


VOORBEREIDEN OP DE TOEKOMST MET SNOMED

Belemmeringen voor het gebruik van SNOMED CT in het ziekenhuis

Ziekenhuizen zijn begonnen met eenheid van taal, maar gestandaardiseerd registreren van patiëntdiagnose, -verrichting, en -lokalisatie blijft achter. SNOMED CT (Systematized Nomenclature Medicine - Clinical Terms) is aangewezen om eenheid van taal te bereiken.

1/1

Voordelen van eenheid van taal met behulp van SNOMED

1. SNOMED-terminologiestelsel omvat een uitgebreide verzameling van medische begrippen waardoor informatie tussen computers van zorgverleners en patiënten beter begrepen wordt.
2. SNOMED verhoogt de kwaliteit van data en informatie voor patiëntenzorg.
3. SNOMED is internationaal in gebruik, bewezen en in Nederland aangewezen om eenheid van taal te creëren.
4. SNOMED wordt al dagelijks in het ziekenhuis gebruikt (zoals bij DBC-verwerking met de Diagnosethesaurus van DHD).
5. SNOMED wordt ook toegepast in de Verrichtingthesaurus en zit al 'verstopt' in sommige (kwaliteits) registraties in ziekenhuizen.
6. Door SNOMED te gebruiken, draag je bij aan optimale gegevensuitwisseling in de hele zorgketen.
7. SNOMED is voor iedereen in Nederland kosteloos beschikbaar.

Waarom eenheid van taal met behulp van SNOMED gebruiken, waar het al kan?

- SNOMED werkt wanneer er eenduidig geregistreerd wordt, dit is de basis van eenheid van taal.
- SNOMED, gekoppeld aan diverse systemen in verschillende zorgsectoren, zorgt voor consistentie van patiëntgegevens over verschillende zorgsystemen en zorginstellingen heen. Dit is semantische interoperabiliteit: informatie wordt eenduidig begrepen bij de volgende bestemming.
- Neemt een ziekenhuis de beslissing om SNOMED in te zetten dan draagt dit bij aan een beter gebruik van data. Elke stap naar eenheid van taal betekent verlaging van administratieve last (overtypen) en fouten op de volgende bestemming. Uiteindelijk is dit arbeidsbesparend en werkplezier verhogend in de hele zorgketen. Daarnaast zorgt het voor directe verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg.
- Geclassificeerde SNOMED-data is (wanneer dit kan en mag) geschikt voor secundair gebruik zoals onderzoek en wetenschap en de European Health Data Space.



Drempels en belemmeringen



Belemmering / Drempel

Urgentie ontbreekt

Er bestaat geen intrinsiek verlangen of wens naar eenheid van taal of SNOMED

Echte urgentie voel je direct, maar wordt bij de begrippen SNOMED of eenheid van taal niet gevoeld. Dit komt mede omdat er nu niet (veel) gedaan wordt met vastgelegde data. Dit is wel het geval met data voor de financiële afleiding (DBC's), waar SNOMED wel goed gebruikt wordt op basis van de Diagnosethesaurus.

2/5

De vraag om SNOMED te gebruiken voor het verbeteren van de kwaliteit van patiëntenzorg zou, idealiter, vanaf de werkvloer zelf moeten komen en niet van bovenaf. De boodschap over de noodzaak van eenheid van taal met SNOMED wordt geuit door onder andere VWS, Nictiz en het Informatieberaad. De afzender, de taal, inhoud of vorm van de boodschap heeft tot nu toe niet voldoende aangezet tot actie in en rond het ziekenhuis. Eenheid van taal opnemen in IZA (Integraal Zorg Akkoord) leidt niet vanzelf tot actie bij bestuur en zorgprofessionals in ziekenhuizen. Kennis over SNOMED ontbreekt vaak. CIO's, CMIO's, zorgprofessionals en bestuur weten niet goed genoeg wat en waarom het bestaat en weten soms niet dat het al in de praktijk gebruikt wordt in hun eigen ziekenhuis. Daarnaast is er te weinig zicht op welke data beschikbaar is of komt vanuit andere zorgorganisaties en (nog) meer administratieve last is niet wenselijk..

Maar vooral is het niet bekend hoe te starten met SNOMED of eenheid van taal. Het is onbekend dat ziekenhuizen ook praktische en goede, kleine stappen kunnen nemen om SNOMED te gebruiken en voordelen van eenheid van taal te ervaren. De boodschap die wél gehoord lijkt te worden is dat SNOMED met behulp van de Verrichtingthesaurus van DHD een fikse veranderopgave is om uit te voeren.



Belemmering / Drempel

Consensus over Datasets/ Informatie ontbreekt

De set wijkt (meestal) af van wat individuele zorgverlener wenst

Door landelijke zorgprocessen, zorgnetwerken of wetgeving zoals WEGIZ zullen in de toekomst vaker informatiestandaarden en datasets veranderen. Wie is de eindverantwoordelijke over de door de zorgverlener te gebruiken dataset om te komen tot eenheid van taal? Onderscheid tussen houder, autorisator, beheerder en eindgebruiker rondom een standaard is niet altijd transparant. Rollen en functies lopen door elkaar of zijn niet afgestemd. Er bestaat ook veel verschil in coördinatie om afstemming en consensus over landelijk sets te bereiken. Datasets die verplicht zijn worden door zorgprofessionals als te breed of te smal ervaren en sluiten niet aan op het zorgproces: de arts ervaart geen direct voordeel. Sterker nog, de zorgverlener ervaart nadeel in zijn dagelijks werk. Consensus en draagvlak vanuit de beroepsgroep is belangrijk.

Ziekenhuizen spreken hun zorg uit over verhoging van registratielast door te groot aangeboden datasets ('De arts moet scrollen door lange lijsten'). De gebruiksvriendelijkheid wordt er niet beter van. Menselijke weerstand om vanuit verplichting te registreren bestaat. De huidige epd-systemen helpen niet mee, zijn niet iteratief, werken niet intuïtief en zijn niet innovatief. Daarnaast: SNOMED is niet verplicht, het hoeft niet.



Belemmering / Drempel

Gestandaardiseerd Zorgproces en standaard epd ontbreekt

Uit interviews blijkt: ziekenhuizen wijken af van richtlijnen en zorgprocessen én laten maatwerk in epd te ruimhartig toe

Doordat de medisch specialist zegt 'Ik wil het zo' wordt bewust of onbewust afwijking toegelaten, ook bij inrichting van standaardcontent (HIX). Door gebrek aan kennis bij implementatieconsultants en projectmedewerkers of te weinig tijd tijdens epd-implementatie ontstaan eveneens bewust of onbewust afwijkingen. Wanneer een ziekenhuis wenst af te wijken van standaard inrichting EPD kan dit gevolgen hebben voor het welzijn en gezondheid van de patiënt in netwerkzorg, naast het maken van onnodige kosten. EPD-leveranciers houden maatwerk-opdrachten in de regel liever tegen dan dat zij deze uitvoeren. Er zijn bevindingen gedaan in eerdere onderzoeken dat voor een enkel begrip als 'pijn' op verschillende manieren, op verschillende plekken in één ziekenhuis wordt geregistreerd. Soms is dit de wens van zorgprofessional, soms laat het epd-systeem het toe. Eenheid van taal wordt dan niet bereikt.

Zie ook de [eindconclusie](#) van het programma Registratie aan de bron.

3/5

Aanbevelingen

Aanbeveling voor Drempel 'Urgentie ontbreekt'

1. Concrete voordelen van eenheid van taal zijn nu niet zichtbaar. Laat zien aan zorgprofessionals hoe en wat ze goed registreren. Bijvoorbeeld door terugkoppeling in rapportages op basis van SNOMED te genereren. Hou voor ogen: SNOMED is daarbij het middel en niet het doel.
2. Er zijn praktische handvatten nodig voor het bestuur of het ziekenhuis als organisatie: wat moet ik dan doen? Wat heb ik al? En waar te beginnen? Reik deze aan, praktisch en concreet. Biedt een implementatiehulplijn of -loket.
3. SNOMED kan ook in kleine, praktische stapjes. Er bestaat angst voor één grote, dure implementatie terwijl je morgen klein kunt beginnen. Leg uit wat al wél kan.
4. Afzender moet niet alleen VWS, het Informatieberaad of Nictiz zijn; de vraag moet van de werkvloer (peer-to-peer) komen. Werk daaraan door voordelen te laten zien.
5. Verbindt het communicatiedoel aan de IZA-doelstellingen.
6. Toets steeds met de eindgebruikers waarom de boodschap, het doel of de afzender wel of niet beklijft voordat het een groot programma wordt.
7. Stop met algemeenheden in communicatie en organiseer selecte doelgroepcommunicatie en doelgroepkanalen.
8. *The proof of the pudding is in the eating.* Maak voordelen zichtbaar: hoeveel besparen we op lange termijn aan arbeidskracht? Wat levert de implementatie-inspanning mij als zorgbestuurder, CMIO, patiënt of zorgverlener op korte termijn in mijn ziekenhuis op? Organiseer deze bewijslast en breng het in beeld. Meerdere aanbevelingen werden gedaan om dit nader te onderzoeken en in te zetten op waar het meeste voordeel zit (stappenplan en prioriteitenplan).
9. Beloon koplopers. Pas op den duur zullen zij merken dat administratieve last van overtypen verlaagt. Wat is hun beloning?



Laat zien wie koplopers zijn in een landelijke monitor of barometer met de top 10 Digitale Helden van de Zorg.

10. Laat ook voordeel voor de volgende generatie dokters en patiënten zien. Door SNOMED kunnen gegevens die verzameld worden uit verschillende systemen en organisaties consistent worden opgehaald en geanalyseerd ter ondersteuning van evidenced based behandeling en samen beslissen. Neem SNOMED CT en het belang van goede registratie mee in de opleiding van zorgverleners.

Aanbeveling voor Drempel 'Consensus over Datasets/ Informatie ontbreekt'

4/5

11. Neem alle rollen van de huidige stakeholders zoals DHD, NFU, NVZ, FMS en de Patiëntenfederatie onder de loep. Waar zijn de patiënten met PGO als eindgebruiker? Hoe wordt er gefinancierd? Wie is houder, autorisator en beheerder van de dataset? Ofwel: waar ligt het houderschap? Wie bepaalt of een relevante dataset goed is om netwerkzorg uit te voeren? En wie beheert of financiert deze set? Hanteer NEN 7522, Medische informatica – Ontwikkelen en beheren van standaarden en stelsels van standaarden.
12. Meer regie en coördinatie op samenwerking om kwaliteitstandaarden en informatiestandaarden te faciliteren of in gang zetten is gewenst.
13. Er bestaan datasets waar wel collectief tevredenheid over bestaat: welke zijn dit? Hoe komt dat? Wat kunnen we daarvan leren? Kijk ook naar sets vanuit andere hoeken en programma's, zoals duurzame kwaliteit. Als er ontevredenheid is over de lijsten zou dit beter onderzocht kunnen worden. Vaak staan termen wel in de lijst, maar zijn ze door epd-interface niet goed vindbaar. De zoekfunctionaliteit zou dan ook aangepakt moeten worden.
14. Betrek leveranciers. Zij kunnen met technologieën als AI, text-to-speech en NLP registratie met en door inzet van gebruikersinterfaces registratie en zoekfuncties verbeteren en verlichten voor zorgverleners. Meer vraagbundeling naar leveranciers - om hierin te investeren - is hierbij geuit als wens.
15. Maak een praktische, landelijke kaart of roadmap met wat er al wél is, wat al wel kan en pak sets die er al bijna of helemaal zijn, snel op als er consensus is.
16. Begin klein, neem kleine stappen en vergeet niet bij elke set het verander en -implementatieplan voor de zorgprofessionals op te stellen.
17. Neem de aanbevelingen vanuit Registratie aan de bron mee. Deze komen overeen met wat dit onderzoek opleverde.
18. Stimuleer samenwerking tussen bestuurder en CMIO. Uit onderzoek blijkt dat zij samen hét gouden duo en de stuwende kracht zijn bij goede SNOMED-implementaties zoals het in gebruik nemen van de DHD Verrichtingenthesaurus.

Aanbeveling voor Drempel 'Gestandaardiseerd Zorgproces en standaard epd ontbreekt'

19. Registreer op 1 manier, op 1 plek voor het hele ziekenhuis. Altijd!
20. Neem verantwoordelijkheid als ziekenhuisbestuurder: beslis mee bij voorgestelde afwijkingen (accepteer geen 'zo heb ik het ook eerder gedaan').
21. Vergroot bewustzijn in de organisatie dat afwijkingen nooit kunnen of mogen. Laat het bestuur tekenen voor afwijking (bewustwording en risicodragend).
22. Neem standaardcontent af van je leverancier en pas dit niet individueel aan, daarmee is veel gewonnen.



23. Implementeer beide thesauri van DHD, dus ook de Verrichtingthesaurus.
Een grote stap, maar ook met veel opbrengst.
24. Kijk en leer van ziekenhuizen die voorgingen en succesvol met eenheid van taal en SNOMED bezig zijn of de Verrichtingthesaurus implementeerden.
25. Er is terechte zorg rondom het feit dat het opnieuw inrichten van zorgprocessen een aantal verandercapaciteitsmaanden kost van de hele organisatie. Zelfs de OK moet een paar uur dicht. Bagatelliseer deze zorgen niet. Het is geen sinecure. Laat onder ander zien met bewijslast dat dit de moeite waard is.
26. CMIO's, CNIO's en innovatieve leveranciers zijn de *early adaptors* van SNOMED.
Grijp aangeboden hulp aan en zorg dat deze ambassadeurs hun rol pakken.
27. Implementeer de codelijsten uit de ZIB's. Maak hier een heldere keuze in (zie bijvoorbeeld de lijsten voor verrichtingnaam in de ZIB-verrichting).
28. Opbrengst en winst van het gebruik bij Diagnose- en Verrichtingthesaurus is groot en mag meer benadrukt worden.

5/5

Succesfactoren om eenheid van taal in ziekenhuis te laten slagen

Urgentie. Creëer urgentie:

Destijds financieel, nu arbeidsmarktproblematiek?

Relevantie. Over welke data gaat het en wat is het probleem dat we oplossen? Context en consensus moet helder zijn en rollen duidelijk.

Geld, tijd, ruimte. Implementatieplan, training, overzichtelijke stappen, bagatelliseer de veranderopgave niet. Geen techniek maar mensenwerk, beloon (wortel).

Controlemechanisme inzetten.

Vreemde ogen dwingen en lijkt nodig om tot succes te komen. Creëer bijvoorbeeld een wet of een benchmark of schakel de IGJ in (stok).

Standaardinrichting. Wij-zijn-anders-syndroom niet toestaan. Geen ruimte voor afwijking.

Gouden trio: bestuurder, CMIO en CNIO.

Dapper en onbevreesd gouden trio, als bewezen combinatie voor beslissing en aanjagen van de implementatie.

Paragraaf 3.7 Integraal Zorgakkoord: Digitalisering en gegevensuitwisseling

Elektronische gegevensuitwisseling draagt bij aan goede en veilige zorg voor de patiënt/cliënt, verlicht de werkdruk van zorgverleners en is een essentiële randvoorwaarde om de andere doelen uit het IZA te behalen. Om optimaal gebruik te maken van patiëntgegevens moeten deze goed beschikbaar, bereikbaar en voor primair en secundair gebruik herbruikbaar zijn voor andere zorgverleners in het netwerk van de patiënt en de patiënt zelf via een Persoonlijke Gezondheidsomgeving.