er in het voorstel sprake is van standaardisatie van content dan moet het

voldoen aan het uitgangspunt van Eenheid van Taal. Neem daarin de FAIR-principes mee (Findable, Accessible, Interoperable, Reusable);

- Maak Eenheid van Taal een centraal thema binnen het Informatieberaad; het loopt als rode draad door de vier grote programma's heen. Stuur op het gebruik van zorginformatiebouwstenen (zibs), ook buiten de grote programma's.
- Richt een plek in waar Eenheid van Taal initiatieven als voorbeeld kunnen worden getoond. Voordeel daarvan is dat alleen gemotiveerde partijen dat zullen doen. Beloon lef! Goed voorbeeld doet volgen. Leer van kleinschalige initiatieven. Schaal op indien mogelijk en stel bij indien noodzakelijk.

Inzicht

- 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;
- Adresseer de belangrijkste kritiekpunten op Eenheid van Taal: zijnde verlies van context en het ingewikkelde belangenveld.

Beleid

De standaarden van de grondplaat gaan meer dan elke andere standaard over het werk van de zorgverlener. Dit zorgt er nu al voor dat wetenschappelijke verenigingen van kwaliteitsregisters en softwareleveranciers eisen dat betreffende standaarden worden ingebouwd.

- Betrek wetenschappelijke verenigingen in het beheer 'van hun vaktaal.
- Stimuleer de samenwerking tussen standaarden.
- Onderzoek de mogelijkheid voor een landelijke terminologieservice.
- Onderzoek of Eenheid van Taal onderdeel kan worden van het kwaliteitssysteem in de zorg.

Het eerste punt op de horizon (2020-2022)

Uiteindelijk gebruiken alle standaarden uit het primaire proces de grondplaat. Wij denken dat dit met behoud van identiteit van de zorgverleners uit de verschillende zorgdomeinen kan plaatsvinden. Het zal niet zo zijn dat alle standaarden door SNOMED CT/LOINC worden overgenomen, maar dat de standaarden gebruik maken van SNOMED CT/LOINC als infrastructuur (centraal woordenboek). De focus verplaatst zich dan naar het beheren van betreffende domein-specifieke content met behulp van SNOMED CT/LOINC.

Het tweede punt op de horizon (2023-2025)

In 2026 vormen de classificaties van de WHO-familie van internationale classificaties de basis van Eenheid van Taal in het secundair proces. De belangrijkste use case van de terminologieën in het secundaire proces in de zorg is rapportage, hetzij financieel, statistisch, of voor kwaliteitsdoeleinden. De WHO-familie van internationale classificaties biedt een set van samenhangende gezondheidsclassificaties die het hele zorgdomein bestrijken. Gebruik van deze set in het secundaire proces in de zorg – in aanvulling op de terminologieën uit de grondplaat – levert beter vergelijkbare data, op nationaal niveau, maar ook internationaal. Dit punt op de horizon ligt verder weg om meerdere redenen. (aanbevelingen). De eerste reden is om de beroepsgroepen goed de gelegenheid te geven de mappings tussen de terminologieën uit de grondplaat en die uit het secundaire proces goed te kunnen valideren. De tweede reden is om de implementatielast te spreiden. Het is niet wenselijk om gelijktijdig de grondplaat en de classificatie-afleiding in te voeren. Een derde reden is om lessons learned uit de realisatiefase van de grondplaat te kunnen meenemen bij deze implementatie. Daarnaast blijven de eerder aanbevolen (tussen)producten onverkort van 'kracht'.

Een uitgebreidere beschrijving van de roadmap met tussenproducten en mijlpalen en aangevuld met mogelijke uitvoerders, fasering, verwachte inspanning en opbrengsten is bijgevoegd als separaat document 'Roadmap Eenheid van Taal in de Zorg'.

Inleiding

Eenheid van Taal, oftewel semantische interoperabiliteit, zorgt ervoor dat informatie eenduidig wordt begrepen. Dat kan zijn in een gesprek tussen twee mensen, maar bijvoorbeeld ook in de uitwisseling van gezondheidsinformatie tussen twee zorginstellingen.

Doorgaans draagt de context bij aan de eenduidigheid van een begrip. Het woord 'suiker' heeft in de context van diagnoseregistratie een andere betekenis dan in de context van receptuur; in het ene geval is het een synoniem voor diabetes, in het andere geval is het een benaming voor een voedingsmiddel.

De uitwisseling van informatie – ook gezondheidsinformatie – verloopt in toenemende mate gedigitaliseerd ([RIVM, 2016](#)). Deze uitwisseling hoeft geen beperking in eenduidigheid van begrip te betekenen, zolang zender en ontvanger dezelfde context voor ogen hebben. In geval van digitale uitwisseling geldt dit ook voor de gebruikte informatiesystemen. Pas dan kan er sprake zijn van Eenheid van Taal.

Eenheid van Taal in het duurzaam informatiestelsel

Het Informatieberaad Zorg werkt aan een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. In de gemeenschappelijke missie, visie en doelstellingen van het Informatieberaad staat ook dat het zorgbrede informatiestelsel wordt gerealiseerd door het 'vergroten van de Eenheid van Taal en eenduidigheid van begrippen door gebruik te maken van (internationale) code- en classificatiestelsels' ([Informatieberaad Zorg, 2015](#)).

Het Informatieberaad heeft vier generieke outcome doelen vastgesteld en een aantal programma's om deze doelen te realiseren. Informatie uitwisselen en eenduidig begrip van deze informatie (ook wel Eenheid van Taal genoemd), is in al deze programma's cruciaal.

Eenheid van Taal als uitgangspunt is daarmee onomstreden. De leden van het Informatieberaad hebben echter aangegeven dat ze behoefte hebben aan een definitie van Eenheid van Taal en willen weten welke problemen het op moet lossen in het informatiestelsel. Het Informatieberaad heeft RIVM en Nictiz gevraagd om antwoord te geven op deze vragen.

Doel en opzet van notitie

Deze notitie gaat in op bovenstaande vragen van het Informatieberaad. Naast een beschrijving van de aanpak van de opdracht, schetst het ook een aantal scenario's met implementatie van verschillende gradaties van Eenheid van Taal in de zorg. De beschrijving van de aanpak is terug te vinden in bijlage 1. De notitie kan als startpunt dienen bij het bepalen van de impact en de consequenties van het vergroten van Eenheid van Taal in verschillende onderdelen van de zorg.

Opdracht

In een [vergadering van het Informatieberaad](#) is onderstaande opdracht aan RIVM en Nictiz geaccordeerd.

1 Afbakening en definitie.

Inventariseer wat onder Eenheid van Taal in de zorg wordt verstaan; doe een voorstel voor afbakening van wat er wel en wat er niet onder wordt verstaan, en kom tot een definitie. Beschrijf wat het doel is van EvT in de zorg.

2 Nut en behoefte.

Besteed aandacht aan wat de stakeholders met Eenheid van Taal opschieten; begin bij de zorgverlener zelf maar adresseer ook de patiënt, de leveranciers en het beleid. Is er intrinsieke dan wel extrinsieke behoefte aan Eenheid van Taal? Zo ja, hoe uit zich dat?

3 Transparante rapportage.

Beschrijf hoe EvT (idealiter) resulteert in transparante rapportage en op welke manier de belangrijkste stakeholders, zorgverleners, patiënt en overheid, hier baat bij hebben.

4 Bestaande situatie

Geef voorbeelden van EvT - in de zorg en daarbuiten - en beschrijf wat het oplevert. Benoem ook voorbeelden uit de zorg waar EvT niet (voldoende) is ingericht.

5 Barrières en facilitators

Breng de belangrijkste barrières en facilitators van EvT in kaart. Benoem mogelijke afspraken op bestuurlijk - of instrumenteel niveau (bepalen van standaarden, implementatie-afspraken, etc.) om vooruitgang in EvT te bevorderen.

6 Roadmap en aanbevelingen

Beschrijf een 'roadmap' om tot invoering van EvT te komen; benoem daarbij laaghangend fruit. Identificeer zorgonderdelen waar invoering van EvT met 'makkelijke' impulsmaatregelen gestimuleerd kan worden (barrières wegnemen). Beschrijf hoe bestaande middelen/voorzieningen EvT kunnen versnellen en beschrijf de inspanning die nodig is om de roadmap te verwezenlijken.

1 **Afbakening en definitie**

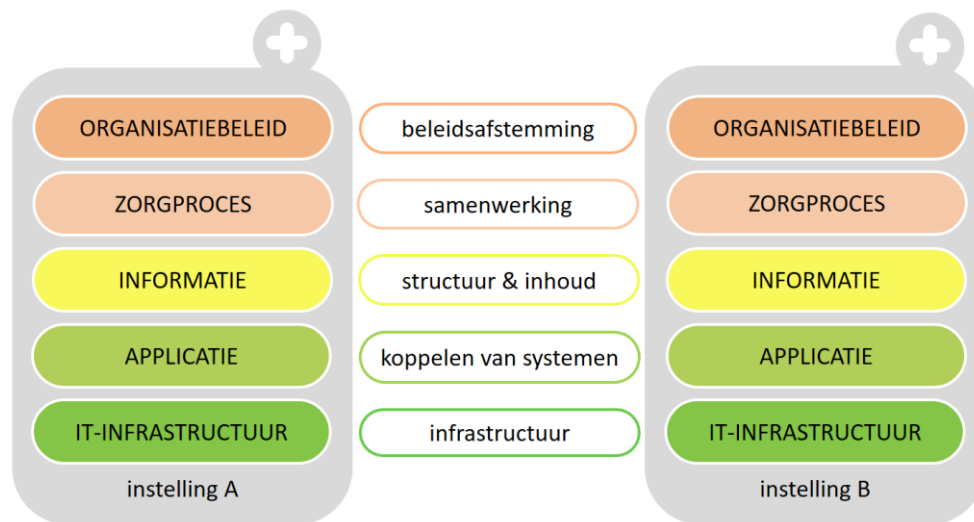
Om goede zorg te kunnen bieden aan individuele patiënten, is communicatie cruciaal. Goede communicatie verhoogt de kwaliteit van zorg en voorkomt misverstanden en mogelijk zelfs levensgevaarlijke situaties. Eenheid van Taal in de zorg is een middel om de communicatie te verbeteren. Anders gezegd: Eenheid van Taal is een voorwaarde voor een zinvolle uitwisseling van informatie. En dat geldt ook voor de digitale uitwisseling tussen verschillende registratiesystemen in en rond de zorg.

Gezondheidsinformatie

Hoewel Eenheid van Taal voor elke vorm van informatie-uitwisseling van belang is, beperken we ons in deze notitie tot uitwisseling van gezondheidsinformatie. Gezondheidsinformatie is alle informatie met betrekking tot de gezondheid van het individu en het verlenen van zorg aan het individu. Belangrijk bij het goed kunnen gebruiken en delen van gezondheidsinformatie is dat de informatie voor zowel zorgverlener als voor patiënt dezelfde betekenis heeft. Het gebruiken en het delen van gezondheidsinformatie kan op verschillende manieren worden opgevat. Hierbij kun je bijvoorbeeld denken aan communicatie tussen arts en patiënt, verpleegkundige overdracht of het hergebruik van eerder vastgelegde gezondheidsinformatie voor declaratie- of kwaliteitsregistratie doeleinden. Maar ook verbale informatie-uitwisseling (gesprek), papieren overdracht en digitale uitwisseling zijn voorbeelden van het gebruiken en het delen van gezondheidsinformatie. Dit speelt zich af zowel binnen als tussen zorgdomeinen, zoals de eerste en de tweede lijn.

Gezondheidsinformatie uitwisselen

En hoewel de uitwisseling van gezondheidsinformatie in gesprek of op papier nog steeds een wezenlijk deel uitmaakt van informatie-uitwisseling in de zorg, verloopt deze uitwisseling in toenemende mate gedigitaliseerd ([RIVM, 2016](#)). Het maken van afspraken op meerdere niveaus maakt die informatievoorziening mogelijk, bijvoorbeeld op organisatieniveau, op procesniveau of op technisch niveau. Het geheel van afspraken schetst de context waarbinnen de informatie wordt uitgewisseld, waaraan in de inleiding al werd gerefereerd en dragen zo bij aan gedeeld begrip van de uitgewisselde informatie. En waar de context in de communicatie tussen mensen vaak impliciet duidelijk is, moet deze voor informatiesystemen expliciet worden gemaakt. Daarom moet ook op het niveau van informatie afspraken worden gemaakt. Eenheid van Taal is daar cruciaal. Eenheid van Taal is onderdeel van het interoperabiliteits-model (Figuur 2). Het wordt ook wel semantische interoperabiliteit genoemd.



Figuur 2 - Interoperabiliteitsmodel (Bron: Nictiz, 2018)

Semantische interoperabiliteit versus Eenheid van Taal in de zorg

Semantische interoperabiliteit wordt gezien als "... the ability of two or more systems or elements to exchange information and to use the information that has been exchanged. Semantic interoperability takes advantage of both the structuring of the data exchange and the codification of the data including vocabulary so that the receiving information technology systems can interpret the data" ([HIMSS](#)).

De toepassing van semantische interoperabiliteit komt dan neer op het volgende: "Two information systems are considered to be semantically interoperable only if each system can carry out the tasks for which it was designed using data and information taken from the other as seamlessly as using its own data and information" ([European Commission, 2017](#)).

Uit bovenstaande blijkt dat semantische interoperabiliteit zowel de uitwisseling van informatie inhoudt als ook het aspect van hergebruik van de uitgewisselde informatie. Eenheid van Taal richt zich op dit laatste, maar waarbij uitwisseling van informatie een belangrijke randvoorwaarde is. In de praktijk blijkt het lastig om deze twee zaken te onderscheiden.

Definitie: wat is Eenheid van Taal?

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

Bij het elektronisch vastleggen en uitwisselen van gezondheidsinformatie is het daarom noodzakelijk dat zowel binnen als tussen informatiesystemen gebruik wordt gemaakt van een gedeelde context. De afspraken over welke termen kunnen worden gebruikt en op welke manier wordt ook wel een 'gedeeld woordenboek' genoemd. Om misverstanden te voorkomen: Eenheid van Taal gaat nadrukkelijk *niet* over één en dezelfde 'taal' voor alle zorgverleners, maar over het maken van afspraken wanneer en hoe welk woordenboek wordt gebruikt.

Doel van Eenheid van Taal in de zorg

Eenheid van Taal in de zorg is geen doel op zich; het wordt primair gezien als een hulpmiddel om zorg voor de (individuele) patiënt te verbeteren en veiliger te maken. Dat wordt gerealiseerd door een integraal en eenduidig informatiebeeld van en voor de patiënt te schetsen. Elementair daarin is dat informatie door het zorgnetwerk rondom de patiënt gedeeld en hergebruikt kan worden zonder dat het aan betekenis verliest. Dit dient meerdere subdoelen: het stelt de patiënt centraal, het biedt kansen voor efficiënter zorggebruik, het geeft (ondersteuners van) de zorgverlener meer tijd om goede zorg te verlenen; en tenslotte is het een voorwaarde om 'information-driven' zorginnovaties te kunnen benutten.

Scope

Volledige Eenheid van Taal in de gehele zorg nastreven is een grote stap. Wij stellen in dit document daarom voor eerst te kijken naar waar Eenheid van Taal bij de zorginhoudelijke termen de meeste impact kan hebben om patiënten beter te maken. Daarbij gelden er twee dimensies:

- Zorgdomeinen
- Categorieën

Belangrijkste categorieën waarop te standaardiseren valt, zijn:

- Diagnose (inclusief problemen, complicaties)
- Verrichtingen
- Anatomie
- Observaties
- Labtests
- Organismes
- Medische hulpmiddelen
- Allergieën
- Medicatie

Categorieën waar traditioneel al semantische standaarden in gebruik zijn die financiële implicaties met zich meebrengen zijn diagnose en verrichtingen. Dit zijn tevens de belangrijkste feiten bij uitwisselen van medische gegevens. Gezien de (financiële) belangen die er mee gemoeid zijn, zal er veel discussie zijn bij het maken van afspraken over de wijze van eenduidige uitwisseling.

Aan de andere kant van het spectrum is over anatomie minder discussie. Vaak wordt daarvoor nog geen standaard gebruikt waardoor er makkelijker afspraken zijn te maken over Eenheid van Taal.

2 Nut en behoefte

Waarom hebben we Eenheid van Taal in de Nederlandse zorg nodig? Wat is de toegevoegde waarde van Eenheid van Taal? En wie vraagt er eigenlijk om? Deze vragen hebben we gesteld in de enquête, interviews en tijdens de bijeenkomst van de focusgroep.

Gevoeld belang van Eenheid van Taal

Wanneer stakeholders wordt gevraagd naar het belang van Eenheid van Taal voor hun eigen organisatie (of achterban) wordt *Eenduidigheid* het meest genoemd. Eenheid van Taal helpt bij het duiden, het betekenis geven van uitgewisselde of uit te wisselen informatie. Het woord eenduidigheid vormt niet voor niets onderdeel van de [slogan](#) van het programma Registratie aan de Bron: "Eenduidige registratie, meervoudig gebruik". Het tweede deel van de slogan geeft aan dat als een feit betekenisvol door een zorgverlener is vastgelegd er veel meer met deze informatie gedaan kan worden.

Bij het meervoudig gebruik wordt er als eerste verwezen naar uitwisseling van zorginformatie tussen medisch specialisten en verpleegkundigen. Ook wordt gewezen op de mogelijkheid gegevens met de patiënten uit te kunnen wisselen. Stakeholders zien Eenheid van Taal als een geïntegreerd onderdeel van veilige en betrouwbare informatie-uitwisseling. Vervolgens komt *Kwaliteit van zorg* als breed gedragen en belangrijk punt naar voren – met name onder stakeholders van het 'type' zorgverlener; Eenheid van Taal kan de zorgverlener in staat stellen zijn werk beter en sneller te doen met minder fouten. Eenzelfde geluid kwam van patiënten. Na uitwisseling wordt door de stakeholders vrij snel het vullen van kwaliteitsregistraties op basis van eenduidig vastgelegde gegevens genoemd als nut van Eenheid van Taal.

De enquête onder de stakeholders liet ook zien dat Eenheid van Taal minder vaak in relatie wordt gebracht met thema's als *Terugdringen van administratieve last* en *Vermindering van zorgkosten*. Eenheid van Taal als katalysator van innovatie is bij de beantwoording niet genoemd. Bij het doorvragen in de interviews werd echter vaak bevestigd dat dit wel het geval is. Leveranciers die in het onderzoek hebben meegedaan, wijzen op het grote voordeel dat standaardisatie van 'content' hen biedt. Ook zien zij mogelijkheden om hun software 'slimmer' te maken als Eenheid van Taal is doorgevoerd.

Nut van Eenheid van Taal

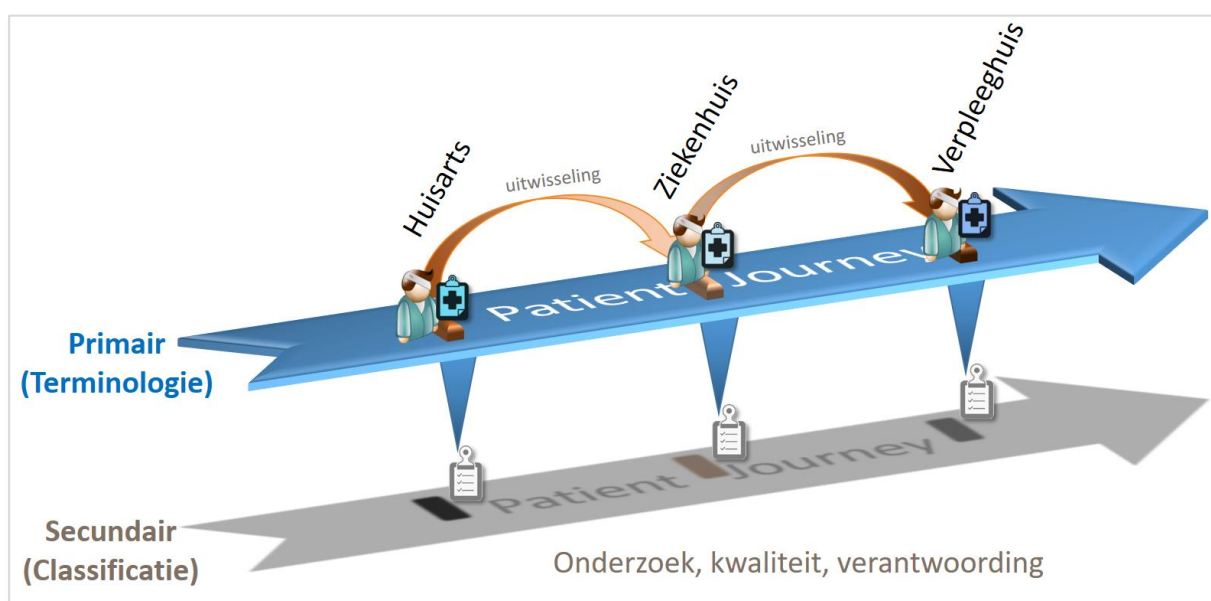
Eenheid van Taal speelt zich af op een drietal assen:

1. **Primair** – In het primaire proces gaat het over het eenduidig uitwisselen van gezondheidsinformatie over en met een patiënt. Hierbij geldt de noodzaak voor exacte, gedetailleerde klinische documentatie.
2. **Secundair** – Secundaire processen in de zorg, met name kwaliteits-, statistische- en financiële gegevens, kunnen uit de zorggegevens van het primaire proces worden afgeleid naar

ruimere categorieën ten behoeve van bijvoorbeeld declaratie of rapportage. Dit is wat men onder meervoudig gebruik of hergebruik verstaat.

3. **Tertiair** – Tertiair gebruik is het gebruik van Eenheid van Taal in innovatieve oplossingen zoals beslissingsondersteunende software en zogenaamde AI, Artificial Intelligence.

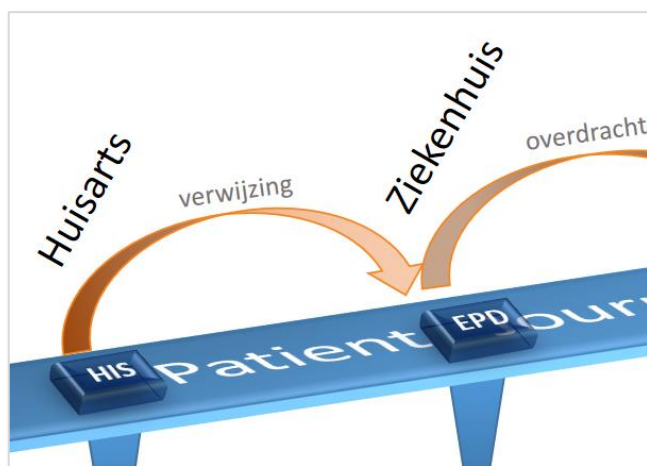
In Figuur 3 zijn bij een 'Patiënt Journey' de primaire en secundaire dimensies aangegeven. In onderstaande paragrafen beschrijven we het nut van Eenheid van Taal per dimensie.



Figuur 3 - Primair en secundair gebruik van zorginformatie

Primair proces

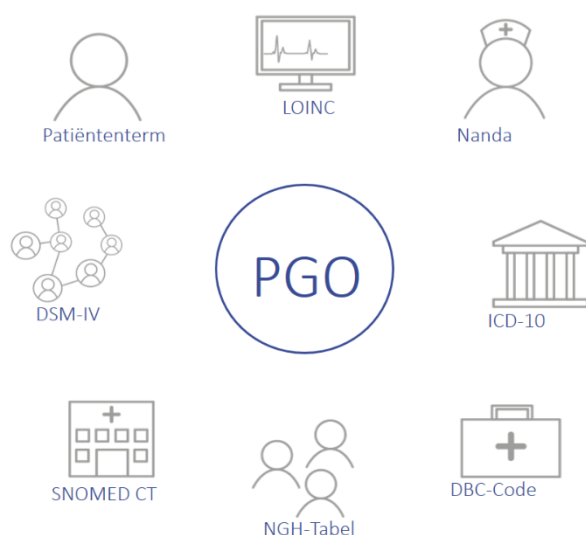
Voor het primair proces wordt voor Eenheid van Taal het meeste nut gezien. Bij uitwisseling van eenduidig vastgelegde zorginformatie tussen zorgprofessionals, maar ook tussen zorgverleners en patiënten. Het is nu gebruikelijk dat bij een verwijzing van huisarts naar ziekenhuis (zie Figuur 4) de verwijsgegevens moeten worden overgetypt om ze betekenisvol in het EPD van ziekenhuis beschikbaar te krijgen. Ook als de verwijzing elektronisch gebeurt. Dit heeft er alles mee te maken dat het huisartsinformatiesysteem (HIS) een andere taal (codering) gebruikt dan de ontvangers in het ziekenhuis. Wanneer er sprake is van Eenheid van Taal wordt een



Figuur 4 - Uitwisseling in primair proces

medisch feit vastgelegd in een HIS en kan het zonder interventie van de gebruiker probleemloos worden gebruikt in het EPD van die gebruiker ([European Commission, 2017](#)).

Omdat er nu veel wordt overgetypt en daarbij vaak interpretaties plaatsvinden, is het logisch dat men hier het meeste verwacht van Eenheid van Taal.



Waar het ontbreken van Eenheid van Taal pijnlijk zichtbaar gaat zijn, is in het Persoonlijk GezondheidsOmgeving (PGO). Ook als men aan de eisen van [MedMij](#) voldoet is het waarschijnlijk dat een diagnose via verschillende standaarden verwerkt en aan de burger gepresenteerd moet worden (Figuur 5 **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**).

Figuur 5 - Mogelijke diagnosestandaarden in een PGO

Secundair proces

In het secundaire proces wordt veelal gebruik gemaakt van gegevens die zijn afgeleid van het primaire proces. Kwaliteitsregisters, onderzoeksdatabases en (financiële) verantwoordingscijfers zijn hiervan voorbeelden. Vaak kunnen die gegevens niet automatisch uit het primair proces (EPD) worden geëxtraheerd omdat in het primair proces gebruik wordt gemaakt van een taal (coding) die niet gelijk is aan die wordt gebruikt in het secundaire proces. Dientengevolge moeten gegevens handmatig uit EPD's opgezocht worden en ingevuld worden in de elektronische invulformulieren. Met zogenaamde bami- of pizzasessies om in de avonden dossiers door te spitten als gevolg.

En ook hierbij geldt dat wanneer er sprake is van Eenheid van Taal, een medisch feit dat is vastgelegd in een EPD zonder interventie van de gebruiker probleemloos verder of kan worden hergebruikt in bijvoorbeeld het logistieke/financiële

systeem (ERP) van die instelling of in het kwaliteitsregister van de wetenschappelijke vereniging (Figuur 6).

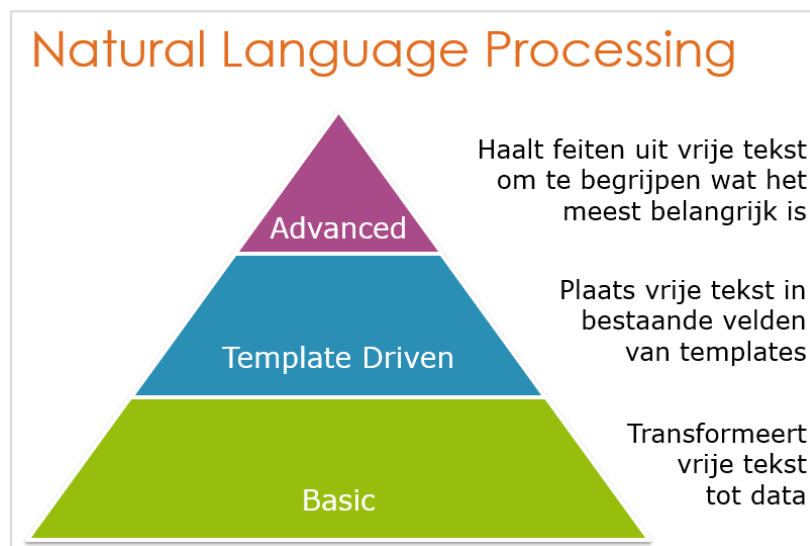


Figuur 6 - Afleiding naar secundair proces

In 2017 heeft het Programma Registratie aan de Bron een aantal succesvolle pilots gedraaid die aantoonde dat kwaliteitsregisters kunnen worden gevuld met eenduidig aan de bron vastgelegde zorginformatie.

Tertiair

Onder tertiair gebruik zien wij het toepassen van innovatie oplossingen die ten dienste staan van zowel zorgverleners als patiënten. Te denken valt aan Clinical en Patiënt Decision Support (beslissingsondersteuning), Kunstmatige intelligentie (ook wel Artificial Intelligence) en Personal Medicine. Deze toepassingen zijn erop gericht om de zorgverlener te helpen betere zorg te verlenen: efficiënter en veiliger. Dat lijkt erg ambitieus, maar we zien nu dat grote bedrijven als Apple, Google en IBM investeren in deze innovaties. We zien tevens dat deze globale spelers Eenheid van Taal nodig hebben om producten te maken die wereldwijd inzetbaar zijn. Zij grijpen daarbij naar de grote standaarden voor Eenheid van Taal. Als ontologie is SNOMED CT daarbij zeer geschikt.



Figuur 7 - Stadia van Natural Language Processing

Een eenvoudige vorm van beslissingsondersteuning is gegevens in een trend in de tijd laten zien, bijvoorbeeld labuitslagen die in een grafiek worden geplaatst. Voor een patiënt met diabetes is de Hb1Ac (bloed)waarde belangrijk. Met de loop van de jaren loopt die waarde normaliter licht op. Doordat de bepaling met LOINC wordt gecodeerd kunnen de uitslagen vanuit meerdere bronnen (huisarts, specialist) toch bij elkaar worden gebracht en in dezelfde grafiek worden opgenomen.

We zien AI ingezet worden bij beslissingsondersteuning, maar niet bij het simpeler lijkende overdracht tussen zorgdomeinen. AI is daarbij (nog) niet inzetbaar. Dat heeft verschillende redenen. Allereerst moet de foutmarge dusdanig klein zijn dat leveranciers hier geen risico willen lopen. Daarbij is de variatie van bronbestanden zo groot dat AI er nog onvoldoende mee kan doen.

Natural Language Processing (NLP) is een innovatie die apart moet worden genoemd. Hierbij wordt een combinatie van bovengenoemde technieken gebruikt om van vrije tekst of spraak betekenisvolle informatie te maken (Figuur 7). Een voor de hand liggende toepassing is dossiervoering van artsen en verpleegkundigen. Dit kan ze verlossen

van problemen die men nu ervaart bij het vastleggen in velden met codes wat niet aansluit hoe een zorgprofessional redeneert. NLP is erg gebaat bij Eenheid van Taal in zoverre dat er gebruik kan worden gemaakt van standaarden die structuren in zich hebben. Het lerend zorgsysteem valt ook onder tertiair gebruik. Kennis verkregen uit analyses van zorgformatie, veelal verkregen uit het secundair proces, wordt gebruikt om het zorgproces te verbeteren. (Figuur 8).



Figuur 8 - Informatie gestuurd zorgstelsel – een lerend systeem

Alternatieven voor Eenheid van Taal

Innovatie vindt ook op een andere manier plaats. Informatiesystemen worden steeds slimmer en zijn steeds beter in staat vrije tekst om te zetten naar een codering.

Wij zien met name voor het secundair proces oplossingen beschikbaar komen die zorginformatie vastgelegd in het primair proces kunnen verwerken tot waardevolle informatie in het secundair proces.

Voorbeelden hiervan zijn:

- Computer Aided Coding: Softwaresystemen die op basis van machine learning ICD-10 codes aan dossiers kunnen toekennen
- Population Health Management – Informatiesysteem dat kan putten uit gezondheidsinformatie van verschillende bronnen uit verschillende geografische locaties en in staat is daar beleidsmatige adviezen uit te formuleren.

Deze ontwikkeling valt niet te bagatelliseren. Gezien de hoeveelheid FTE die nu ingezet wordt om dossiers ICD-10 te coderen lijkt een aanzienlijke besparing in de nabije toekomst realiseerbaar. Het bevorderen van Eenheid van Taal zal deze ontwikkeling bespoedigen doordat er formele relaties tussen terminologieën worden gelegd (koppelingen).

3 Transparante rapportage

Eenheid van Taal is een belangrijke voorwaarde voor transparante rapportage van gezondheidsinformatie. Hiervoor is het nodig dat zowel in het zorgproces (primaire proces) als in het secundaire proces (de afgeleide zorggegevens uit het primaire proces) afspraken worden gemaakt over de termen die kunnen worden uitgewisseld (zie ook Figuur 3 - Primair en secundair gebruik van zorginformatie).

Eenheid van Taal implementeren betekent definiëren en formaliseren

Het bevorderen van Eenheid van Taal in de zorg komt neer op het maken van afspraken over welke termen in zorginformatiesystemen kunnen worden uitgewisseld. Dit kunnen Nederlandse vaktermen zijn die de specialist doorgaans al gebruikt in zijn praktijk, maar het kunnen ook categorieën uit codestelsels zijn. Maar alleen het maken van afspraken is niet genoeg. Het vocabulaire van de zorgverlener moet ook worden gedefinieerd en geformaliseerd in elektronische 'woordenboeken'. Deze woordenboeken worden ook wel terminologieën genoemd. Deze terminologieën beschrijven ook de relaties tussen termen. Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld de afspraak dat CF de afkorting is van Cystische Fibrose en de afspraak dat CF een synoniem is voor Cystische Fibrose. Of dat cystic fibrosis de Engelse vertaling van Cystische Fibrose is en dus óók een synoniem. Zonder deze twee expliciete afspraken zullen informatiesystemen CF, cystic fibrosis en Cystische Fibrose als drie verschillende termen beschouwen.

Verschillende termen, toch beter begrip

Door het definiëren en het formaliseren van de termen begrijpen zorgverleners elkaar onderling beter. Niet omdat zij noodzakelijkerwijs dezelfde term hanteren maar juist doordat de termen exact worden begrepen door de informatiesystemen die zij gebruiken. Hun informatiesysteem kan dan aangeven dat CF een synoniem is voor Cystische Fibrose. In de praktijk betekent dit dat zorgverleners bij verslaglegging of dossiervoering kunnen kiezen uit hun eigen lijsten met termen die door hun beroepsgroep zijn vastgesteld, maar waarvan de definitie en de relaties met andere termen in het informatiesysteem zijn ingebouwd.

Patiëntvriendelijke termen

Bij het vaststellen van de relaties tussen de termen is het ook mogelijk om de afspraak te maken dat, indien een concept meerdere (synonieme) termen kent, één term daarvan aan te duiden ('taggen') om te gebruiken in de communicatie met de patiënt. Communiceren op maat, om zo medisch jargon in de communicatie met de patiënt te vermijden en de informatie voor de patiënt zo helder en uniform mogelijk te maken. Bijvoorbeeld voor presentatie in een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) of om te gebruiken in [bijsluiters van](#)

[medicijnen](#). Zo zijn acuut myocardinfarct en hartinfarct en hartaanval synonieme termen, maar is alleen de laatste term in gebruik bij patiënten.

Definiëren en formaliseren ook van nut voor secundair proces

Hierboven is beschreven hoe het formaliseren en het definiëren van termen de eenduidigheid van begrip in het primaire proces kan verhogen. Maar het belang ervan strekt verder dan het primaire proces alleen. In lijn met het principe van [eenmalig vastleggen voor meervoudig gebruik](#), kan gezondheidsinformatie die in het primaire proces is vastgelegd worden hergebruikt in het secundaire proces (kwaliteitsregistratie, financiële verantwoording, etc.). Dat kan alleen als de termen die in het primaire proces zijn vastgelegd ook 'formele relaties' hebben (geformaliseerd zijn) met de termen die in het betreffende secundaire proces gebruikt worden. Een voorbeeld hiervan is de Diagnosethesaurus van Dutch Hospital Data. In deze applicatie staan diagnosetermen die door de specialist worden gebruikt in de praktijk, dus de specialist kan deze termen gebruiken voor zijn dossiervoering (primaire proces). Maar in deze applicatie is ook ingebouwd dat elke diagnoseterm een formele relatie heeft met een ICD-10 code en een DBC-code. Deze ICD-10 code en DBC-code zijn van belang in het secundaire proces. Beide codes zijn nodig om de geleverde zorg te declareren bij de zorgverzekeraar en de ICD-10 code wordt ook (geanonimiseerd) gebruikt in de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg voor onderzoek.

Keuzes bij formaliseren van terminologieën

Bij het definiëren en formaliseren van de verschillende terminologieën zijn er drie mogelijkheden. Men kan terminologieën koppelen, harmoniseren of standaardiseren. Welke mogelijkheid wordt gekozen, hangt sterk af van de terminologieën die al worden gebruikt in een bepaald domein. Het doel van alle drie de methoden is het bevorderen van Eenheid van Taal om zo uitwisseling mogelijk te maken.

Koppelen of 'mappen'

Koppelen of 'mappen' is de methode waarbij een term uit terminologie A aan een term uit terminologie B wordt gekoppeld. Bijvoorbeeld, multipole sclerose. Deze term komt voor in de codetabel die door huisartsen wordt gebruikt ([ICPC, N86](#)), maar ook in de tabel die wordt gebruikt in de medisch-specialistische zorg ([ICD-10, G35](#)). Dit is een voorbeeld van een makkelijke, een-op-een koppeling. Moeilijker wordt het bijvoorbeeld bij griep. De codetabel van de huisartsen kent daarvoor een code (R80) en die van de medisch specialist kent er zeven. In het algemeen geldt dat bij een koppeling van codestelsel aan codestelsel informatieverlies optreedt doordat codes of categorieën niet goed op elkaar kunnen worden gemapt ([Kieft et al., 2018](#)). Bij een mapping van referentie terminologie naar codestelsel en vice versa of van terminologie naar terminologie is het risico op informatieverlies kleiner. Informatieverlies heeft negatieve gevolgen voor de eenduidigheid van de term die wordt uitgewisseld. Het moet dus zoveel mogelijk worden voorkomen wanneer het hergebruik van de term wordt nagestreefd.

Desalniettemin is mappen vaak de eerste keuze bij samenwerking tussen standaarden. Met behoud van identiteit zorgt dat voor de minimaal noodzakelijke verbintenis.

Soms is informatieverlies niet erg. Bijvoorbeeld, wanneer in de ontslagbrief van de longarts 'niet-kleincellig longcarcinoom' (specifieke variant van longkanker) staat en bij de huisartsen alle vormen van longkanker bekend zijn onder 'Maligniteit bronchus/long'(R86). Zolang er maar met een mapping een link wordt gelegd, kan een huisartseninformatiesysteem de diagnose van het ziekenhuis omzetten naar de huisartsenterm.

Harmoniseren

Bij deze methode wordt ervoor gezorgd dat alle termen uit terminologie A equivalent zijn aan (een deel van) de termen uit terminologie B. Eventueel past men een van beide terminologieën aan om zo een exact mogelijke equivalent te krijgen. Een voorbeeld van harmoniseren is de [ICD-O-3](#) die wordt gebruikt voor diagnostiek bij kanker. De codes voor tumorlokalisaties die in de ICD-O-3 staan, zijn equivalent aan de codes uit het C-hoofdstuk van de ICD-10 die door medisch specialisten wordt gebruikt. Een ander voorbeeld van harmonisatie is de DSM 5, waarvan de concepten (grotendeels) equivalent zijn aan die in het 6^e hoofdstuk van de ICD-11.

Standaardiseren

De laatste mogelijkheid bij het formaliseren en het definiëren van termen is standaardiseren. Bij deze meest verregaande vorm van Eenheid van Taal is er sprake van om een terminologie leidend te maken en tot standaard te verheffen. Dat kan een al bestaande terminologie zijn, maar ook een nieuwe termenset die wordt geïntroduceerd. Een voorbeeld hiervan is de [Nederlandse Labcodeset](#). Deze set van termen is in de uitwisseling tussen laboratoria tot standaard verheven. Nog steeds hebben laboratoria de vrijheid om in een andere terminologie te registreren, zolang uitwisseling maar gaat in termen van de Nederlandse Labcodeset. Dat houdt in dat laboratoria dan een koppeling van hun eigen terminologie naar de Nederlandse Labcodeset moeten maken/gebruiken. Een ander voorbeeld is de invoering van [SNOMED CT](#) in de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk. Daar is de terminologie SNOMED CT als standaard ingevoerd voor documentatie van het zorgproces. Uitwisseling vindt plaats aan de hand van SNOMED CT termen, die vervolgens worden afgeleid en hergebruikt in het secundaire proces, bijvoorbeeld ICD-10 codes.

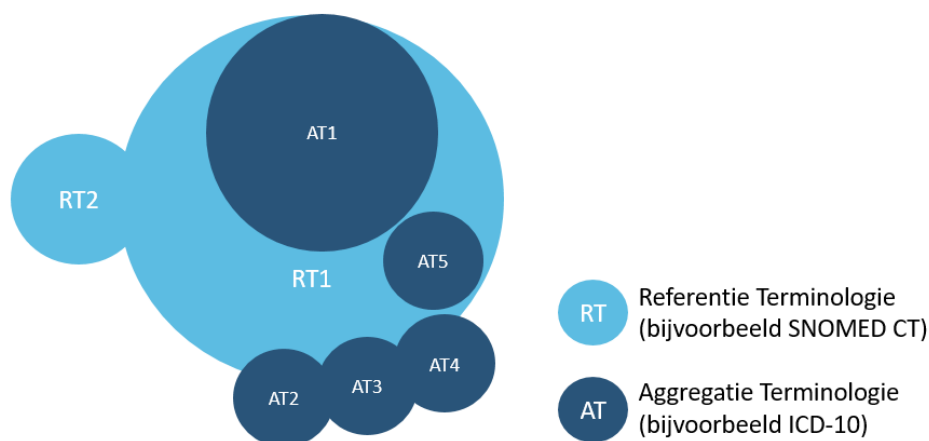
Zoals eerder gezegd hebben alle drie de manieren tot doel om Eenheid van Taal te bevorderen. De mate van ingrijpendheid en hoeveelheid werk (en voor wie) verschilt. Waar bij het koppelen tussen grote terminologieën veel werk in gaat zitten op detailniveau, zoals het koppelen van termen of codes, kan bij het standaardiseren juist veel werk zitten in het afstemmingsoverleg tussen alle stakeholders. Bij koppelen behoudt men de standaard waarmee men al werkt; bij standaardiseren kan het gebeuren dat men over moet stappen op een andere standaard. Men kan echter niet stellen dat de ene manier beter is dan de andere.

Het proces van definiëren en formaliseren staat aan de basis van het vergroten van Eenheid van Taal in de zorg en maakt eenduidige uitwisseling mogelijk. Maar het vereist een forse inspanning van betrokkenen. Het ligt voor de hand dat (beroeps)groepen met deels dezelfde informatiebehoefte hierin het initiatief nemen en samen optrekken om consensus over de koppelingen, dan wel harmonisatie, dan wel standaardisatie te bereiken, ondersteund door beheerders van de betreffende standaarden.

Terminologieën in beweging

Wanneer afspraken zijn gemaakt over welke termen wanneer en hoe gebruikt worden, kan éénmaal vastgelegde gezondheidsinformatie hergebruikt worden. De koppelingen die daarvoor nodig zijn kunnen dan door informatiesystemen ingelezen worden. Het is belangrijk dat die afspraken met groot draagvlak worden gemaakt omdat anders het risico bestaat dat elke zorginstelling of beroepsgroep zijn eigen lijsten met koppelingen gaat gebruiken. Over het algemeen bestaan er al (gevalideerde) koppelingen tussen internationaal gebruikte terminologieën.

In Nederland is er een beperkt aantal terminologieën in gebruik in de zorg, verspreid over domeinen en zorgsettings. Deze terminologieën groeien nu al naar elkaar toe omdat ze voor een deel voorzien in dezelfde informatiebehoefte. Maar dit naar elkaar toe groeien verloopt gefragmenteerd, grafisch weergegeven in Figuur 9. Subsets van terminologie RT1 worden gekoppeld aan een subset van terminologie AT3 om gebruikt te kunnen worden voor uitwisseling in setting X, terwijl een andere subset van terminologie B wordt gekoppeld aan codestelsel AT4 om te worden gebruikt voor uitwisseling van informatie in setting Y.



Figuur 9 - Grafische weergave hoe terminologieën naar elkaar toe gegroeid zijn.

Eenheid van Taal in rapportage

Wanneer er afspraken zijn gemaakt over welke termen wanneer en hoe gebruikt worden bij uitwisseling, én welke koppelingen daarbij van toepassing zijn, ontstaat er Eenheid van Taal in rapportage. Bij hergebruik van termen met geformaliseerde relaties – koppelingen – kan in theorie meer in één terminologie gerapporteerd worden en wordt

de variatie beperkt. Dit heeft grote voordelen voor eenduidigheid van de cijfers die op basis van deze termen gerapporteerd worden aan organisaties zoals CBS, NZa en RIVM. Dit zijn organisaties die grote hoeveelheden zorginformatie analyseren, integreren en gebruiken om het functioneren van de gezondheidszorg inzichtelijk te maken.

Eenheid van Taal en zorginformatiebouwstenen

Zorginformatiebouwstenen (zibs) worden gebruikt om inhoudelijke afspraken vast te leggen voor het standaardiseren van de informatie die wordt gebruikt in het zorgproces (Nictiz, 2017). Het doel van de standaardisatie is om de informatie uit het zorgproces te hergebruiken voor andere doeleinden, zoals kwaliteitsregistraties, overdracht en patiëntgebonden onderzoek. Een zorginformatiebouwsteen is een informatiemodel, waarin een zorginhoudelijk concept wordt beschreven in termen van de gegevenselementen waaruit dat concept bestaat, de datatypes van die gegevenselementen, etc.

In de praktijk kan het gebeuren dat binnen een zib verschillende waardenlijsten worden gedefinieerd die gebruikt mogen worden om een categorie vast te leggen. Bijvoorbeeld in het geval van de zib 'probleem' met probleemtype 'diagnose' kan een term uit zowel SNOMED CT als ICD-10 als DSM5 als de G-Standaard ingevoerd worden. Dit beperkt de standaardisering van het concept diagnose en belemmert de uitwisseling.

Maar in dit geval kan dat worden voorkomen door reeds eerder beschreven formalisatie van de relatie tussen standaarden toe te passen. Biedt koppelingen aan tussen de verschillende waardenlijsten in een zib. In het geval van de zib 'probleem' van het type diagnose gaat het dan om koppelingen tussen SNOMED CT, ICD-10, ICPC-1, DSM-IV, DSM 5, en de G-Standaard contra-indicaties tabel.

Zo is het diagnostisch concept 'depressie' in alle eerdergenoemde waardenlijsten aanwezig: P76 in ICPC-1, F32-F33 in ICD-10 en DSM 5, SNOMED id 35489007, 296.2/3 in DSM-IV. Om informatieverlies tegen te gaan, zou men de koppelingen moeten leggen vanuit de meest gedetailleerde terminologie of codestelsel. Dat is SNOMED CT. Zo kan er ook met de zibs nog steeds Eenheid van Taal in rapportage bereikt worden.

4 Bestaande situatie

Eenheid van Taal is niet iets van de laatste jaren of specifiek van de zorg. Er zijn veel voorbeelden buiten en binnen de zorg waarbij het gebrek aan Eenheid van Taal een probleem is of was. In dit hoofdstuk geven we hiervan enkele voorbeelden.

Burgerservicenummer (BSN)

Het BSN is een persoonsnummer dat in de eerste plaats is bedoeld voor het contact tussen de burgers en de overheid. In 2007 is de Wet algemene bepalingen Burgerservicenummer (kortweg: Wabb) aangenomen. Uitgangspunt van de wet zijn:

- Indien bij de communicatie tussen burger en overheid een persoonsgebonden nummer wordt gebruikt dan mag dat alleen het BSN zijn;
- Iedereen die een meervoudige relatie met de overheid heeft, goed te identificeren is en opgenomen is in de GBA of in de (nog te realiseren) Registratie Niet Ingezetenen (RNI) krijgt een BSN;
- Bij gegevensuitwisseling tussen overheden mag alleen het BSN als persoonsnummer worden gebruikt.



Figuur 10 - BSN voorbeeld

Een uitbreiding van de Wabb is de Wbsn-z, de Wet gebruik Burgerservicenummer in de zorg. Deze wet regelt dat binnen de zorgsector gebruik kan worden gemaakt van het Burgerservicenummer (BSN). De Wbsn-z is 1 juni 2008 in werking getreden. In alle berichtgevingen tussen zorgaanbieders onderling (en naar de zorgverzekering) over patiënten moet het BSN aanwezig zijn. Dit geldt voor alle elektronische en papieren berichtgevingen. Dit om persoonsverwisseling en daardoor medische fouten te voorkomen. Het BSN is een aanvulling op een patiëntnummer. Een patiëntnummer kan door elke individuele zorgaanbieder worden uitgegeven en is daarom niet uniek en niet eenduidig. Het BSN wordt uitgegeven door de GBA en is gegarandeerd uniek.

Figuur 10 illustreert dat de Burgerservicenummers het gezamenlijk woordenboek vormt om Eenheid van Taal voor patiëntidentificatie te bereiken. Het fungeert zo als een soort grondplaat. In Nederland is het gebruik van BSN inmiddels breed ingevoerd. Maar niet in alle landen wordt een soort Burgerservicenummer gebruikt. De Verenigde Staten hebben een dergelijk nummer niet en worstelen met de patiëntidentificatie.

Mijnpensioenoverzicht.nl

Sinds 2008 zijn pensioenuitvoerders volgens de Nederlandse Pensioenwet verplicht jaarlijks een Uniform pensioenoverzicht (UPO) aan hun deelnemers te sturen. Het doel van de verstrekking van het UPO is om deelnemers meer informatie te verschaffen over het opgebouwde en op te bouwen pensioen. Omdat het UPO van elke pensioenuitvoerder dezelfde indeling moet hebben, zijn de bedragen eenvoudig op te tellen of met elkaar te vergelijken. Toen Eenheid van Taal in de



The screenshot shows the website mijnpensioenoverzicht.nl. At the top right, it says 'U bent ingelogd als dhr. W.A. van Buren'. Below the navigation bar (Home, Start, Gegevens, Bij pensionering, Bij overlijden, Samenvatting), a blue banner reads 'Uw pensioengegevens zijn verzameld'. Below this, a message states: 'Uw gegevens zijn opgehaald bij de Sociale Verzekeringsbank en de pensioenuitvoerder(s) waar u bekend bent.' A table follows with three rows, each showing a pension provider, a green checkmark, and the status 'Gegevens ontvangen':

Sociale Verzekeringsbank	✓	Gegevens ontvangen
De Eendragt Pensioen N.V.	✓	Gegevens ontvangen
PMT (Pensioenfonds Metaal en Techniek)	✓	Gegevens ontvangen

Below the table, a note says: 'Als u in dit overzicht een pensioenuitvoerder (pensioenfonds of -verzekeraar) mist, neem dan zelf contact op met die pensioenuitvoerder. In deze [lijst](#) vindt u de contactgegevens.' At the bottom are two buttons: '← Terug naar Home' and '→ Verder naar Pensioen bij pensionering'.

Figuur 11 – Voorbeeldscherm minpensioenoverzicht

pensioenproducten was gerealiseerd, waren innovaties mogelijk. Een van die innovaties is de In 2011 gelanceerde website mijnpensioenoverzicht.nl. Op deze website zien burgers hoe pensioenvoorziening inclusief AOW er uitziet. Dit ongeacht hoeveel pensioenpotjes de burger via verschillende werkgevers heeft opgebouwd. Dit overzicht wordt aan de burger aangeboden en op basis van de verkregen inzichten, worden burgers aangemoedigd om actie te ondernemen.

Identificatie van de burger vindt plaats met het Burgerservicenummer. Mijnpensioenoverzicht.nl wordt verzorgd door de Stichting Pensioenregister (SPR). De SPR is een samenwerkingsverband tussen de Sociale Verzekeringsbank (SVB), de Pensioenfederatie en het Verbond van Verzekeraars.

NHG-tabellen – remmende voorsprong?

Een NHG-tabel is een lijst met codes die binnen een huisartsinformatiesysteem (HIS) gebruikt wordt om gegevens gestandaardiseerd te kunnen vastleggen. Voorbeelden zijn de NHG-tabellen ICPC, voor redenen waarom een patiënt contact met de huisarts zoekt, en Diagnostische Bepalingen, voor onder meer laboratoriumbepalingen en lichamelijk onderzoek. Het NHG onderhoudt deze tabellen. Deze standaardisatie vormt een basis voor eenduidige registratie, rapportage en uitwisseling van gegevens ([bron: NHG](#)).

De huisartsen vormen de beroepsgroep die jaren geleden als eerste patiëntendossiers hebben gedigitaliseerd. De NHG-tabellen zijn ook al jaren in gebruik en hebben voor Eenheid van Taal in het

huisartsendomein gezorgd. De NHG-tabellen zijn nog steeds gebaseerd op de ICPC-1 classificatie, terwijl internationaal al langere tijd versie 2 van de ICPC in gebruik is, en ICPC-3 in ontwikkeling is.

G-standaard

De door Z-index beheerde G-standaard bestaat sinds 1980 en is dé standaard voor medicijnen in Nederland. De G-Standaard is een databank die het voorschrijven, afleveren, bestellen, declareren en vergoeden van zorgproducten ondersteunt. De databank bevat relevante gegevens over zorgproducten die verkrijgbaar zijn bij apotheken en zorginstellingen. Alle openbaar apothekers, ziekenhuisapothekers, poliklinische apothekers, huisartsen, apotheekhoudende huisartsen, medisch specialisten en zorgverzekeraars in Nederland maken gebruik van de G-Standaard (bron: Z-index).

De G-standaard is gekoppeld aan de internationale ATC-codes (Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatie) die door de WHO wordt onderhouden.

De G-standaard heeft voor Eenheid van Taal binnen het domein gezorgd. Het heeft als katalysator gediend voor innovaties als elektronisch voorschrijven, medicatiebewaking en medicatie-intolerantie.

DHD Diagnosethesaurus

Dutch Hospital Data (DHD) heeft de [Diagnosethesaurus](#) in gebruik: dat is een hulpmiddel bij diagnoseregistratie door ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. De Diagnosethesaurus ondersteunt de arts bij het gestandaardiseerd vastleggen van diagnoses in het elektronisch patiëntendossier (EPD). De Diagnosethesaurus is een lijst met klinisch relevante diagnosetermen in de taal die medisch specialisten in de praktijk gebruiken. De geregistreerde diagnoses leiden (indien van toepassing) af naar de financieel georiënteerde codes (DBC-diagnosetyperingen) en naar ICD-10 codes. De lijst is gekoppeld aan de internationale standaard SNOMED CT ten behoeve van meervoudig gebruik. Doordat de NZa het gebruik van de ICD-10 in 2014 verplicht stelde, zijn de ziekenhuizen versneld de Diagnosethesaurus in gaan voeren en is er nu sprake van Eenheid van Taal voor wat betreft de diagnoses in de ziekenhuizen.

Domeinspecifiek

Wat opvalt is dus dat succesvolle toepassingen van Eenheid van Taal in de zorg vrijwel domeinspecifiek blijken en blijven. Dit komt voort uit een gedeelde informatiebehoefte binnen dat betreffende domein. Nu netwerkgorg en geneeskunde de norm worden volstaan domeinspecifieke oplossingen niet meer.

Eenheid van Taal in vier grote programma's

Tijdens het schrijven van deze notitie zijn vier grote programma's operationeel die de uitwisseling van informatie faciliteren:

- Programma Informatiestandaard Medicatieproces
- Programma Registratie aan de bron
- MedMij
- VIPP

Programma Informatiestandaard Medicatieproces

De Informatiestandaard Medicatieproces is een set van afspraken over eenduidige registratie en uitwisseling van medicatiegegevens. Met deze standaard kan informatie van het voorschrijven door de arts tot en met het gebruik door de patiënt worden uitgewisseld tussen de registratiesystemen van de verschillende zorgverleners en het persoonlijk gezondheidsdossier van de patiënt (bron: Nictiz). De informatiestandaard leunt zwaar op de eerder beschreven G-standaard en moet in de loop van 2018 door softwareleveranciers zijn geïmplementeerd.

Programma Registratie aan de bron

Alle vier de programma's kunnen alleen slagen indien er voldoende mate van Eenheid van Taal in de zorg is bereikt. Het programma Registratie aan de bron speelt hierbij zeer belangrijke rol bij. Het doel van Registratie aan de bron is het eenmalig, eenduidig vastleggen van patiënteninformatie tijdens het zorgproces voor meervoudig gebruik. Om dit doel te behalen moest zij bij gebrek aan Eenheid van Taal, bouwstenen ontwikkelen. Deze zogenaamde zorginformatiebouwstenen (zibs) worden gebruikt om inhoudelijke (niet technische) afspraken vast te leggen ten behoeve van het standaardiseren van informatie die wordt gebruikt in het zorgproces (Nictiz, 2017). In een zib wordt gedefinieerd hoe een medisch feit in context en met welke terminologie vastgelegd moet worden. Een groep van 26 zibs vormen tezamen de basis van de Basisgegevensset Zorg (BgZ). Dit is de minimale set van patiëntgegevens die specialisme, ziektebeeld en beroepsgroep overstijgend relevant is en die van belang is voor de continuïteit van zorg. De BgZ en het model van de zibs zijn in januari 2018 vastgesteld als dé informatiestandaarden voor de Nederlandse gezondheidszorg in het Informatieberaad zorg. Het programma was in 2014 een initiatief van de acht umc's en Nictiz. Sinds 2016 en 2017 werken ook respectievelijk NVZ en V&VN/FMS samen in het programma. Niet alleen Eenheid van Taal, maar vooral ook de implementatie van de standaarden en de benodigde gedrags- en organisatorische veranderingen bij zorgprofessionals en in zorginstellingen hebben de focus in het programma. Los van de BgZ kan het veld een set zibs gebruiken om een bepaalde use case te kunnen bedienen, zoals een complicatieregistratie.

MedMij

Het programma MedMij heeft als belangrijkste doel de burger de regie te geven over zijn gezondheidsgegevens middels een door de burger te selecteren Persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO).

Omdat gezondheidsinformatie uit verschillende bronnen de PGO van de burger zullen bereiken is Eenheid van Taal van groot belang. Binnen het MedMij programma is mede hierom gekozen gebruik te maken van de BgZ uit het programma Registratie aan de bron.

Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van andere domein-specifieke standaarden:

- iStandaarden ontwikkeld door het Zorginstituut Nederland
- Gegevensuitwisseling huisarts – patiënt
- eAfspraak, het online maken van een afspraak

VIPP

Het VIPP (Versnelling Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional) programma bestaat uit twee onderdelen: gegevensuitwisseling met de patiënt- en gegevensuitwisseling tussen professionals en met de patiënt rondom medicatie.

In het programma wordt gebruik gemaakt van bestaande standaarden: informatiestandaard medicatieproces en de BgZ. Op deze manier draagt het VIPP-programma bij aan brede invoering van beide standaarden en hiermee aan Eenheid van Taal voor de ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra.

Eenheid van Taal-standaarden op de lijst onomstreden bouwstenen van het IB

Er is naast de BgZ een aantal andere Eenheid van Taal-standaarden op de lijst van onomstreden bouwstenen van het Informatieberaad Zorg:

Nederlandse Labcodeset

Om antibiotica resistentie tegen te gaan is een snelle informatie-uitwisseling tussen laboratoria en RIVM noodzakelijk. Bij een uitbraak van resistentie micro-organismen in een laboratorium kan het RIVM dan snel de omliggende laboratoria waarschuwen zodat ze op tijd maatregelen kunnen nemen.

Cruciaal bij deze informatie-uitwisseling is dat de rapportage eenduidig gebeurt. Hiervoor hebben de NVMM, RIVM en Nictiz de labcodeset ontworpen waarin op basis van internationale medische terminologie SNOMED CT gerapporteerd wordt. Zodoende wordt Eenheid van Taal verkregen in het hele proces. De standaard bevindt zich nu in pilotfase.

Nationale Kernset

Begin 2018 is de Nationale Kernset van de V&VN door het Informatieberaad Zorg op de lijst met onomstreden bouwstenen geplaatst. Deze set creëert Eenheid van Taal tussen de verschillende verpleegkundige disciplines en classificaties. De set is gebaseerd op SNOMED CT en is gekoppeld (gemapt) aan Omaha Systems, Nanda en ICF. Verpleegkundigen kunnen verslagleggen met de kernset of met één van de drie classificaties. SNOMED CT fungeert als basis en als gedeeld woordenboek. De eerste pilots worden nu gestart.

Enkele voorbeelden waarbij Eenheid van Taal niet goed is geregeld

Labbepalingen

In laboratoria verlopen processen al decennia lang geautomatiseerd. Zo verloopt het aanvragen van bepalingen en het ontvangen van resultaten al langere tijd elektronisch. Toch zien we geregeld dat resultaten geleverd door bijvoorbeeld een ziekenhuis niet goed kunnen worden ingelezen door het HIS van de huisarts. Het gebeurt dat huisartsen dezelfde bepaling nogmaals laten uitvoeren door het eigen systeem en eigen lab om de uitslagen in waarden in het HIS te krijgen. De patiënt moet daarom nogmaals worden geprikt en een lab moet de analyse uitvoeren. Dit komt omdat er geen Eenheid van Taal is tussen de

labterminologie in het ziekenhuis en de terminologie die huisartsen gebruiken.

Overdracht naar de care

Bij de overdracht van een patiënt van het ziekenhuis naar het verpleeghuis wordt nog vaak via de fax gecommuniceerd. Als de transferverpleegkundige van het ziekenhuis al in staat is de overdracht van informatie elektronisch te verzenden, dan moet de ontvangende verpleegkundige die formulieren vaak met de hand intypen. De verpleegkundige moet de ontvanger gegevens uit het formulier met de hand overnemen in haar/zijn ECD. Bij dat overnemen moet de verpleegkundige of transfermedewerker de gegevens interpreteren.

Rode draad bij de voorbeelden

Opvallende zaken:

- Het meest gebruikt zijn de nationale standaarden, NGH-tabellen en de G-standaard.
- Bij alle voorbeelden is of was sprake van gebruik van een (achterliggende) internationale standaard.
 - In het primair proces zien we de internationale standaarden SNOMED CT en LOINC vaak terug.
 - In het secundair proces zien we vaak WHO classificaties terug.
- Eenheid van Taal-oplossingen in de zorg zijn meestal domein-specifiek. Veel domein specifieke oplossingen maken gebruik van de grote internationale medische terminologieën SNOMED CT en LOINC.

5 Barrières en oplossingen

In gesprek met stakeholders uit de zorg kwam een aantal barrières naar voren die een toename van Eenheid van Taal in de weg staan. Daar is op doorgevraagd en ook is er gevraagd naar manieren om deze barrières te slechten en te komen tot oplossingen. Ook is gevraagd welke randvoorwaarden geschapen moeten worden om de oplossingen in te zetten. Ze worden allen op hoofdlijnen besproken, een gedetailleerde weergave ervan is te vinden in bijlage 3.

Barrières

De meest gehoorde sta in de weg om tot een toename van Eenheid van Taal in de zorg te komen, is een gevoeld **gebrek aan urgentie**. Partijen in de zorg *onderkennen het belang van Eenheid van Taal nog niet* (of voelen het niet) of hebben het *te druk* om aandacht te besteden aan de stappen die nodig zijn voor het bereiken van Eenheid van Taal. Ook *levert werken aan Eenheid van Taal nu niets op*. Een droge constatering is dat het delen van informatie en het gezamenlijk zorgdragen voor de patiënt een organisatie nu financieel niets oplevert. Het ontbreekt vaak aan de wil om samen te werken als er geen opbrengsten zijn. En er is *geld nodig* om partijen in beweging te krijgen.

Een andere sta in de weg om tot meer Eenheid van Taal te komen is **onbekendheid met de mogelijkheden** van Eenheid van Taal. Het *bewustzijn* dat je van elkaars informatie (diagnose, medicatie, bepaalde uitslagen) gebruik kunt maken, ontbreekt nog bij een substantieel deel van zorgverleners. Een andere uiting van onbekendheid is de *angst voor nog meer registratielast*. Zorgverleners hebben het druk en nog meer werk om (anders) te registreren wordt gevreesd. Ook wordt het *verlies van autonomie* gevreesd. Partijen in de zorg zijn gehecht aan hun eigen lijsten aan de hand waarvan registratie plaatsvindt. Als dat in een andere lijst (terminologie) moet gaan plaatsvinden dan is er een zekere angst voor. Een andere angst die wordt genoemd, is de *angst voor verlies aan informatie* als standaardisatie (te) ver wordt doorgevoerd. Dit is terug te voeren op de keuzemogelijkheden die er zijn bij het leggen van formele relaties tussen terminologieën (koppelen/harmoniseren/standaardiseren; waarbij informatie verlies optreedt als verschillende terminologieën gekoppeld worden). Als laatste in deze categorie werd genoemd dat Eenheid van Taal als concept moeilijk is om te bevatten. Bestaande systemen faciliteren Eenheid van Taal nog niet op een gemakkelijke manier en in het dagelijks gebruik worden daardoor heel veel gegevens in een vrij tekstveld ingevoerd of worden aangeleverde gegevens niet alvast ingeladen in de standaard velden.

De laatste barrière om tot meer Eenheid van Taal in de zorg te komen kan gecategoriseerd worden als **gebrek aan consensus**. Een van de uitingen hiervan heeft betrekking op de eilandjescultuur die in de zorg heerst. Er zijn veel partijen die een *belang bij Eenheid van Taal hebben* en die bang zijn dat ze hun macht of hun invloed op dingen kwijtraken. Bovendien maakt Eenheid van Taal een aantal administratieve taken

overbodig en dus ook *mensen en organisaties die zich daar vervolgens tegen kunnen verzetten*.

En oplossingen

In de interviews met stakeholders is er doorgevraagd naar de manieren waarop de genoemde barrières mogelijk kunnen worden geslecht. De volgende centrale thema's worden genoemd: inzicht, doorzetten en in beweging komen.

Onder het thema inzicht worden oplossingen geschaard die ingaan op vergroting van het **inzicht in de (on)mogelijkheden** van Eenheid van Taal. Als zodanig kan het ook als tegenhanger gezien worden van het thema onbekendheid bij de barrières. Zo werd *inzicht in opbrengsten* genoemd als oplossing: Eenheid van Taal komt mogelijk niet van de grond doordat partijen aanlopen tegen opstartkosten, maar beseffen zich daarbij niet dat de huidige praktijk van dubbele registratie hen waarschijnlijk nog veel meer kost. Een andere oplossing die genoemd werd was het creëren van *duidelijkheid* rondom het concept Eenheid van Taal, inclusief kaders, zodat de te varen koers voor stakeholders inzichtelijk wordt. Tenslotte werd ook het creëren van *meer bewustzijn* genoemd als mogelijke oplossing: bewustwording van de verschillende belangen die hier spelen. Hiervoor zou je zogenaamde ambassadeurs kunnen inzetten uit de diverse domeinen.

Als tegenhanger van gebrek aan consensus is een ander centraal thema aan genoemde oplossingen **doorzettingskracht**. Eenheid van Taal wordt gezien als iets van de *lange adem*, iets wat niet op korte termijn gerealiseerd kan worden; het is meer een zaadje wat je in de hoofden van de stakeholders moet planten en in de vruchtbare grond van het Informatieberaad tot wasdom moet laten komen. Veel gehoord is dat het *Informatieberaad de aangewezen plek* is om het concept Eenheid van Taal verder te brengen, hoewel er ook geluiden klinken om het in een meer neutrale omgeving (zonder het belangenveld) door te ontwikkelen. Eenheid van Taal wordt gezien als iets van de zorginhoudelijke beroepsgroepen en moet niet overgenomen worden door de techniek of het beleid.

Een laatste oplossingsthema kan getypeerd worden als '**in beweging komen**'. Het bevat oplossingen voor gebrek aan urgentie. Als we verder willen komen met Eenheid van Taal zullen we het veld in hele klip en klare bewoordingen moeten voorhouden waar we mee bezig zijn, wat het doel is en welke stappen we moeten zetten. Het werkt het beste als we hele *kleine stapjes* zetten en op een overkoepelend niveau steeds bekijken of de volgende stap gezet kan worden. Wat ook bijdraagt aan het in beweging komen is het *faciliteren* van doorontwikkeling van Eenheid van Taal, bijvoorbeeld aan de hand van financiering beschikbaar stellen. Ook het showcasen van succesvolle Eenheid van Taal initiatieven (*voorbeeldprojecten*) kan helpen om het veld in beweging te laten komen. Als laatste wordt geopperd dat (het vooruitzicht op) het scheppen van kaders als *stimulans* kan werken om het veld in beweging te krijgen.

Onder de randvoorwaarde dat...

Naast de mogelijkheid om barrières en oplossingen voor Eenheid van Taal te benoemen, is stakeholders ook gevraagd onder welke randvoorwaarden Eenheid van Taal goed (door)ontwikkeld en gebruikt

zou kunnen worden. Daarin zijn een drietal centrale thema's te onderscheiden: aandacht voor implementatie en ondersteuning, samenwerking met softwareleveranciers, en sturing.

Aandacht voor implementatie en ondersteuning - Een randvoorwaarde voor het bereiken van Eenheid van Taal is aandacht voor wat er nodig is om informatiesystemen die Eenheid van Taal ondersteunen ook echt te gebruiken. Het gevaar dreigt dat vanaf beleidstafels besloten wordt tot implementatie, zonder voldoende besef wat daar de consequentie van is in de dagelijkse praktijk van de zorgverlener. Zeker met Eenheid van Taal gaat het om het gebruik in de dagelijkse praktijk door de zorgprofessional, en hoe deze daarin ondersteund wordt vanuit de systemen. Als je het niet goed ondersteunt, leg je alsnog een enorme registratielast bij de verkeerde partijen. Het gaat hierbij om technische ondersteuning, maar ook om procesmatige ondersteuning. Daarnaast is het van belang om bij de doorontwikkeling van Eenheid van Taal de juiste hulpmiddelen in te zetten, zoals zibs, die je nodig hebt bij hergebruik van informatie.

Samenwerking met softwareleveranciers - Vanuit stakeholders klinkt ook de roep om betere samenwerking met softwareleveranciers. Wat bijdraagt aan meer Eenheid van Taal is als softwareleveranciers bijdragen aan een gedeelde meerjarige visie voor wat betreft Eenheid van Taal, in plaats van het kortstondig vervullen van wensen van gebruikers. Zij zouden samen met de belangrijkste gebruikers (zorgverleners, zorgadministrateurs) prioriteiten moeten stellen voor meer uniformiteit.

Sturing – Goed hergebruik van informatie heeft de potentie om de belasting bij de zorggebruiker te verminderen. Bijvoorbeeld door eenmalig de anamnese vast te leggen en deze verderop in het zorgproces te hergebruiken, hoeft de zorggebruiker niet bij elke stap in het zorgproces dezelfde informatie aan te leveren. Deze bronregistratie toepassing van Eenheid van Taal heeft te maken met persoonsgegevens en privacy. Het ligt daarom voor de hand dat toepassing van Eenheid van Taal onderdeel gaat uitmaken van kwaliteitsbeleid van zorgverleners, bijvoorbeeld door normering of certificering. Als zodanig biedt dit ook mogelijkheden voor (toezichthoudende) instanties om hierop te sturen, zoals zorgverzekeraars en IGJ.

6 Roadmap en aanbevelingen

Er bestaat niet één oplossing om tot Eenheid van Taal te komen. Er zijn meerdere scenario's met daarin nog varianten denkbaar. Als een punt op de horizon is vastgesteld, is het mogelijk de koers te bepalen hoe men daar kan komen. Wij zien als punten op de horizon een grondplaat bestaande uit SNOMED CT/LOINC en gebruik van WHO-classificaties in secundaire toepassingen. Nieuwe standaarden moeten daar gebruik van maken, bestaande standaarden zullen er eerst mee koppelen en op termijn mee harmoniseren.

Het is naar onze mening nodig om een koers of roadmap uit te zetten om Eenheid van Taal te realiseren. Uit de rondgang in het veld is daartoe duidelijk ook de behoefte gebleken.

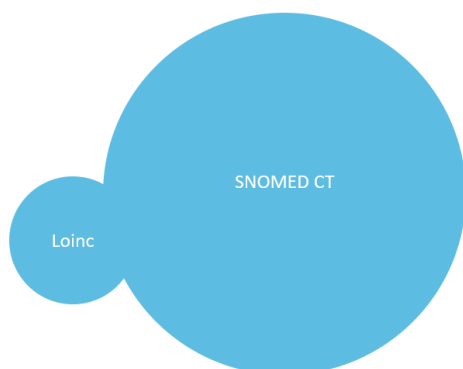
Bij het uitzetten van een koers is de eerste stap het bepalen van de bestemming. De bestemming bepaalt welke punten op de horizon we aanhouden. Als onze bestemming het realiseren is van Eenheid van Taal dan is het mogelijk de punt op de horizon te benoemen waar we op willen koersen en daar - al laverend - op af te stevenen. Soms met wind in de rug, soms met de wind schuin van voren.

In dit hoofdstuk doen wij een aanbeveling voor punten op de horizon om op te koersen en navigatie. Ook geven we aan welke onderhoudsdokken en aanlegshavens er beschikbaar zijn als metafoor voor respectievelijk Eenheid van Taal tussenproducten of mijlpalen.

Eerste punt op de horizon

Wat zou dan concreet de punt op de horizon moeten zijn? Als we als eerste Eenheid van Taal in het primair proces beschouwen dan zien wij dit als punt op de horizon:

In 2023 vormt de combinatie SNOMED CT en LOINC de grondplaat van Eenheid van Taal in het primaire proces in de zorg.



Figuur 12 – Stip op de horizon: grondplaat Eenheid van Taal

De SNOMED CT / LOINC combinatie fungeert dan als het gedeelde woordenboek zoals omschreven in de definitie. We noemen dit de grondplaat van Eenheid van Taal (Figuur 12).

Dit gedeelde of centrale woordenboek om verder te kunnen bouwen zodat zorgdomeinen ook onderling eenduidige gegevens kunnen uitwisselen, wordt door RIVM en Nictiz 'grondplaat' genoemd. De grondplaat bestaat in eerste instantie uit de internationale, medische referentie terminologieën SNOMED CT en LOINC. Deze samenwerkende terminologieën dekken het grootste deel van de medische - en verpleegkundige zorg. De verwachting is dat de alliantie van beide terminologieën de komende jaren uitgebreid wordt met terminologieën voor onder andere genetica en het sociale domein.

De grondplaat dient als basis om connecties tussen verschillende zorgdomeinen te kunnen faciliteren zonder dat er zorginformatie verloren gaat. De grondplaat biedt mogelijkheden voor het mappen van bestaande standaarden als ook het creëren van een specifieke use case gedreven set met termen.

Opgemerkt dient te worden dat de grondplaat niet alles zal en kan afdekken. Het kan wel alles afdekken wat wij nu als belangrijkste scope voor Eenheid van Taal beschouwen, namelijk zorginhoud.

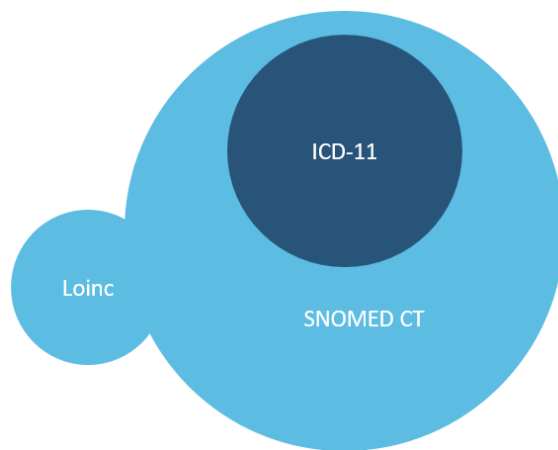
Tweede punt op de horizon

Voor Eenheid van Taal in de laag van het secundaire proces zien we het volgende als punt op de horizon:

In 2026 vormen de classificaties van de WHO-familie van internationale classificaties de basis van Eenheid van Taal in het secundair proces.

De belangrijkste use case van de terminologieën in het secundaire proces in de zorg is rapportage, hetzij financieel, statistisch, of voor kwaliteitsdoeleinden. De WHO-familie van internationale classificaties biedt een set van samenhangende gezondheidsclassificaties die het hele zorgdomein bestrijken. Gebruik van deze set in het secundaire proces in de zorg – in aanvulling op de terminologieën uit de grondplaat – levert beter vergelijkbare data op. Dit geldt op nationaal niveau maar ook op internationaal niveau.

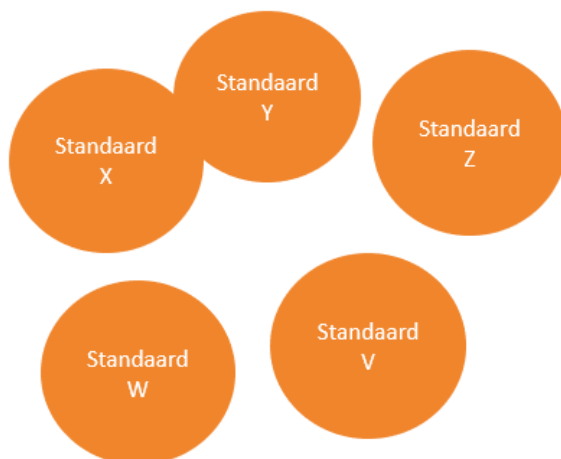
Daarnaast hebben SNOMED International en de WHO al geruime tijd een samenwerking om de afleiding (mapping) van SNOMED CT naar ICD-10 en later naar ICD-11 (Figuur 13) te garanderen en naar andere leden van de WHO-familie van internationale classificaties. Dit maakt het voor de hand liggend dit als een stip op de horizon voor het secundair proces te benoemen.



Figuur 13 - Stip op de horizon voor de secundaire laag

Eerste actie (2018): navigatie instellen

Het Informatieberaad kan als navigator optreden door nu al zowel de bestemming als de punt op de horizon vast te stellen. Als deze beiden eenmaal vastgelegd zijn kunnen nieuwe voorstellen die aan het



Figuur 14 - Eiland standaardisatie

Informatieberaad voorgelegd worden getoetst worden aan de voorgenomen koers, dat wil zeggen de uitgangspunten van Eenheid van Taal.

Het verlaten van de haven; standaardisatie in Nederlandse context

De Nederlandse zorg is in hoge mate gedigitaliseerd. Doordat zorgdomeinen vaak als een soort eilanden zijn georganiseerd, heeft er ook een soort 'eilandautomatisering' plaatsgevonden. Dit leidde vervolgens tot eiland-standaardisatie. Zo is er voor elk zorgdomein wel een specifieke semantische standaard. Figuur 14 illustreert dat er veel verschillende Nederlandse standaarden zijn die voorzien in deels dezelfde informatiebehoefte en die vaker niet dan wel aan elkaar zijn gekoppeld. We voorzien dat alleen de standaarden overleven die in staat

zijn om eenduidig informatie uit te wisselen. Alleen die standaarden kunnen naast elkaar bestaan.

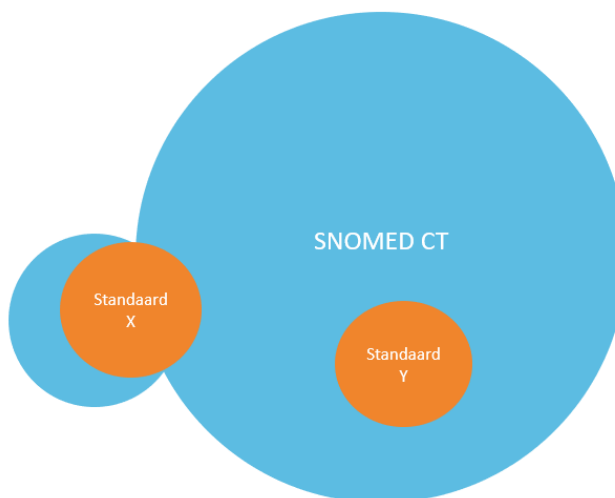
In het tijdperk van netwerkzorg met een centrale rol voor de patiënt moet de content (inhoud) gestandaardiseerd worden over de domeinen (eilanden) heen. In het door ons geschetste punt op de horizon zijn de Nederlandse standaarden met hun content verankerd op de grondplaat. De verankering op de grondplaat impliceert dat zij eenduidig (moeten kunnen gaan) uitwisselen. Figuur 15 illustreert dit.

Dit gefragmenteerde standaarden landschap uit figuur 14 moet dus in beweging komen. Maar er zijn verschillende omstandigheden waarbij het juist **loont** of **noodzakelijk is** een stap te maken richting de punten op de horizon. We beschrijven verschillende mogelijkheden. Als eerste relatief voor de hand liggende kansen voor Eenheid van Taal.

Eerste aanleghavens (2018 - 2020)

We zien vier terreinen waar relatief snel de eerste stappen naar meer Eenheid van Taal kunnen worden genomen.

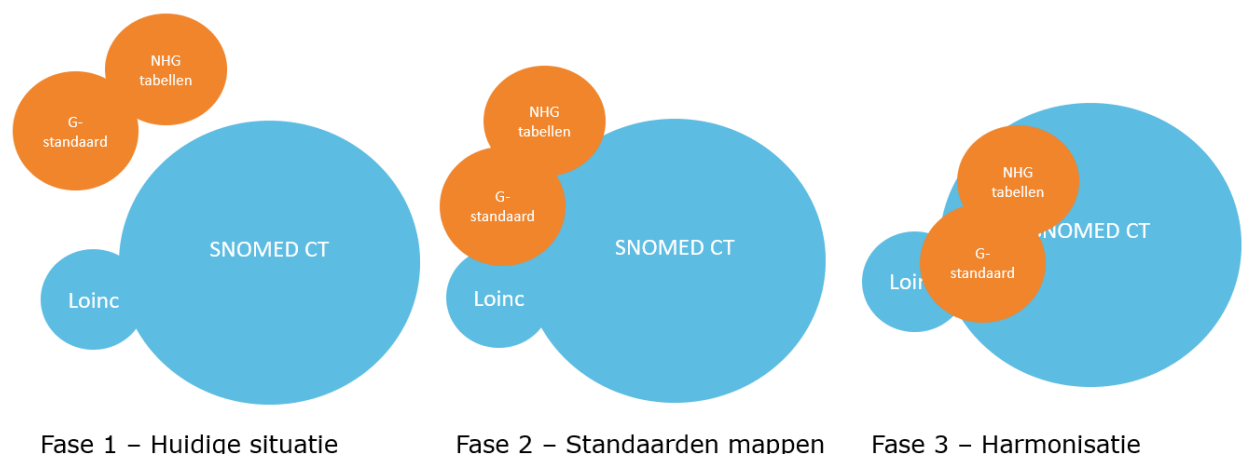
1. Als eerste zien we bij **de vier grote programma's** van het Informatieberaad Zorg dat er doelen benoemd zijn die alleen kunnen worden behaald als Eenheid van Taal wordt gerealiseerd. In programma's wordt de BgZ of losse zibs voorgeschreven. Zibs maken - daar waar zinvol - al gebruik van de beschreven grondplaat standaarden. Belangrijk voor het realiseren van Eenheid van Taal is echter wel dat er gestuurd wordt op daadwerkelijke implementatie van voorgeschreven standaarden.
2. Zorgdomeinen waar de zorginformatie nog niet of amper is gestandaardiseerd, en dat wel willen doen, **kiezen meteen voor Eenheid van Taal** m.b.v. de SNOMED CT/LOINC combinatie. Voorbeelden hiervan zijn de Nationale Kernset van de V&VN (Standaard X in Figuur 15) en de Labterminologie van de NVKC/NVMM (Standaard Y in Figuur 15). Dat een beroepsgroep een standaard vaststelt wil niet automatisch zeggen dat het hele veld zich hier aan zal houden. Het Informatieberaad Zorg kan toezien op daadwerkelijk gebruik.
3. **Patiëntvriendelijke termen** zijn noodzakelijk in portals en PGO's. Tot nu toe zijn circa 300 aandoeningen van Zorgkaart Nederland (zogenaamd patiëntvriendelijke termen) gekoppeld aan de medische



Figuur 15 - Nederlandse standaarden op de grondplaat

terminologie SNOMED CT. Omdat SNOMED CT ook een ontologie is het mogelijk deze 300 patiëntvriendelijke termen logisch te koppelen aan een veelvoud van medische termen welke meestal specifieker zijn. Er zijn nog meer aandoeningen en soorten patiëntvriendelijke termen die aan SNOMED CT gekoppeld kunnen worden

4. Voor **zorgdomeinen die al een lange traditie kennen van automatisering**, zoals huisartsen en apothekers, vergt het meer energie hun terminologie aan te passen aan het doel van Eenheid van Taal. Koppelen door middel van mapping met SNOMED CT/LOINC combinatie zijn hier meest waarschijnlijke scenario's om als eerste te realiseren (Fase 2 in Figuur 16; zie ook de uitwerking van de scenario's in bijlage 4). Belangrijk uitgangspunt hierbij moet zijn dat de betreffende zorgverleners in hun dagelijkse werkzaamheden hier niets van merken. Er zullen bijvoorbeeld geen nieuwe aandoeningen voor de huisarts bij komen. Het werk speelt zich dan ook voornamelijk onder de motorkap af. In dit licht is het gunstig te noemen dat er al ontwikkelingen in Nederland gaande zijn. Bijvoorbeeld, de ontwikkeling van ICPC-3, codetabellen zoals deze door huisartsen worden gebruikt maar welke (onder water) voorzien worden van koppelingen naar SNOMED CT-termen.



Figuur 16 – Groeiscenario voor de 'oude' standaarden NHG-tabellen (ICPC-1) en de G-standaard

Het onderhoudsdok (2018 – 2021)

Er is een aantal Eenheid van Taal (tussen)producten die nodig zijn om het vervolg van de koers in te kunnen zetten. We bevelen het volgende aan:

Instrumenteel

- Stel SNOMED CT in combinatie met LOINC beschikbaar als centraal woordenboek voor gebruik in het primaire proces. Partijen die over willen stappen naar SNOMED CT/LOINC als terminologie moeten

daarin gefaciliteerd worden. Mogelijke partijen zijn: zorginstellingen, kwaliteitsregisters en leveranciers;;

- Stel koppelingen beschikbaar tussen referentie terminologieën, codestelsels en classificaties die met publiek geld gefinancierd worden; verschillende classificaties, codestelsels en/of terminologieën die voorzien in dezelfde informatiebehoefte kunnen alleen naast elkaar bestaan als ze soortgelijke concepten eenduidig uit kunnen wisselen;
- Waardenlijsten (standaarden, terminologieën, classificaties) die met publiek geld worden onderhouden zouden daarvoor als eerste in aanmerking moeten komen. Voor zover deze koppelingen er nog niet zijn, moeten ze gemaakt worden. Centrale woordenboek is SNOMED CT/LOINC. Bij het beheer van de koppelingen moeten gebruikers betrokken zijn.
- Leg vast dat bij uitwisselen in de keten bij vastgestelde categorieën van gegevens SNOMED CT/LOINC gebruikt moet worden.

Doorzettingskracht

De patiënt staat centraal, dat moet ook tot uitdrukking komen in de semantische standaardisatie; rondom de patiënt zal immers veel informatie bij elkaar gebracht worden.

- Toets daarom in het Informatieberaad alle nieuwe voorstellen voor projecten, standaarden e.d. aan de gedefinieerde punt op de horizon: grondplaat Eenheid van Taal. Indien er in het voorstel sprake is van standaardisatie van content dan moet het aan het uitgangspunt van Eenheid van Taal voldoen. Neem daarin de FAIR principes mee (Findable, Accessible, Interoperable, Reusable);
- Maak Eenheid van Taal een centraal thema binnen het Informatieberaad; het loopt als rode draad door de vier grote programma's heen. Stuur op het gebruik van zibs, ook buiten de grote programma's om.
- Richt een plek in waar Eenheid van Taal initiatieven geshowcased kunnen worden; voordeel daarvan is dat alleen gemotiveerde partijen dat zullen doen. Beloon lef! - Goede voorbeelden doen volgen: leer van kleine initiatieven. Schaal op indien mogelijk; stel bij indien noodzakelijk.

Inzicht

- En om het inzicht in Eenheid van Taal te vergroten (onbegrip/onwetendheid in het veld te verkleinen) zouden er in verschillende zorgdomeinen en beroepsgroepen Eenheid van Taal-ambassadeurs aangezocht moeten worden die over Eenheid van Taal kunnen voorlichten en propaganderen;
- Adresseer de kritiekpunten op Eenheid van Taal: onderzoek of de vrees voor informatieverlies/context kan worden weggenomen; maak het belangenveld rondom Eenheid van Taal openbaar en spreek organisaties aan op hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de informatievoorziening in de zorg.

Rol van de wetenschappelijke vereniging

Het gegeven dat de standaarden van de grondplaat meer dan elke andere standaard gaan over het werk van de zorgverlener zorgt er nu al voor dat wetenschappelijke verenigingen van kwaliteitsregisters en softwareleveranciers eisen dat de betreffende standaarden worden ingebouwd.

Begin 2018 betreft dat nog maar een handvol wetenschappelijke verenigingen. De vraag om een actieve rol aan te nemen in het onderhoud van koppelingen tussen veelgebruikte terminologieën van de betreffende wetenschappelijke verenigingen kan dat aantal door bewustwording snel doen stijgen.

Stimuleer samenwerking tussen standaarden

Er zijn veel standaardorganisaties. We zien internationaal dat steeds meer standaarden samenwerken en sommige opgaan in de grote standaarden SNOMED CT en LOINC (Orphanet, CPT, Radlex). In Nederland ligt verdergaande samenwerking voor de hand. Door de verschillende business modellen van standaarden is dit niet gemakkelijk. Ministerie VWS die SNOMED CT en ICD-10 al financiert kan bij andere standaarden op meer samenwerking aandringen en daar, indien noodzakelijk, ook financiële consequenties aan verbinden.

- Kennis van en ervaring met terminologie en classificatiestandaarden is vrij zeldzaam en erg versnipperd. Stimuleer dat deze mensen samenwerken om zo aan schaalvergroting te kunnen doen;
- Als eerste dient er een overzicht te komen van de semantische standaarden incl. business modellen en eventuele (onderzoeks)subsidies van diverse partijen.

Rol van de leveranciers

Implementatie van Eenheid van Taal kan niet zonder de softwareleveranciers. Het aanpassen van software zodat het ook met gedeelde woordenboeken om kan gaan (de basisplaat) is een investering. Lang niet alle leveranciers hebben baat bij internationale standaarden of innovatieve mogelijkheden, zoals AI, die eerder binnen bereik komen.

Leveranciers kunnen door subsidies worden gestimuleerd om te investeren. Middels regelgeving die voorschrijft dat standaarden van de basisplaat gebruikt moeten worden bij uitwisseling in de keten is het ook mogelijk de leveranciers de nodige aanpassingen te laten maken.

Onderzoek de mogelijkheid voor landelijke terminologieservice

Om leveranciers te faciliteren bij de overgang naar Eenheid van Taal valt te overwegen een nationale terminologieservice beschikbaar te maken. Met een terminologieservice kunnen leveranciers in de overgangsfase mappings tussen standaarden ophalen om zo zorginformatie te kunnen versturen (primaire proces) of om te verwerken (secundaire proces). Daarnaast zullen de leveranciers met een terminologieservice altijd over de laatste versie van een terminologie kunnen beschikken. Het is nu gebruikelijk dat van een terminologie als SNOMED CT elke half jaar een nieuwe versie uitkomt. De verwachting is dat dit in de nabije toekomst opgevoerd wordt naar maandelijkse of zelfs dagelijkse updates. In het primaire proces kan men namelijk niet lang wachten voordat een nieuwe

term/code gebruikt kan worden. Nu al wordt de G-standaard maandelijks uitgeleverd. En dat geldt ook voor SNOMED CT in landen waar deze terminologie voor medicatie gebruikt wordt.

Eenheid van Taal onderdeel van een kwaliteitssysteem?

Onderzoek of Eenheid van Taal onderdeel kan worden van het kwaliteitssysteem in de zorg. Hierbij valt te denken aan de mogelijkheid partijen een inspanningsverplichting voor wat betreft Eenheid van Taal op te leggen. Zou het bijvoorbeeld deel uit kunnen maken van een NEN-norm? Dossiervoering in de gezondheidszorg N7510. Een andere mogelijkheid is de verplichting om in elke informatiestandaard verplicht een paragraaf over Eenheid van Taal op te nemen. Leveranciers kunnen aan kwaliteitseisen gehouden worden door het aantonen van de semantische interoperabiliteit van een toepassing: showcasen! Aantonen dat het werkt zoals de leveranciers zegt zoals het werkt.

Het eerste punt op de horizon in zicht (2020-2022)

Uiteindelijk maken alle standaarden uit het primaire proces gebruik van de grondplaat (Fase 3 in Figuur 16; zie ook de uitwerking van de scenario's in bijlage 4). Wij denken dat dat met behoud van identiteit van de zorgverleners uit de verschillende zorgdomeinen kan plaatsvinden. Dat wil niet zeggen dat de standaarden door SNOMED CT/LOINC worden vervangen of overgenomen, maar dat de standaarden gebruik maken van SNOMED CT/LOINC als infrastructuur, door koppelen, harmoniseren of standaardiseren. De focus wordt dan verplaatst van ontwikkelen naar het beheren van betreffende domein-specifieke content met behulp van SNOMED CT/LOINC.

In Engeland heeft men hier inmiddels ruime ervaring mee opgedaan. We weten nu dat het geen makkelijke verandering is en dat de organisaties van huisartsen en de leveranciers veel tijd en resources nodig hebben om standaarden respectievelijk informatiesystemen aan te passen. In bijlage 4 sommen we de voor- en de nadelen van de verschillende scenario's op.

Koers verlegd: op naar tweede punt op de horizon (2023 – 2025)

In 2026 vormen de classificaties van de WHO-familie van internationale classificaties de basis van Eenheid van Taal in het secundair proces. De belangrijkste use case van de terminologieën in het secundaire proces in de zorg is rapportage, hetzij financieel, statistisch, of voor kwaliteitsdoeleinden. De WHO-familie van internationale classificaties biedt een set van samenhangende gezondheidsclassificaties die het hele zorgdomein bestrijken. Gebruik van deze set in het secundaire proces in de zorg – in aanvulling op de terminologieën uit de grondplaat – levert beter vergelijkbare data op. Dit geldt op nationaal niveau maar ook op internationaal niveau.

Dit tweede punt op de horizon ligt om meerdere redenen verder weg. Ten eerste om de beroepsgroepen goed de gelegenheid te geven de mappings tussen de terminologieën uit de grondplaat en die uit het secundaire proces goed te kunnen valideren. Ten tweede om de

implementatielast te spreiden (niet gelijktijdig de grondplaat en de classificatie-afleiding invoeren). En ten derde om lessons learned uit de realisatiefase van de grondplaat mee te kunnen nemen bij deze implementatie. Daarnaast blijven de eerder aanbevolen (tussen)producten nog steeds van 'kracht'.

Een uitgebreidere beschrijving van de roadmap met tussenproducten en mijlpalen en aangevuld met mogelijke uitvoerders, fasering, verwachte inspanning en opbrengsten is bijgevoegd als separaat document 'Roadmap Eenheid van Taal in de Zorg'.

Bijlage 1 – Aanpak

De opdracht is uitgevoerd door middel van literatuuronderzoek, desk research, en door de interactie aan te gaan met stakeholders. Dit laatste had de vorm van een enquête, focusgroepbijeenkomst, en het houden van diepte-interviews met stakeholders.

Literatuuronderzoek & desk research

Een 'scoping review' van de literatuur op het vlak van Eenheid van Taal is gebruikt om de breedte van het onderwerp af te bakenen. Onderdeel van de opdracht was om stakeholders te identificeren en hen te betrekken bij het onderzoek, om zo de ervaren problematiek ten aanzien van (het ontbreken van) Eenheid van Taal te baseren op de praktijk en om het draagvlak van eventueel te nemen maatregelen te vergroten. Stakeholders zijn geselecteerd uit de groepen (branche-organisaties van) zorgverleners, zorgconsumenten, dataconsumenten, software leveranciers, beleidmakers. De programmaleiders van de vier grote programma's onder het Informatieberaad behoren ook tot de stakeholders. Een lijst van geselecteerde stakeholders is opgenomen in bijlage 2.

Enquête

Geselecteerde stakeholders werd gevraagd om een online enquête in te vullen.. De resultaten van de enquête zijn – op hoofdlijnen – gebruikt om de focusgroepbijeenkomst in te richten, en als middel bij het richting geven aan de diepte-interviews. In totaal hebben 36 personen van de geselecteerde stakeholders de enquête ingevuld. De ingevulde enquêtes werden in een database opgeslagen, van waaruit deze zijn opgewerkt tot geaggregeerde resultaten. Hiervoor werd het programma MS Excel gebruikt.

Focusgroepbijeenkomst

Doel van de focusgroep was om met stakeholders het nut van en de behoefte aan Eenheid van Taal in de zorg te inventariseren. Hiervoor werd een '[wereldcafé](#)' opzet gebruikt. In interactieve sessies werden ervaringen opgehaald, werd samen geïnventariseerd waar problemen liggen, en werd getracht deze te prioriteren. Een 18-tal stakeholders namen deel aan de focusgroepbijeenkomst. De opbrengst van de focusgroepbijeenkomst is opgenomen als bijlage 5.

Diepte-interviews

Ten slotte zijn er met een 12-tal stakeholders diepte-interviews gehouden. De resultaten van de interviews (alleen barrières, oplossingen en randvoorwaarden) vragen zijn geanonimiseerd bijgevoegd in bijlage 3. De transcripties van de interviews zijn vervolgens met kwalitatieve analyse technieken bewerkt om gedeelde thema's te identificeren in de verschillende interviews. Hiervoor is het programma Atlas.ti gebruikt.

Begeleidingsgroep

De totstandkoming van deze notitie vond plaats onder begeleiding van een selectie van Kerngroepleden van het Informatieberaad, te weten: Federatie Medisch Specialist (FMS), GGZ Nederland, Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU), het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), de Patiëntenfederatie (PF), en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De opdracht aan deze begeleidingsgroep was kritisch te reflecteren op de inhoud en de richting van de beleidsnotitie, die hen in enkele iteraties werd voorgelegd.

Uitvoering

Uitvoerende partijen van deze opdracht zijn RIVM en Nictiz, met RIVM als penvoerende partij. Nictiz heeft formeel de rol van onderaannemer, maar heeft bij de vervulling van de opdracht een gelijkwaardige rol gespeeld.

Formele opdrachtverstrekking vond plaats in februari 2017. Uitvoering van de opdracht vond plaats in de periode maart 2017 tot en met maart 2018. De enquête is uitgezet vanaf november 2017, de focusgroepbijeenkomst vond plaats op 8 december 2017, en de diepte-interviews vonden hoofdzakelijk daaropvolgend plaats; in december 2017, en januari en februari 2018.

Bijlage 2 – Samenstelling gremia

	Geïnterviewd	Enquête ingevuld	bijgewoond	Begeleidingsgroep
CBS		Ja	Ja	
DICA	Ja	Ja	Ja	
Federatie Medisch Specialisten	Ja			Ja
GGZ Nederland				Ja
HL7 NL		Ja	Ja	
IGZ		Ja		
IHE		Ja	Ja	
IKNL		Ja	Ja	
KING		Ja	Ja	
KNGF		Ja		
KNMP		Ja	Ja	
LHV		Ja		
Medicatieveiligheid	Ja	Ja		
NEN		Ja		
NFU				Ja
NHG	Ja	Ja		Ja
Nictiz		Ja	Ja	
NVVC			Ja	
NVvR		Ja	Ja	
NVMM		Ja	Ja	
NZA		Ja	Ja	
OIZ/Promedico	Ja			
OIZ/Vanad Group	Ja			
Omaha/Vilans		Ja	Ja	
Patiëntenfederatie	Ja	Ja	Ja	Ja
Programma Registratie aan de Bron	Ja			
Registratie aan de Bron (architectuur)	Ja	Ja		
RIVM		Ja	Ja	
RSO Nederland		Ja		
V&VN		Ja	Ja	
VDIR (Nanda/Nic/Noc)		Ja	Ja	
Vektis		Ja	Ja	
VIPP (NVZ)	Ja	Ja		
VWS	Ja	Ja	Ja	
VZVZ		Ja	Ja	
ZIN	Ja	Ja		
ZN				Ja

Bijlage 3 – Interview resultaten - barrières, oplossingen, randvoorwaarden (geanonimiseerd)

Barrières en oplossingen

- Alle verschillende bij Eenheid van Taal betrokken partijen kijken door hun eigen bril naar de realiteit. En als je met elkaar die realiteit wilt modelleren in een standaard, en elke partij kijkt door zijn eigen bril, dan levert dat problemen op. Deze barrière kun je oplossen door voldoende (dus veel) tijd te stoppen in respecteren hoe alle verschillende bij Eenheid van Taal betrokken partijen op hun eigen manier naar hetzelfde kijken voordat je er iets zinnigs over kunt standaardiseren.
- Veel belangrijke actoren (niet alleen in ziekenhuizen) hebben het te druk om aandacht te besteden aan de stappen die nodig zijn voor het bereiken van Eenheid van Taal. Deze barrière kun je oplossen door kleine stappen te nemen. Tijdens dit proces zal iemand iets moeten voorfinancieren want anders gaat iedereen wachten. Van belang daarbij is om de zorgprofessional te vinden die erin gelooft en ziet dat hij er in kan winnen. Voorbeeldprojecten helpen daar zeker bij.
- Het bewustzijn dat je van elkaars informatie (diagnose, medicatie, bepaalde uitslagen) gebruik kunt maken, ontbreekt nog.
- In Nederland hebben we nationale standaarden, dus die worden door alle systemen ondersteund, maar die systemen doen er vaak niets mee (ze sturen informatie niet door of de ontvangende kant doet er niets mee). Deze barrière kun je oplossen door de systemen en organisaties er rijp voor te maken om het hergebruik van de formele stukken waar nationale standaarden voor zijn nu eens serieus aan te pakken. Tenzij de medische specialisten en huisartsen zeggen dat zij er geen behoefte aan hebben; dat is soms ook saillant.
- Zolang eilandjes blijven bestaan en organisaties op zichzelf kunnen blijven drijven, is de onderlinge communicatie niet de hoogste prioriteit. De persoonsgerichte zorg en het feit dat de patiënt meer informatieoverzicht en op lange termijn misschien meer beheer gaat krijgen, bieden kansen voor Eenheid van Taal. Maar op dit moment is er geen urgentie. En de investeringen zitten in de organisatie zelf.
- Het delen van informatie en het gezamenlijk zorgdragen voor de patiënt levert een organisatie financieel niets op. Je kunt heel erg hard inzetten op Eenheid van Taal, maar als de samenwerking niet tot stand komt, om wat voor reden dan ook, dan blijft die Eenheid van Taal als vehikel in de lucht hangen. Het ontbreekt vaak aan de wil om samen te werken. Deze barrière kun je oplossen door bewustzijn te creëren over de voordelen en de risico's.

- Registreren kan voor de professional behoorlijk belastend zijn. Dat wordt weleens onderschat. Het wordt ook weleens te mooi gemaakt voordat het geïmplementeerd wordt ('je klikt het aan en dan gebeurt er onder water drie keer dat'). Deze barrière kun je oplossen door veel aandacht te besteden aan implementatie en daarbij Eenheid van Taal en het registreren zo gemakkelijk mogelijk te maken.
- Überhaupt het registreren is al een probleem; zorgverleners hebben het druk, zijn niet gemotiveerd of willen hun eigen systemen niet los laten. Deze barrière kun je oplossen door te benadrukken dat we met zijn allen registreren voor een bepaald doel (eenmalige registratie, meervoudig gebruik).
- Je ziet vaak dat sectoren geld nodig hebben van buitenaf om zaken te veranderen. Dat zou dan van VWS moeten komen.
- Professionals en organisaties hebben de autonomie om zelf te beslissen of ze Eenheid van Taal wel of niet willen gebruiken. Deze barrière kun je oplossen door doorzettingsmacht. De inspectie kan daar een rol bij spelen. Ook sturingsmechanismen kunnen helpen.
- Het is lastig om patiënten en zorgverleners mee te krijgen in hetzelfde tempo. Men is het niet gewend om door Eenheid van Taal informatie te hergebruiken. Deze barrière kun je oplossen door in de opleiding van de zorgverleners veel meer aandacht te besteden aan Eenheid van Taal, showcases te ontwikkelen of collega-zorgverleners en patiënten als ambassadeur inzetten.
- We zijn gewend in de zorg om in eilandjes te denken. Centrale sturing zou helpen om deze barrière op te lossen, zeker als je het over financiën hebt.
- Eenheid van Taal betekent ook zorgverleners in een bepaald keurslijf duwen; het registreren moet op een bepaalde manier. Zorgverleners raken bij registreren hun vrije tekst of eigen lijstje kwijt, waar ze toch aan verknocht en gewend zijn. Dat vereist een enorme verandering bij de zorgverlener wat weerstand kan oproepen. Het overwinnen van weerstanden helpt om deze barrière op te lossen.
- Systemen voor bevorderen van Eenheid van Taal worden vaak niet gebruikt zoals bij het grootste deel van de academische huizen. Deze barrière kun je oplossen door ervoor te zorgen dat de doelgroepen de ontwikkelde systemen voor het bevorderen van Eenheid van Taal daadwerkelijk gaan gebruiken (implementatie-inspanning).
- Er is nog gebrek aan consensus in het zorgveld. Deze barrière kun je oplossen door bij betrokken partijen het gevoel te creëren dat zij echt de kant van Eenheid van Taal op moeten. Dat kan door te benadrukken wat Eenheid van Taal kan opleveren (onafhankelijker worden van je softwareleverancier, gemakkelijker informatie delen).
- Iedere instelling heeft haar eigen agenda; er komen steeds andere doelstellingen tussendoor die worden nagestreefd. Focus op een aantal specifieke doelstellingen in de zorg waaronder Eenheid van Taal kan helpen om deze barrière op te lossen. Het informatieberaad zou naar het veld moeten

communiceren dat Eenheid van Taal een van de doelstellingen is en oproepen daaraan te werken en niet nog andere doelstellingen te bedenken, maar alles in het werk stellen voor deze doelstellingen en niets anders. Ook de verzekeraars zouden door moeten pakken met financiering van doelstellingen die er nu liggen.

- Eenheid van Taal wordt te ingewikkeld gemaakt. Deze barrière kun je oplossen door met simpele dingen te beginnen zoals mensen uitleggen wat gaat dit voor je betekenen. En ook echt vertalen naar de plussen en de minnen voor het zorgveld en deze simpel uitleggen. Nictiz zou dit moeten oppakken.
- Er zijn te veel partijen die een belang bij Eenheid van Taal hebben en die bang zijn dat ze hun macht of hun invloed op dingen kwijtraken. Partijen die iets opstarten zijn vaak ook erg vasthoudend aan wat ze bedacht hebben en staan niet open voor of het bij andere partijen misschien anders is. Deze barrière kun je oplossen door te proberen het onderwerp bij die belangen vandaan te halen en te streven naar iets wat voldoende neutraal is en wordt uitgevoerd door een partij die neutraal is.
- Als je tot één taal komt door heel sterk standaardiseren dan loop je ook het risico dat je veel waardevolle informatie mist.
- Soms is diversiteit bedoeld, dan is het een bewuste keuze en die kun je dus ook niet synchroniseren. Deze barrière kun je oplossen door de betekenis, de aard, de omvang en de herkomst mee te geven met het gegevenselement (code achter gegevenselement die al die informatie bevat).
- Eenheid van Taal maakt een aantal zaken overbodig en dus ook mensen en organisaties die zich daar vervolgens tegen kunnen verzetten. Deze barrière kun je oplossen door te proberen verandering te managen: begrip te hebben voor de positie en de transitiepijn van deze overbodige partijen, tijd te nemen voor de transitie en sommige zaken te laten rusten.
- Bestaande systemen faciliteren Eenheid van Taal nog niet op een gemakkelijke manier en in het dagelijks gebruik worden daardoor heel veel gegevens in een vrij tekstveld ingevoerd of worden aangeleverde gegevens niet alvast ingeladen in de standaard velden. Maximaal ondersteunende systemen zouden deze barrière kunnen oplossen.
- Er zijn steeds meer zorginstellingen, vooral in de ggz, die zelf aan de slag gaan met koppelingen maken en eigen thesauri bedenken. Zo komen we steeds verder af van uniformiteit.
- Er is onbekendheid over beschikbare hulpmiddelen om Eenheid van Taal te bereiken. Deze barrière kun je oplossen met behulp van ambassadeurswerk.
- In het ziekenhuis en op de werkvloer wordt heel veel dubbel geregistreerd en dat kost veel geld. Het bezwaar dat geuit wordt, is dat het streven naar Eenheid van Taal duur is. Dat klopt maar wat er nu gebeurt, is nog veel duurder. Instellingen kunnen het zelf ruimschoots financieren.
- Als partijen zoals koepels, patiëntenverenigingen, verzekeraars en zorgprofessionals de handen ineenslaan en allemaal zien dat Eenheid van Taal

de zorg in Nederland echt een stap verder helpt, dan ontstaat echt een stroming in de goede richting.

- De koepels moeten aangeven dat zij samenwerking en ontschotting tussen de eerste en tweede lijn belangrijk vinden.
- VWS kan helpen door wat ze nu doen: de partijen bij elkaar houden.
- Wat er nodig is om Eenheid van Taal in de zorg te bereiken, is doorzettingsmacht in het sturen van professionals in de richting van meer Eenheid van Taal in de vorm van afspraken over een uniforme aanpak. Daarvoor moet de inspectie controleren op het juiste niveau.
- Wat zou kunnen bijdragen aan meer Eenheid van Taal is als leveranciers zich nog meer verenigen om samen prioriteiten te stellen voor meer uniformiteit.
- Nictiz kan bijdragen aan Eenheid van Taal door gedragen informatiestandaarden te maken. Dat zijn informatiestandaarden die mensen ook echt ondersteunen doordat ze betrokken zijn bij het opstellen van die standaarden.
- Zorgverzekeraars Nederland zou kunnen bijdragen aan Eenheid van Taal door middel van geld en stimulering (geen geld in andere dingen steken, daar moeten ze vereisten aan stellen).
- Het ministerie van VWS kan Eenheid van Taal stimuleren door subsidies (geven dan wel onthouden). Dat moet dan wel heel strak geformuleerd worden.
- Nictiz kan meer bijdragen aan Eenheid van Taal door 100 procent duidelijkheid te leveren. Er is veel op het gebied van Eenheid van Taal. Daar zou je keuzes in moeten maken: dit is de lijn die we gaan, zo doen we dat. Nictiz zou de keuzestress weg moeten nemen (Moet ik nu deze of die lijn volgen? Hoe ga ik dat communiceren? Welke communicatiestandaard gebruik ik?).
- Het Landelijk Schakelpunt Kwaliteitsregistraties (LSK) biedt mogelijk kansen voor meer Eenheid van Taal. Ziekenhuizen en andere zorgverleners kunnen daar dan hun registraties naartoe sturen waarna zij het uitsplitsen naar de verschillende kwaliteitsregistraties. Zo kan standaardisatie, ook in taal, worden afgedwongen. Het functioneert nu nog niet zo, maar het mechanisme hebben ze wel in huis bij het LSK. Misschien moet je er heel voorzichtig naartoe groeien.
- Eenheid van Taal moet het speelveld voor de zorginhoudelijke en niet de technische beroepsgroep zijn. Wat verder helpt is om ruimte te creëren, dus geen hele strakke regie waarbij iemand moet bepalen of hij het ermee eens is dat dit een nieuwe ZIB of een nieuw Eenheid van Taal-element moet worden. Maar ruimte om aan te geven wat je als zorgverlener nodig hebt. Nictiz zou dat proces moeten faciliteren.
- Nictiz kan Eenheid van Taal faciliteren door een zib repository in te richten. Er wordt heel veel werk gedaan. Dat wordt allemaal op webpagina's gezet of in wiki-achtige structuren. Maar om er echt in een systeem iets mee te kunnen en zo de bruikbaarheid in het veld te bevorderen, is een service nodig waar je

als het ware tegenaan kunt praten (technisch bevroegbaar systeem). En dat is er nu nog niet. Je kunt niet met trefwoorden of met andere dingen zoeken.

- Eenheid van Taal kan gefaciliteerd worden door een neutrale omgeving te creëren die door iedereen gerespecteerd wordt en waar geen belangen en andere machtsspelletjes gespeeld worden. Misschien ligt deze neutrale plek in het inhoudelijke domein, bijvoorbeeld aan de universitaire kant.
- Informatieberaad zorg kan het bijdragen aan Eenheid van Taal door het belang van Eenheid van Taal te blijven benadrukken en uit te leggen waarom het zo belangrijk is (wat levert het je op?). De voordelen zijn nog te weinig bekend.
- OIZ kan bijdragen aan Eenheid van Taal door te inspireren en faciliteren. Je begint met mensen inspireren zodat ze denken: het is erg. En ook inspireren in de zin van kijk, in andere industrieën kan het al dus het is niet iets wat onmogelijk is. En dan vervolgens moet je het proces zodanig faciliteren dat het ook gebeurt. Want dan heb je een voedingsbodem.
- Ik zie op dit moment bij ZIN vooral een tactische rol, een regierol rond de standaardisatie. Dus veel minder dat ze zelf standaarden ontwikkelen, laat dat bijvoorbeeld door Nictiz doen, maar dat zij het geheel gaan bewaken of het wel opschiet, of het wordt ingevoerd, of het bijdraagt, of we daadwerkelijk met die standaardisatie problemen aan het oplossen zijn. Daar hebben we het informatieberaad voor ingericht, omdat VWS daar als systeem verantwoordelijke rol in heeft, maar je hebt een partij nodig die dat dan ook ten uitvoer brengt.
- Je zult in hele klip en klare bewoordingen het veld moeten voorhouden waar we mee bezig zijn, wat het doel is en welke stappen we moeten zetten. Het werkt het beste als we hele kleine stapjes zetten en op een overkoepelend niveau steeds bekijken of de volgende stap gezet kan worden.
- Je zou met geïnteresseerde experts uit verschillende hoeken een soort consortium moeten oprichten met mensen zowel vanuit de proceskant van het leveren van zorg als vanuit de ICT-kant want er zal enorm veel infrastructuur opgebouwd moeten worden. Bij het informatieberaad zit niet alle kennis die je nodig hebt, het is heel divers van brancheorganisatie tot geïnteresseerden, er lopen allerlei politieke agenda's en het staat iets verder van het doel van het zorgproces intact laten, hoe ICT daarop kan aanhaken en hoe je naar een geavanceerd analysesysteem kunt.
- De ziekenhuizen zouden meer macht moeten genereren richting leveranciers, van EPD's bijvoorbeeld. Vanuit de FMS kunnen we daarbij helpen door te adviseren zorgadministrateurs naar de gebruikersoverleggen te sturen, die het liefst ook dokters meenemen. Zij kunnen eigenlijk als geen ander uitleggen hoe ze het zouden willen hebben.
- Een facilitator voor Eenheid van Taal is een combinatie van bewustwording, training, ondersteuning en afdingen. En daar mag uiteindelijk ook wel een stukje dwang achter zitten, dat je zegt: het kan niet dat je het niet doet. Kaders stellen zodat je Eenheid van Taal steeds verder kan vormgeven tot het moment

dat iedereen het zo logisch vindt dat je het niet anders zou willen doen. En dit inzetten vanaf verschillende niveaus, te beginnen met het informatieberaad en met alle partijen van het informatieberaad. Op termijn zou ook certificering kunnen worden toegepast.

- De zorgprofessionals moeten ook kritisch naar hun eigen omgeving kijken: wat gebeurt er nou eigenlijk in het proces en wat is nou intuïtief de goede plek om de informatie vast te leggen? En dan komt de leverancier of de informatiemanager om de hoek kijken. Het gaat over samenwerken, dat is het sleutelwoord om Eenheid van Taal voor elkaar te krijgen. Iedereen heeft daarin zijn verantwoordelijkheid.
- Als je het hebt over Eenheid van Taal in de zorg dan zijn er eigenlijk twee standaarden landelijk al omarmd en waar wij vanuit de NFU heel hard aan werken is om te zorgen dat de ziekenhuizen deze niet alleen gaan implementeren, maar ook dat ze ermee gaan werken dus dat echt die dokter of die verpleegkundige op die manier ook zijn informatie gaat vastleggen. En wat we ook doen is communiceren: wat gaat mij dat nou brengen?
- VWS kan bijdragen aan Eenheid van Taal door ervoor te zorgen dat het bereiken ervan wordt gefaciliteerd. Heel consequent en heel concreet, bijvoorbeeld zoals dat Snomed bij de kop wordt gepakt om te gaan vertalen. En dan niet alleen voor de korte termijn de keuze maken om te beginnen met de professionele termen, maar ook meteen aansluiten bij de ontwikkelingen in gewone mensentaal. Want als je dat achteraf moet gaan repareren, dan kost dat extra geld. VWS heeft ook een rol in de wet- en regelgeving. Die kan hierbij op een gegeven moment nog aanvullend zijn als het nodig is. Daarnaast heeft VWS een toezichthoudende rol. Eenheid van Taal maakt onderdeel uit van het kwaliteitsbeleid, dus de toezichthouder op kwaliteit van zorg moet er dan ook iets mee. Zo sluit je wel de escapes af die er zijn. Je moet vanuit al die verschillende rollen van VWS gaan kijken hoe zij aan Eenheid van Taal kunnen bijdragen. Die rollen zijn nu best wel losgekoppeld van elkaar.
- Beroepsorganisaties kunnen bijdragen aan Eenheid van Taal door aan hun achterban uit te leggen wat Eenheid van Taal concreet oplevert voor de professional. En als beroepsorganisaties dat zelf lastig vinden, dan zijn er altijd koplopers te vinden in het veld die ze als ambassadeur kunnen inzetten om de voordelen van Eenheid van Taal voor de professional aanspreekbaar te maken.
- Eenheid van Taal kan bevorderd worden als er meer druk komt op softwareleveranciers om vanuit een gedeelde visie hun programma's te ontwikkelen. Dus niet alleen de korte termijn wensen van vragers vervullen maar een meerjarenvisie ontwikkelen in de zin van deze kant gaan we op, dus kunnen we daar nu al rekening mee houden bij de ontwikkeling van allerlei programma's in de software.

Randvoorwaarden

- Om zorgbrede Eenheid van Taal te bereiken moet het bij de verschillende koepels hoog op de agenda staan. Zij moeten het eens zijn over welke richting

het uit moet gaan. Er moet een gezamenlijk belang zijn. Wat dat betreft is het Informatieberaad een heel mooi platform om dat zowel op bestuurlijk niveau als op werkvloerniveau meer voor elkaar te krijgen.

- Voor het bereiken van zorgbrede Eenheid van Taal is terughoudendheid in standaardisatie belangrijk. Begin met standaardiseren wat nodig is in het primair proces. In combinatie met niet altijd alles hoeven vastleggen, alleen als het nodig is voor het primair proces. Ook zou elke zorgstandaard een informatiestandaard (wat betekent dit nou, wat stel je concreet voor in de zin van registratie?) moeten hebben. Dat is nog niet overal. Maar ook daarbij bescheidenheid in wat je vraagt aan de professional.
- Het belangrijkste wat nodig is, is een andere mindset bij zorgverleners en patiënten. Dat de ene dokter bereid is om de informatie van de andere dokter over bijvoorbeeld het lichaamsgewicht van een patiënt te hergebruiken. De patiënt is ook een actor daarin; hij kan zelf informatie over zijn lichaamsgewicht aanleveren aan zorgverleners zodat het hergebruikt kan worden. Het is een veranderproces. Dat merken we ook in het programma Registratie aan de bron: het creëren van Eenheid van Taal, de zorginformatiebouwstenen en alle andere dingen, zelfs het aanpassen van software, om dat te realiseren, dat zijn voorwaarden. Het garandeert nog niet dat je informatie hergebruikt en Eenheid van Taal creëert. Dus die mindset om informatie te hergebruiken dat is de belangrijkste uitdaging.
- SNOMED CT en zib's zijn middelen om Eenheid van Taal te creëren. En Eenheid van Taal is nodig voor het hergebruik van informatie. Dat hele bouwwerk is echt een kwestie van tientallen jaren en daar moet je doorzettingsvermogen, visie en strategie voor hebben, anders krijg je het niet voor elkaar.
- Je moet overtuigd zijn van het belang van Eenheid van Taal, dit van harte willen. En je moet snappen waarom je het doet.
- Wat nu vandaag de dag in ziekenhuizen gebeurt, de manier waarop men communiceert en dingen georganiseerd zijn, dat is om een bepaalde reden; het is het meest efficiënte model. Dus dat proces zoals het nu in Nederlandse ziekenhuizen plaatsvindt, moet je niet proberen te wijzigen. Als je iets wilt doen met Eenheid van Taal, dan zal je de huidige werkwijze moeten respecteren. En in de ziekenhuizen is het zelfs de manier waarop dingen genoteerd worden. Dus mensen een bepaald format opleggen waarin nu nieuwe dingen genoteerd moeten worden, dat zal je heel veel moeite en energie gaan kosten.
- Zorgbrede Eenheid van Taal kun je voor elkaar krijgen door klein te beginnen en niet meteen voor 100% te gaan. Als je de grote 80% voor elkaar kunt krijgen dan is dat al heel veel winst in de BV Nederland.
- Een randvoorwaarde voor het bereiken van Eenheid van Taal is aandacht voor wat er nodig is om systemen die Eenheid van Taal ondersteunen ook echt te gebruiken. Er wordt heel gemakkelijk vanaf beleidstafels gezegd dat iets geïmplementeerd moet worden, zonder voldoende besef wat daar de

consequentie van is in de dagelijkse praktijk. Zeker met Eenheid van Taal gaat het om het gebruik in de dagelijkse praktijk door de zorgprofessional, en hoe hij daarin ondersteund wordt vanuit de systemen.

- Als je het niet goed ondersteunt, leg je alsnog een enorme registratielast bij de verkeerde partijen. Het gaat hierbij om technische ondersteuning, maar ook om procesmatige ondersteuning.
- Het gebruik van een standaard moet ook onderdeel worden van kwaliteit. Niet formeel afdwingen, maar wel indirect door meer één richting op te stimuleren. Dan mag een zorgverzekeraar in geval van slechte kwaliteit niet vergoeden en krijg je een inspectie achter je aan. Als je in die fase kunt komen, dan kunnen de keuzes die je op beleidsniveau met elkaar maakt effect hebben.

Bijlage 4 – Vier Scenario's

Scenario 1 Niets doen	
Voordelen	Nadelen
• Geen out-of-pocket kosten • Simpel • Snel	• Veel verborgen kosten door inefficiëntie (veel standaarden vereist ook expertise op alle standaarden die in stand moeten worden gehouden) • Leveranciers en zorginstellingen zullen zelf voor mappings moeten zorgen tussen verschillende standaarden. (decentrale Eenheid van Taal) • Onoverzichtelijk; stammenstrijd • Maatwerk cq handwerk nodig om informatie aan elkaar te koppelen of over te zetten (door eindgebruiker op instellingsniveau) • Willekeur (black box mapping: tegenstrijdige mappings waarschijnlijk) • Veel afstemming nodig • Internationale benchmarking beperkt mogelijk • Elke standaard zijn eigen beheer(omgeving) • Voor elke standaard een aparte licentie nodig, distributie en implementatie problematiek • Ongelijksoortige informatie voor beleid (appels en peren)
Scenario 2 Koppelen/Mappen	
Voordelen	Nadelen
• Ieder behoudt zijn eigen standaard • Minder software aanpassingen nodig • Beheer(s)baar op nationaal niveau • Weinig werk nodig op instellingsniveau omdat mapping op nationaal niveau is gebeurd • Internationale benchmarking meer mogelijk • Soms input van internationale mapping (bijv Snomed – ICD10)	• Kwaliteit van de mappings niet altijd optimaal (# 1-op-1 mappings beperkt: zie studie Kieft et al.) • Stammenstrijd blijft • Mappings vaak maar in één richting (van detail naar generiek) • Bijzonder onderhoudsgevoelig (arbeidsintensief en kostbaar)
Scenario 3 Grondplaat: Eén gedeeld woordenboek; Incl. afleiding voor secundair gebruik (classificatie) (NHS	

Solution)	
Voordelen	Nadelen
• Behoud van begrip (semantische interoperabiliteit) • input van internationale mapping (bijv Snomed – ICD10) en afleidingen • Minder standaarden nodig; kosten-efficiënt en schaalvergroting van expertise • Verschuiving werkzaamheden: ipv beheren van de standaard an sich kun je de content van die standaard in een mapping of afleiding beheren • Decentraal zal er veel minder beheerwerk zijn bij zorginstellingen en leveranciers • Eén tool voor het beheer van alle mappings en afleidingen • Duidelijkheid voor software leveranciers (licentie distributie en implementatie) • Gelijksortige informatie voor beleid • Eventueel profijt van internationale innovaties door link met internationale terminologie/standaard	• Lastig draagvlak-traject ivm tegengestelde belangen van bestaande standaarden. • Financiering zal centraal geregeld moeten worden • Hoge out of pocket kosten. Zowel centraal als decentraal bij leveranciers en zorginstellingen.
Scenario 4	
Standaardisatie door automated tekst mining + mapping	
Voordelen	Nadelen
• Geen standaard verplicht; alleen verplicht aanleveren van welke standaard gebruikt • Ogenscheinlijk makkelijke implementatie • Ieder behoudt zijn eigen standaard	• Risicovol voor gebruik in het primair proces waar foutmarges levensgevaarlijk zijn. • Kwaliteit van de mapping wordt minder zichtbaar, want achter de voordeur van tekst mining leverancier; gevaar van black box mapping blijft • Zolang geen open source blijft draagvlak vraagteken • Toepassing in bepaalde domeinen onzeker

Bijlage 5 – Resultaten Focusgroepbijeenkomst

Doel van de focusgroep was om met stakeholders het nut van en de behoefte aan Eenheid van Taal in de zorg te inventariseren. Hiervoor werd een 'wereldcafé' opzet gebruikt. In interactieve sessies werden ervaringen opgehaald, werd samen geïnventariseerd waar problemen liggen, en werd in groepen getracht deze te prioriteren, waarna per groep aanpakken zijn geformuleerd en gepresenteerd in de vorm van korte pitches.

Focusgroepbijeenkomst Eenheid van Taal 7-12-2017

Pitch Ia: Waar doen we het (EvT) voor/ waarom moeten we het faciliteren?:

Kerst 2020: verrichtingthesaurus wordt universeel gebruikt. Beroepsgroepen keuren goed. De inhoud ervan bestaat uit standaarden, of kan ernaar gemaakt worden. Classificatiesysteem wordt optimaal gebruikt → geeft weer wat verpleegkundigen en verzorgenden doen. Discussies ophalen; oplossingen bedenken met gebruikers; testen / trainen / tooling; werkende oplossingen opschalen.

Pitch Ib: Waar doen we het (EvT) voor/ waarom moeten we het faciliteren?:

Kerst 2020: Omaha Systems wordt voluit gebruikt in de wijkverpleging. Samen met wijkverpleegkundigen zijn oplossingen bedacht waardoor ze het fijn vinden om er mee te werken. Samenwerking met SH (WVG, V&VN) is dat ook een feit.

Pitch II: Start met use cases, gebruik standaarden op standaard manier:

Zorginhoudelijke en patiënt relevante agenda bepalen, pijnpunten verzamelen. Use cases uitwerken: proces, semantiek, infra, tech, berichten. X-aantal projecten; pilot-en; inbouwen; implementeren, regionaal/landelijk.

Pitch III: Definieer wat vastgelegd moet worden:

Kerst 2020; in het hele primaire zorgproces is overeenstemming dat informatie elementen gestandaardiseerd vastgelegd moeten worden (BGZ, e-overdracht, ZIB's). Gebruikstoepassingen: beschrijving medische zorg; communicatie; verantwoording; declaratie; onderzoek; innovatie; uitkomstmaten. Verplicht gestandaardiseerd vastleggen in EPD (1^e, 2^e, en 3^e lijn). Beroepsverenigingen richten hun standaarden en protocollen in volgens geldende standaard; daardoor moeten software leveranciers meebewegen.

Pitch IV: Kleine, concrete stappen nemen, inclusief succes zichtbaar maken:

Bijvoorbeeld NL'se labcodeset: in gebruik bij ALLE stakeholders (Kerst 2020) voor uitwisseling van lab info. Uitwisseling van info tussen ziekenhuislab naar huisartsenlab, naar huisartsen informatiesysteem (HIS), en naar de patiënt (PGO) in begrijpelijke taal. Richt je hierbij op wetenschappelijke verenigingen.

Pitch V: Markt, business case, autonomie:

Meer EvT (Kerst 2020) kan op twee manieren bereikt worden. Afweging tussen alles mappen/vertalen OF één (of meerdere) standaard(en) leidend verklaren. Richt je bij implementatie vervolgens op de beroepsgroepen; creëer een solide business case, perk professionele autonomie in. Informatieberaad, beroepsgroepen, vakgroepen hebben hierin een rol.

Bijlage 6 – Use cases

Communicatie huisarts – medisch specialist

Use case huisarts naar medisch specialist - Casus de heer RH

De heer RH, 55 jaar, succesvol ondernemer. Getrouwd, drie volwassen kinderen zijn al het huis uit. De heer RH komt op 01-05-2018 op het spreekuur van de huisarts ivm darmklachten. Hij heeft sinds enkele maanden last van pijn en krampen in de buik, voornamelijk aan rechterzijde. Het is hem opgevallen dat zijn ontlasting heel erg wisselt van dikte. Hij maakt zich ongerust, want bij een clubgenoot is recent darmkanker geconstateerd. Hij wil graag worden doorverwezen. De huisarts stelt een verwijsbrief samen met de volgende informatie voor de MDL arts:

Reden verwijzing: [Buikpijn RE en verandering defecatiepatroon](#). Graag [uitsluiten diverticulitis](#) of [maligniteit](#). Graag uw analyse en behandeling dan wel geruststelling.

Patiënt is verder [bekend met hooikoorts voor grassen](#) en [problematisch alcoholgebruik](#). Medicatie bij verwijzing [Beclometason Neusspray 50 microg/dosis. 2 dd 2 verstuivingen per neusgat](#).

Patiënt is [overgevoeligheid voor amoxicilline](#). Ingezette laboratoriumonderzoek geen bijzonderheden.

Term	Huisarts		Medisch Specialist	
	Codestelsel	Code	Codestelsel	Code
Buikpijn RE	NHG tabellen	D06 - Andere gelokaliseerde buikpijn	SNOMED CT	285388000 Right sided abdominal pain (finding)
verandering defecatiepatroon	NHG tabellen	D18 - Verandering ontlasting/defecatiepatroon	SNOMED CT	88111009 Altered bowel function (finding)
diverticulitis	NHG tabellen	D92 - Diverticulose/diverticulitis	SNOMED CT	307496006 diverticulitis (aandoening) (hier ontbreekt de context dat je het wil uitsluiten)
maligniteit	NHG tabellen	A79 - Maligniteit met onbekende primaire lokalisatie	SNOMED CT	363346000 Malignant neoplastic disease (disorder) (hier ontbreekt de context dat je het wil uitsluiten)
bekend met hooikoorts voor grassen	NHG tabellen	R97 - Hooikoorts/allergische rhinitis	SNOMED CT	91926002 Allergic rhinitis caused by grass pollen (disorder) . Eventueel nog de context 'bekend met'

problematisch alcoholgebruik	NHG tabellen	P15.05 Problematisch alcoholgebruik	SNOMED CT	15167005 misbruik van alcohol (aandoening) , Eventueel nog de context 'bekend met'
Beclometason Neusspray 50 microg/dosis. 2 dd 2 verstuivingen per neusgat	G-Standaard	GPK 10332, ATC R01AD01	G-Standaard	331018007 Beclomethasone dipropionate 50micrograms aqueous nasal spray (product)
overgevoeligheid voor amoxicilline	G-Standaard		SNOMED CT	292967008 Amoxicillin adverse reaction (disorder)

Use case medisch specialist naar huisarts - Ontslagbericht de heer RH

De heer RH was bij ons opgenomen van 28 juni tot 1 juli voor [hemicolectomie colon ascendens](#) ivm [coloncarcinoom](#). Behandelvoorstel volgt na PA. Patiënt heeft afspraak voor uitslag PA dd. 11 juli. Tijdens opname is tevens geconstateerd: [supraventriculaire tachycardie](#), waarvoor [Metoprolol 100 mg 2dd1 tablet](#) werd voorgeschreven. Graag door u continueren. Tevens: [overgevoeligheid voor cefalosporinen](#).

Term	Medisch specialist		Huisarts	
	Codestelsel	Code	Codestelsel	Code
hemicolectomie colon ascendens	SNOMED CT	359571009 Right colectomy (procedure)	NHG tabellen	1063 – 37 – ingreep aan darm
coloncarcinoom	SNOMED CT	363406005 maligne neoplasma van colon (aandoening)	NHG tabellen	D75 - Maligniteit colon/rectum
supraventriculaire tachycardie	SNOMED CT	6456007 supraventriculaire tachycardie (aandoening)	NHG tabellen	K79.01 Supraventriculaire tachycardie
Metoprolol 100 mg 2dd1 tablet	G-Standaard	GPK 17175, ATC C07AB02	NHG tabellen	
overgevoeligheid voor cefalosporinen	SNOMED CT?	292994007 Cephalosporin adverse reaction (disorder)	NHG tabellen	

In bovenstaande use cases zijn er voor alle onderliggende temen codestelsels beschikbaar. Alleen die voor huidige medicatie en de contra-indicatie is reeds Eenheid van Taal gerealiseerd tussen 1^e en 2^e lijn.

Verpleegkundige overdracht

Bron: Eenduidige taal voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep - Nota ter besluitvorming Informatieberaad, dd, 6 maart 2018, door Renate Kieft, V&VN.

Voorbeeld 1

Praktijkvoorbeeld gegevensuitwisseling over verpleegkundige zorg
Verpleegkundige Willeke werkt op de afdeling chirurgie in een ziekenhuis. Daar heeft zij te maken met een cliënt die problemen heeft met lopen en in een huidplooi smetten heeft ontwikkeld. Als deze cliënt naar huis mag, vult Willeke de overdracht digitaal in. Zij beschrijft dat de cliënt een 'ambulantietekort' (Nanda-I diagnose) heeft. Zij geeft daarnaast aan dat de cliënt een 'huiddefect' (eveneens een Nanda-I diagnose) heeft. De overdracht wordt digitaal verstuurd naar de wijkverpleging.

Annemarie, die als wijkverpleegkundige de zorg van deze cliënt overneemt, opent de overdracht, maar moet de gegevens handmatig in haar eigen ECD invoeren, want het informatiesysteem waar Annemarie mee werkt kent de termen 'ambulantietekort' en 'huiddefect' en niet. Annemarie moet nu bedenken hoe deze termen zich vertalen naar de termen die in het systeem dat zij gebruikt staan (via Omaha System), en vinkt onder het aandachtgebied 'neuro/musculaire/skeletfunctie' aan dat de cliënt een 'afwijkend gangpatroon/ stoornis in het verplaatsen' heeft. Daarnaast vinkt zij onder het aandachtgebied 'huid' het signaal 'wond/decubitus' aan en voegt handmatig toe dat het om smetten gaat. Doordat Willeke en Annemarie de cliëntproblemen niet op dezelfde manier beschrijven, is Annemarie veel tijd kwijt aan het omzetten van deze informatie en moet navraag doen bij de cliënt of de mantelzorger van deze cliënt. Daarbij kunnen vraagtekens geplaatst worden over of de zorg wel op een juiste manier gecontinueerd wordt.

Voorbeeld 2:

Praktijkvoorbeeld gegevensuitwisseling over verpleegkundige zorg: uitwisseling zonder extra registratielast en zonder informatieverlies.
Verpleegkundige Willeke werkt op de afdeling chirurgie in een ziekenhuis. Daar heeft zij te maken met een cliënt die problemen heeft met lopen en in een huidplooi smetten heeft ontwikkeld. Als deze cliënt naar huis mag, ziet Willeke dat de overdracht al gevuld is met de gegevens vanuit het zorgplan. Zij ziet dat de cliënt een 'ambulantietekort' (Nanda-I diagnose/ onder de motorkap is deze één op één gemapt met 'probleem met lopen') heeft. Zij leest daarnaast dat de cliënt een 'huiddefect' (eveneens een Nanda-I diagnose/onder de motorkap gemapt met SNOMED CT) heeft en dat deze is gespecificeerd als 'smetten' (SNOMED CT code). De overdracht wordt digitaal verstuurd naar de wijkverpleging.

Annemarie, die als wijkverpleegkundige de zorg van deze cliënt overneemt, opent de overdracht, en ziet dat de termen automatisch worden omgezet naar het systeem dat zij gebruikt : in de anamnese ziet zijn onder het aandachtgebied 'neuro/musculaire/skeletfunctie' (Omaha System/onder de motorkap gemapt met SNOMED CT) dat de cliënt 'probleem met lopen' (SNOMED CT) heeft en onder het aandachtgebied 'huid' (Omaha System/ onder de motorkap gemapt met SNOMED CT) ziet zij dat het om smetten (SNOMED CT) gaat.

Doordat Willeke en Annemarie de cliëntproblemen op dezelfde manier beschrijven, is het niet meer nodig om informatie handmatig toe te voegen, is navraag bij de cliënt of de mantelzorger van deze cliënt niet meer nodig. De zorg kan op een juiste manier worden gecontinueerd. Wijkverpleegkundige Annemarie kan het zorgplan inzetten, omdat in het zorgdossier onder andere ook de zib 'wond' is ingebouwd.

Bijlage 7 – Gebruikte begrippen

Begrip	Omschrijving
Classificatie	Classificatie is een terminologiestelsel waarin concepten en termen op basis van gemeenschappelijke kenmerken zijn ingedeeld. Een voorbeeld is de internationale classificatie van ziektebeelden (ICD-10).
Codestelsel	Uitputtende verzameling van wederzijds uitsluitende categorieën om gegevens op een voorgedefinieerd specialisatieniveau te kunnen aggregeren voor een specifiek doel. ICD-10, Nanada, LOINC zijn voorbeelden van codestelsels
Nomenclatuur	Een nomenclatuur is een terminologiestelsel met regels op grond waarvan de concepten samengevoegd kunnen worden tot nieuwe concepten. Zo zijn 'acuut' en 'myocardinfarct' aparte concepten. Samengesteld is een 'acute myocardinfarct' een nieuw concept. Een nomenclatuur kan ook het resultaat van de toepassing van deze regels (dus een set samengestelde termen) zijn. Een voorbeeld is SNOMED CT
Ontologie	Een strikt en uitputtend schema voor een bepaald onderwerpsdomein, meestal in een hiërarchische structuur, die alle relevante grootheden en hun relaties bevat, alsmede de regels waaraan die grootheden en relaties binnen dat domein voldoen.'[1] Het gebruik van het woord binnen de informatica is afgeleid van het woord ontologie binnen de filosofie. Een ontologie verschilt van een databank doordat een ontologie niet alleen feiten bevat maar ook regels, gevat in logische formules. Uit dergelijke regels kan men nieuwe feiten afleiden met een automatisch redeneerprogramma.. SNOMED CT is een ontologie
Semantiek	De semantiek of betekenisleer is een wetenschap die zich bezighoudt met de betekenis van symbolen, waarbij het in het bijzonder de bouwstenen van natuurlijke talen die voor de communicatie dienen ofwel woorden en zinnen betreft. NHG tabellen, LOINC en ICD-10 zijn hier voorbeelden van
Terminologie	Een terminologie is een lijst van termen en concepten binnen een specifiek domein. Er zijn verschillende typen terminologiestelsels met elk zijn eigen doel en eigen kenmerken. Zo is LOINC een lijst van termen en concepten die in de laboratoria gehanteerd worden.
Thesaurus	Lijst van termen die zijn geordend, bijvoorbeeld alfabetisch of systematisch, en waarin begrippen kunnen worden beschreven door meer dan een (synonieme) term.

Bron: www.overzichtbegrippen.nl

Bijlage 8 – Gebruikte afkortingen

Afkorting	Uitgeschreven
AI	Artificial Intelligence
BgZ	Basisgegevensset Zorg
BSN	Burger Service Nummer
CDS	Clinical Decision Support
DHD	Dutch Hospital Data
ECD	Elektronisch Cliënten Dossier
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
GGZ-Nederland	Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
HIS	Huisarts Informatie System
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems – 10e revisie
ICF	International Classification for Functioning
ICPC	International Classification for Primary Care
NANDA	North-American Nursing Diagnoses Association
NHG	Nederlandse Huisartsen Genootschap
NLP	Natural Language Processing
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NVKC	Nederlandse Vereniging van Klinisch Chemici
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NVMM	Nederlandse Vereniging van Medische Microbiologie
NZA	Nederlandse ZorgAutoriteit
OIZ	Ondernemingen in de zorg
PDS	Patient Decision Support
PGO	Persoonlijke gezondheidsomgeving
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VIPP	Versnelling Informatieuitwisseling Patiënt en Professional
VZVZ	Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie
Zib	Zorginformatiebouwsteen
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 9 – Semantische standaarden per domein

Domeinen	Huidige standaard	Basisplaat toepasbaar	Eventuele aanvulling
Gehandicaptenzorg	Onbekend	Onbekend	ICF
Geriatric	RAI-View	Op termijn	ICF
GGD	Onbekend	deels	
GGZ	o.a. DSM V	ja	
Huisartsen	NHG Tabellen, G-Standaard	ja	
Klinische Chemie	LOINC	ja	
Medisch microbiologie	SNOMED CT, LOINC	ja	
Medisch specialisten	o.a. SNOMED CT, ICD-10, CBV	ja	
Paramedisch	o.a. ICF	Op termijn	ICF
Pathologie	PALGA	ja	
Farmacie	G-Standaard	deels	IDMP
Radiologie	Onduidelijk	ja	
Revalidatie	ICD-10, ICF	Op termijn	ICF
Tandheelkunde	o.a. NEN 9313	ja	
Verpleegkunde	Nanda/Nic/Noc, SNOMED CT	ja	
Wijkverpleging/Thuiszorg	o.a. Omaha Systems	ja	

Note: veelal worden er per domein meerdere standaarden gebruikt.

Belangrijkste onderwerpen waarop te standaardiseren valt zijn:

- Diagnose (problemen, complicaties)
- Verrichtingen
- Labtests
- Observaties
- Anatomie
- Medische hulpmiddelen
- Allergieën
- Medicatie

Bijlage 10 – Standaarden van de grondplaat

SNOMED CT

Internationaal, medisch terminologiestelsel. SNOMED CT bevat een grote verzameling concepten (termen) met hun synoniemen en de relaties tussen de termen. De termen worden in de directe patiëntenzorg gebruikt voor de vastlegging van diagnoses, klachten, symptomen, omstandigheden, ziekteprocessen, interventies, resultaten en besluitvorming. SNOMED CT wordt beheerd door SNOMED International, een ledenorganisatie waarvan Nederland medeoprichter is. In opdracht van het Ministerie van VWS beheert Nictiz SNOMED CT in Nederland. De termen in SNOMED CT zijn Engelstalig. Delen ervan zijn vertaald verschillende talen waaronder in het Nederlands. Zorgverleners gebruiken klinische terminologie voor de registratie van relevante patiëntinformatie zoals diagnoses, medicatiegebruik, interventies en het opstellen van een behandelplan. Het gebruik van SNOMED CT voor de registratie heeft de volgende voordelen:

- Het is een veelomvattende, wetenschappelijk gevalideerde inhoud;
- Het faciliteert gedetailleerde, gecodeerde vastlegging van medische gegevens;
- Het is een ontologie waarin alle concepten volledig gedefinieerd zijn;
- Het bevat koppelingen naar andere internationale standaarden waaronder de classificaties van de WHO; Het wordt in verschillende vormen in meer dan veertig landen gebruikt.

LOINC

LOINC is een codestelsel en heeft als doel om concepten te standaardiseren van laboratoriumaanvragen, laboratoriumuitslagen en klinische begrippen. Het Regenstrief Instituut beheert LOINC. Het Regenstrief Instituut is een non-profit organisatie verbonden aan de Indiana University. LOINC is in 1994 ontwikkeld om aan de toenemende vraag naar automatisering te voldoen om gecodeerd laboratoriumaanvragen en uitslagen te verwerken. Hoewel elk laboratorium wel een codesysteem hanteert, is het bij elektronische uitwisseling van gegevens tussen meerdere partijen essentieel dat metingen en resultaten eenduidig kunnen worden geïdentificeerd. Veel laboratoria gebruiken dit codestelsel.

Bijlage 11 – Overzicht gebruikte figuren

Figuur 1: Fases van formaliseren.....	6
Figuur 2 - Interoperabiliteitsmodel (Bron: Nictiz, 2018).....	16
Figuur 3 - Primair en secundair gebruik van zorginformatie	19
Figuur 4 - Uitwisseling in primair proces	19
Figuur 5 - Mogelijke diagnosestandaarden in een PGO	20
Figuur 6 - Afleiding naar secundair proces	20
Figuur 7 - Stadia van Natural Language Processing.....	21
Figuur 8 - Informatie gestuurd zorgstelsel – een lerend systeem	22
Figuur 9 - Grafische weergave hoe terminologieën naar elkaar toe gegroeid zijn. 26	
Figuur 10 - BSN voorbeeld.....	28
Figuur 11 – Voorbeeldschem minpensioenoverzicht.....	29
Figuur 12 – Stip op de horizon: grondplaat Eenheid van Taal	37
Figuur 13 - Stip op de horizon voor de secundaire laag	39
Figuur 14 - Eiland standaardisatie	39
Figuur 15 - Nederlandse standaarden op de grondplaat.....	40
Figuur 16 – Groeiscenario voor de ‘oude’ standaarden NHG-tabellen (ICPC-1) en de G-standaard	41