

Naar Eenheid van Taal

Een analyse van de implementatiestatus van SNOMED bij klinieken

Situatieschets – knelpunten - aanbevelingen

In opdracht van ZKN

December 2024

Voorwoord

Om de zorg in Nederland toegankelijk, betaalbaar en toekomstbestendig te maken is er een transitie gestart met als doel 'eenheid van taal in de registratie en uitwisseling van (medische) gegevens'. Het gebruik van SNOMED in de gegevensuitwisseling speelt daarbij een sleutelrol. Zelfstandige klinieken zijn onderdeel van die transitie, maar worden geconfronteerd met unieke uitdagingen. Eenheid van taal vraagt om uniformiteit in de implementatie, maar SNOMED past als bouwblok niet altijd bij de zorg- en registratieprocessen van een kliniek. Daarnaast worden er veel verschillende EPD's gebruikt door klinieken wat een uniforme implementatie van SNOMED complex maakt.

Dit rapport geeft een situatieschets van de huidige mate van SNOMED-implementatie bij zelfstandige klinieken, en adresseert de belangrijkste knelpunten en uitdagingen die SNOMED-implementatie in de weg staan. Aan de hand van die knelpunten geef ik een praktisch advies aan ZKN als koepelorganisatie en belangenbehartiger van klinieken over hoe zij kan omgaan met het stimuleren van SNOMED-implementatie bij haar leden.

Op beleidsniveau is het doel helder: een uniforme, gestandaardiseerde vastlegging die zorgverleners ontlast, de gegevensuitwisseling verbetert en uiteindelijk de kwaliteit van zorg verhoogt. Nu de praktijk nog. Ik hoop dat dit rapport bijdraagt aan het bouwen van een toekomst waarin gegevens naadloos kunnen meebewegen met de reis van de patiënt door het zorgnetwerk.

Ik dank alle betrokken klinieken, leveranciers en werkveldpartners voor hun waardevolle input en inspanningen. Laten we van praten naar doen gaan en samen zorgen dat eenheid van taal niet alleen een beleidsdoelstelling blijft.

December 2024

Johannes Schouten

Managementsamenvatting

In de uitwisseling van medische gegevens in de Nederlandse zorg is een transitie gaande naar verdere standaardisatie en naar 'Eenheid van Taal'. SNOMED is een internationale standaard voor medische terminologie die uniforme codering en registratie van zorginformatie mogelijk maakt, en is door het ministerie van VWS aangewezen als een van de kernonderdelen van Eenheid van Taal.

Zelfstandige klinieken, als onderdeel van de sector medisch-specialistische zorg (MSZ zijn onderdeel van transitie naar Eenheid van Taal, maar hebben te maken met unieke uitdagingen. Die uitdagingen zijn deels inherent aan het karakter van klinieken, vaak kleinschalige, gespecialiseerde zorginstelling die buiten ziekenhuizen opereren en zich richten op efficiënte, hoogwaardige en vaak planbare zorgverlening, en deels aan de hoeveelheid registratie systemen die door klinieken wordt gebruikt. Uit dit onderzoek blijkt dat een kleine 25% van de zelfstandige klinieken momenteel gebruikmaakt van SNOMED, ondanks dat 70% dit technisch zou kunnen implementeren. Klinieken blijven daarmee fors achter bij de rest van de MSZ.

In dit rapport worden vijf knelpunten die de implementatie van SNOMED belemmeren genoemd, en voorzien van gerichte aanbevelingen:

1. Een gebrek aan centrale regie en coördinatie. Regie is noodzakelijk om te komen tot uniforme toepassing van SNOMED en daarmee verdere versnippering in de implementatie tegen te gaan.
2. Onvoldoende standaardisatie en homogenisering van registratie- en uitwisselingsprocessen. Eenheid van Taal en eenheid van registratie horen bij elkaar. Het gebruik van verschillende codestelsels voor dezelfde registraties is disfunctioneel.
3. Het ontbreken van een formeel proces voor de distributie van referentiesets. Referentiesets zijn op inhoud samengevoegde sets SNOMED-termen voor bijvoorbeeld diagnoses of verrichtingen. Een centraal proces hoe zulke sets worden samengesteld en gedistribueerd ontbreekt, wat een zekere mate van willekeur met zich meebrengt.
4. Gebrek aan structurele financiering voor implementatie, onderhoud en scholing. Zeker voor klinieken geldt dat SNOMED-implementatie bij het nog uitblijven van een wettelijke verplichting een kosten-baten analyse blijft. Zonder (zicht op) structurele financiering zal SNOMED niet breed worden geïmplementeerd.
5. Beperkte scholing, ondersteuning en bewustwording over de voordelen van SNOMED. Er is een gebrek aan kennis over hoe SNOMED het beste kan worden geïmplementeerd bij zowel klinieken als leveranciers.

De centrale vraag blijft wel: *moeten klinieken SNOMED gaan implementeren?* Als alleen gekeken wordt naar de directe relevantie voor en huidige motivatie van klinieken is het antwoord nee. Echter, gekeken naar de uitdagingen die op de zorg afkomen en de verplichtingen vanuit bijvoorbeeld de EHDS, is het langer wachten met het implementeren van SNOMED wel voorbij en ook klinieken zullen stappen moeten zetten. In een breder perspectief steunen daarnaast zowel klinieken als ZKN het uitvoeringsakkoord waarin SNOMED-implementatie een speerpunt is. In dit rapport wordt daarom een gefaseerde aanpak geadviseerd, waarbij gestart wordt met de implementatie van de diagnosethesaurus bij klinieken die registratiesystemen gebruiken die dat technisch aankunnen. Parallel kan gestart worden met de implementatie van de verrichtingthesaurus, maar enkel voor die klinieken die daar direct meerwaarde van zullen ondervinden.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	3
1. Inleiding	5
2. Opdracht en werkwijze.....	7
3. SNOMED-gebruik bij klinieken en leveranciers	8
3.1 Klinieken	8
3.2 Leveranciers.....	10
3.3 Conclusie situatieschets klinieken en leveranciers	12
4. Knelpunten en aanbevelingen.....	13
4.1 Knelpunt: regie, sturing en coördinatie.....	13
4.2 Aanbeveling: regie, sturing en coördinatie	15
4.3 Knelpunt: standaardisatie van registratie- en uitwisselingsprocessen	16
4.4 Aanbeveling: standaardisatie van registratie- en uitwisselingsprocessen	16
4.5 Knelpunt: distributie van referentiesets.....	17
4.6 Aanbeveling: distributie van referentiesets	18
4.7 Knelpunt: financiering	18
4.8 Aanbeveling: financiering en borging van implementatie, beheer en onderhoud	19
4.9 Knelpunt: urgentie, kennis en gebruik van SNOMED-gebaseerde registratie.....	20
4.10 Aanbeveling: urgentie, kennis en gebruik van SNOMED-gebaseerde registratie	20
5. Als SNOMED moet worden geïmplementeerd: advies aan ZKN	22
5.1 Proactieve rol.....	22
5.2 Consistentie in kaders en richtlijnen	23
5.3 Systeemknelpunten adresseren	24
6. Gezamenlijk Opdrachtgeverschap: Een Analyse	25
7. Kostencomponenten van SNOMED-implementatie.....	30
8. Conclusie: SNOMED-implementatie en de uitwisseling van medische gegevens	34

1. Inleiding

Om de zorg toegankelijk, betaalbaar en toekomstbestendig te maken, is een betere uitwisseling van gegevens tussen zorginstellingen essentieel waarbij vooral ambiguïteit in de registratie verdwijnt. Dat kan door gegevens op een eenduidige en gestandaardiseerde manier vast te leggen zodat zij herbruikbaar zijn, gebruikt kunnen worden voor onderzoek, kwaliteitsverbetering en kwaliteitsregistraties, en ondersteunend gebruikt kunnen worden bij administratieve processen. In 2018 heeft het Informatieberaad Zorg daarom gekozen voor SNOMED als dé standaard voor medische terminologie in Nederland¹.

Waarom SNOMED?

SNOMED helpt zorgverleners door in de registratie van zorg, medische termen aan te bieden die herkenbaar en bruikbaar zijn in de dagelijkse praktijk. Tegelijk worden deze termen aan de achterkant gecodeerd met een uniek SNOMED-ID en verwerkt in zorginformatiesystemen. Op basis van het SNOMED-ID kunnen medische termen op een niet-ambigue manier binnen systemen worden hergebruikt en tussen systemen worden uitgewisseld. De zorgverlener merkt enkel dat registratie niet meer in open tekst kan, maar enkel via vaste registratieopties.

De keuze voor SNOMED is bekrachtigd in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Uitvoeringsakkoord van 2024. SNOMED is daarmee een prioriteit voor de hele zorgsector en in het bijzonder voor de zes aangewezen sectoren², waaronder de medisch specialistische zorg (MSZ). Bij de implementatie van SNOMED zijn meerdere spelers betrokken. Zie voor de belangrijkste spelers voor met name de klinieken het kader op bladzijde 6.

Waarom dan nog geen SNOMED?

SNOMED kan een forse bijdrage leveren aan het eenduidig vastleggen van medische gegevens met bijkomende voordelen als kwaliteitsverbetering, betere interoperabiliteit en efficiëntie, maar de praktijk laat zien dat de implementatie van SNOMED gefragmenteerd is en sterk verschilt per sector³. Bij ziekenhuizen is de implementatiestatus van SNOMED in 2023 met meer detail in kaart gebracht⁴. Een aantal onderdelen van dat onderzoek zijn ook van toepassing op klinieken, maar niet alles kan zonder meer worden overgenomen. Hoewel klinieken onderdeel zijn van de sector MSZ, is er sprake van een groter aantal leveranciers van registratiesystemen (20+) met sterk variërende marktposities. Dit zijn voor het overgrote deel geen leveranciers van ziekenhuis-EPDs en deze leveranciers zijn nog niet in andere metingen meegenomen. Maatwerk komt bij deze EPD's daarnaast relatief vaak voor door de pluriformiteit van zorgpaden bij diverse klinieken. Ook verschillen klinieken onderling sterk in het aantal FTE's waardoor er rekening moet worden gehouden met verschillende startposities en beschikbare middelen voor eventuele implementatie trajecten. Ook de voordelen van SNOMED zijn voor klinieken anders dan voor de rest van de MSZ.

¹ RIVM (2018), Eenheid van taal in de Nederlandse zorg Van eenduidige informatie-uitwisseling tot hulpmiddel voor betere zorg RIVM.

² Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). *VWS brengt advies uit over eenheid van taal in de zorg: "We gaan van praten naar doen."* Nieuwsbericht. Geraadpleegd via <https://www.datavoorgezondheid.nl>.

³ D&A. (2022). Impact assessment eenheid van taal.

⁴ NVZ (2023). Hoe staat het met SNOMED-CT gebruik in ziekenhuizen? Praktische Bouwblokken & routekaart SNOMED-CT.

SNOMED – de spelers

De implementatie en het beheer van SNOMED in Nederland wordt gedragen door een aantal belangrijke spelers die elk een specifieke rol vervullen.

SNOMED International is de wereldwijde organisatie die verantwoordelijk is voor het ontwikkelen en onderhouden van de SNOMED-terminologie en het verstrekken van licenties voor gebruik.

Het ministerie van VWS is de beleidsmaker en stelselhouder. Het ministerie zet de strategische lijnen uit en heeft SNOMED aangewezen als een van de standaarden voor medische terminologie in Nederland via het Informatieberaad Zorg (IB). VWS fungeert daarnaast als financier van de SNOMED-licentie en heeft Nictiz als stelselbeheerder ingeschakeld om de regie te ondersteunen.

Nictiz biedt vanuit hun National Release Center via de Nationale Terminologie Server toegang tot SNOMED. Nictiz kan daarnaast als terminologie-expert en stelselbeheerder de implementatie van SNOMED ondersteunen door veldpartijen te begeleiden en de regie te versterken, bijvoorbeeld via monitoring en samenhang met de ZIB-transitie.

Het **SNOMED-veldteam** verbindt de internationale ontwikkelingen rond SNOMED met daadwerkelijk stap-voor-stapgebruik in de praktijk. Het doel van het veldteam is om te sturen op basis van praktijkervaringen en om vanuit de zorgpraktijk vanuit de verschillende sectoren lessen te trekken. Zo kunnen de implementatie van en de transitie naar SNOMED in en tussen de sectoren worden versterkt. De ambitie is om ook mee te denken met het proces rond het samenstellen van referentiesets.

Verschillende wetenschappelijke verenigingen en beroepsbelangencommissies zijn betrokken bij het samenstellen en actualiseren van SNOMED-gebaseerde referentiesets die aansluiten bij specifieke medische domeinen.

Dutch Hospital Data (DHD) speelt een belangrijke faciliterende rol in de medisch specialistische zorg bij het gebruik van SNOMED door het beheren en distribueren van referentiesets zoals de Diagnosethesaurus (DT) en Verrichtingenthesaurus (VT). DHD biedt daarnaast afleidingen aan vanuit de DT en VT naar ICD-10 en DBC-codes. Ook ontwikkelt DHD aanvullende referentiesets en is DHD betrokken bij diverse werkgroepen rond het ontsluiten van medische gegevens conform SNOMED. DHD fungeert daarmee als een belangrijke schakel tussen de ontwikkeling van SNOMED-referentiesets en hun praktische toepassing in de zorgpraktijk.

2. Opdracht en werkwijze

Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) heeft op dit moment geen goed beeld van de huidige implementatiestatus en het gebruik van SNOMED bij zelfstandige klinieken en hun leveranciers. Daarom heeft ZKN in juni 2024 opdracht gegeven om de volgende vier punten in kaart te brengen:

- Wat is de huidige implementatiestatus van SNOMED bij ZKN-leden en bij hun EPD-leveranciers? Wordt SNOMED gebruikt bij de registratie? Welke barrières en knelpunten worden ervaren door zowel klinieken als leveranciers rond (verdere) SNOMED-implementatie? Hoe kunnen die knelpunten en barrières worden opgelost?
- Wat is de impact wanneer SNOMED geïmplementeerd zou moeten worden bij alle leden van ZKN? Zien klinieken en leveranciers meerwaarde in de keuze voor SNOMED?
- Kan gezamenlijk opdrachtgeverschap een middel zijn met impact als SNOMED geïmplementeerd zou moeten worden bij alle leden van ZKN? Zijn er scenario's denkbaar waarin ZKN gezamenlijk opdrachtgeverschap ondersteund of stimuleert?
- Wat zijn de kostencomponenten voor een SNOMED-implementatietraject bij klinieken?

Om invulling te geven aan die opdracht zijn diepte-interviews met leden van ZKN, hun leveranciers en met werkveldpartners. De bevindingen in dit rapport zijn gebaseerd op die interviews, waarbij klinieken en leveranciers niet met naam en toenaam worden genoemd.

Alle 123 leden van ZKN zijn benaderd om mee te doen aan dit onderzoek. Van 48 klinieken is een inhoudelijke reactie ontvangen. Van die 48 klinieken zijn 37 klinieken geïnterviewd, waarbij een balans is gezocht tussen kleine klinieken (<4 FTE), middelgrote klinieken (4-10 FTE) en grote klinieken (>10 FTE)⁵. Er is gesproken met bestuurders van klinieken, operationeel managers, medisch specialisten, kwaliteitsfunctionarissen, EPD-beheerders en informatiebeveiligingsfunctionarissen.

Door de leden van ZKN worden tenminste 23 verschillende EPD's gebruikt. Met 17 leveranciers van EPD-systemen zijn gesprekken gevoerd. Er is gesproken met technisch architecten, product owners, implementatiemanagers en compliance- en security officers. De EPD's die klinieken gebruiken variëren van zelfbouwsystemen tot ziekenhuis-EPD's. Dat zegt vooral iets over de verschillen in schaal-grootte tussen EPD's, en niet per sé iets over het maturiteitsniveau van een specifieke oplossing.

Ook is gesproken met een aantal veldpartijen waaronder NICTIZ, DHD, stichting Legio, Intrakoop, de Landelijke GGZ en de LHV.

⁵ Met FTE wordt het aantal Fte medisch specialistische zorg bedoeld in een kliniek.

3. SNOMED-gebruik bij klinieken en leveranciers

3.1 Klinieken

Klinieken erkennen het belang van eenheid van taal in zowel registratie als uitwisseling, maar maken nog maar beperkt gebruik van SNOMED. Er is vrijwel geen intrinsieke motivatie om te starten met registreren conform SNOMED, juist omdat er weinig voordelen van SNOMED worden gezien voor de kliniek zelf. De klinieken die SNOMED gebruiken doen dat vrijwel allemaal omdat de leverancier dat zo heeft ingericht, dan wel als 'bijvangst' van VIPP5. De meerderheid van de klinieken die SNOMED gebruiken doen dat via de diagnosethesaurus. Een aantal klinieken maakt gebruik van referentiesets die zijn samengesteld door de leverancier van het EPD-systeem, soms in plaats van, en soms naast de diagnosethesaurus. De verrichtingenthesaurus wordt nog nergens gebruikt.

Van de 37 klinieken die zijn geïnterviewd kunnen 10 klinieken tenminste de diagnose registreren aan de hand van SNOMED-termen. Bij 7 van die 10 klinieken gebeurt dat aan de hand van diagnosethesaurus van DHD (DT). 17 klinieken geven aan geen gebruik te maken van SNOMED, maar kunnen dat wel op basis van de technische mogelijkheden die de leverancier biedt, waarvan 9 klinieken via de DT (zie ook tabel 1). Let er op dat enkel registratie van de diagnose conform SNOMED wordt meegenomen in deze tabel. Dat komt deels doordat de VT nog door geen enkele kliniek wordt gebruikt, en deels doordat er slechts beperkt sprake is van registratie conform SNOMED buiten diagnoses. Zie ook '3.2 Leveranciers'.

Tabel 1. SNOMED-registratie van diagnoses bij klinieken

Registratie diagnose conform SNOMED	Ja	Waarvan via DT
Kliniek registreert de diagnose conform SNOMED	10	7
Kliniek gebruikt geen SNOMED, maar de leverancier biedt het wel aan	17	9
Kliniek gebruikt geen SNOMED, leverancier biedt het niet aan	10	n.v.t.
<i>Extrapolatie naar alle 123 ZKN-leden die met relatief weinig aanpassingen technisch in staat zouden moeten zijn om SNOMED-gecodeerd te registreren (op basis van leveranciersinformatie)</i>	88	70

Op basis van de technische mogelijkheden die de diverse leveranciers van ZKN-leden bieden voor het gebruik van SNOMED kan met enige voorzichtigheid worden gesteld dat ongeveer 70% (88 van de 123) ZKN-leden in theorie de diagnose kan vastleggen conform SNOMED. Op basis van de gevoerde gesprekken doet naar verwachting een kwart van de leden van ZKN dat ook. Dat is vooral te wijten aan een combinatie van een gebrek aan een (landelijke) verplichting voor het gebruik van SNOMED, een gebrek aan ervaren urgentie en beperkte ervaren meerwaarde.

Beperkte intrinsieke motivatie

De meeste klinieken zien vooral de meerwaarde van SNOMED op macroniveau, zoals betere gegevensuitwisseling en hergebruik voor kwaliteitsregistraties. Niemand is tegen die voordelen en niemand is tegen SNOMED. Op het niveau van de individuele kliniek worden de voordelen van SNOMED echter niet altijd gezien. Klinieken benoemen dat:

- SNOMED eerder wordt ervaren als een extra administratieve last, zonder dat de voordelen direct zichtbaar zijn in het primaire zorgproces.
- De focus voor de kliniek primair ligt op operationele kerntaken en voldoen aan verplichtingen zoals de Wegiz. Zolang SNOMED geen wettelijke verplichting is, wordt de implementatie van SNOMED geen prioriteit.
- Klinieken met een erg specifiek zorgproces of klinieken die zich richten op niet-verzekerde zorg ervaren SNOMED vaak als niet passend bij hun situatie. Deze klinieken ervaren in de praktijk ook geen meerwaarde van SNOMED doordat er óf weinig tot geen verwijzingen zijn, óf er geen sprake is van data-uitwisseling met andere zorgaanbieders.
- Klinieken geven aan de praktische kennis en handvatten te missen om SNOMED effectief te implementeren. Communicatie over de beste implementatiestrategie, duidelijke regels en goede praktijkvoorbeelden ontbreken. Er wordt vooral naar de leverancier gekeken.

Afhankelijkheid van leveranciers

Veel Klinieken voelen zich in grote mate afhankelijk van hun leveranciers voor het implementeren van SNOMED. Leveranciers bepalen grotendeels hoe en in hoeverre SNOMED wordt geïntegreerd in EPD-systemen. Wanneer leveranciers SNOMED niet aanbieden, slecht integreren of enkel een basisimplementatie aanbieden, leidt dit tot praktische barrières voor klinieken en tot interoperabiliteitsproblemen in de praktijk.

Klinieken volgen inrichtingskeuzes van hun leverancier. Als SNOMED bijvoorbeeld zonder automatische koppelingen wordt geïmplementeerd, ervaren zorgverleners dit als dubbele registratielast. Een voorbeeld op basis van de gevoerde gesprekken was dat het voor een kliniek mogelijk was om binnen de ZIB "Probleem" de diagnose conform SNOMED vast te leggen. Dit werkte echter doormiddel van handmatige acties van de gebruiker. Er was geen koppeling met andere diagnose-registratievelden waardoor in de praktijk de ZIB niet werd gebruikt.

Klinieken die gebruik maken van zelfontwikkelde systemen, richten zich primair op kernfunctionaliteiten en compliance met wet- en regelgeving. SNOMED-implementatie staat vaak niet op de roadmap zolang er geen externe prikkel of duidelijke use-case is.

Gebrek aan standaardisatie en regie

Het gebrek aan verplichte standaardisatie belemmert verdere implementatie. Leveranciers gebruiken soms eigen referentiesets. Dit leidt tot fragmentatie in de implementatie van SNOMED bij verschillende leveranciers, inconsistente registraties, en extra complexiteit bij gegevensuitwisseling.

Klinieken en leveranciers benoemen een behoefte aan:

1. **Eenduidige, centrale regie:** Centrale richtlijnen die voorschrijven hoe SNOMED geïmplementeerd moet worden, welke referentiesets gebruikt moeten worden, en hoe monitoring plaatsvindt wanneer er sprake zou zijn van een verplichting.
2. **Ondersteuning en best practices:** Praktische voorbeelden en concrete handvatten over hoe SNOMED effectief geïntegreerd kan worden in werkprocessen.
3. **Structurele financiering:** Veel klinieken, met name kleinere klinieken, benoemen dat zij kosten voor implementatie, scholing en onderhoud niet zelfstandig kunnen (of gelet op de beperkte ervaren meerwaarde willen) dragen.

Onbewust SNOMED-gebruik

Opvallend is dat bij sommige klinieken sprake is van onbewust SNOMED-gebruik. Dankzij goed geïmplementeerde oplossingen door hun leverancier, merken zorgverleners in de praktijk niet dat zij gebruikmaken van SNOMED. Dit benadrukt het belang van gebruiksvriendelijke integratie: wanneer SNOMED op de achtergrond effectief functioneert, verdwijnt het gevoel van administratieve last en wordt de meerwaarde op termijn beter zichtbaar. SNOMED-implementatie, zeker de implementatie van de DT, hóeft voor klinieken niet complex te zijn.

3.2 Leveranciers

Leveranciers werken continu aan productverbetering, en verdere standaardisatie wordt zeker gezien als een vorm van productverbetering. SNOMED als standaardisatiemogelijkheid krijgt aandacht, maar een uniforme aanpak en implementatiestrategie ontbreekt. Dat komt deels door het ontbreken van landelijke implementatierichtlijnen en het gebrek aan klantvraag. Daarnaast wordt er op het communicatieve vlak onduidelijkheid ervaren over waar SNOMED het beste kan worden 'opgehaald', welke referentiesets moeten worden gebruikt en hoe die sets worden gedistribueerd. De verschillende leveranciers benadrukken het belang van standaardisatie, maar ook van een duidelijk speelveld. Eenduidige, niet ambigue implementatiekaders worden gemist. VIPP-5 heeft weliswaar bijgedragen aan de implementatiegraad van SNOMED, maar bij het uitblijven van een wettelijke verplichting of een directe klantvraag staat SNOMED niet bovenaan de ontwikkel roadmap.

Er is met 17 van de tenminste 23 leveranciers gesproken over SNOMED-implementatie. 10 leveranciers hebben delen van SNOMED geïntegreerd in hun product. Bij 6 van deze leveranciers is de Diagnosethesaurus (DT) geïmplementeerd. Slechts één leverancier biedt op dit moment de mogelijkheid om de Verrichtingenthesaurus (VT) te gebruiken, maar tot op heden is er geen kliniek die hier daadwerkelijk gebruik van maakt. Leveranciers die de DT niet aanbieden maar wel SNOMED ondersteunen hebben vaak eigen referentiesets samengesteld op basis van ruwe SNOMED-data die is opgehaald bij Nictiz. Deze aanpak leidt echter tot een gebrek aan uniformiteit in het gebruik van SNOMED.

Breder gebruik van SNOMED-functionaliiteit

Hoewel het gebruik van SNOMED zich vooral beperkt tot diagnoseregistratie, ondersteunen een aantal leveranciers daarnaast ook de registratie van diverse onderdelen van Zorginformatiebouwstenen (zib's) conform SNOMED. Voorbeelden zijn de registratie van medische hulpmiddelen, anatomische locaties, functionele of mentale statussen en allergieën. Leveranciers hebben hiervoor eigen referentiesets ontwikkeld. Dat is in deze gevallen ook een logische keuze. Voor deze registraties zijn er nog geen centrale referentiesets.

Behoeftte aan een duidelijke regiestructuur

Veel leveranciers geven aan dat zij bereid zijn te werken aan verdere standaardisatie en integratie van SNOMED, mits dit gebeurt binnen een helder kader. Dit kader moet worden ondersteund door een duidelijke regiestructuur, waarin afspraken over de ontwikkeling, distributie en monitoring van SNOMED-implementaties centraal staan. Leveranciers benadrukken dat een dergelijke regie belangrijk is om fragmentatie te voorkomen en consistente implementaties mogelijk te maken. Zonder centrale regie blijft de variatie in referentiesets en implementaties groot, wat de beoogde voordelen van SNOMED zoals interoperabiliteit en foutreductie beperkt. Daarnaast zorgt onduidelijkheid uiteindelijk voor hogere kosten.

Wettelijke verplichting en klantvraag als drijvende factoren

De meeste leveranciers geven aan dat een wettelijke verplichting een sterke stimulans zou zijn om SNOMED verder te integreren. Momenteel ontbreekt deze verplichting, en de vraag vanuit klanten is buiten de VIPP-programma's om minimaal. Leveranciers rapporteren dat klinieken zelden tot nooit expliciet om SNOMED vragen. Deze bevinding sluit aan bij de bredere trend van een beperkte intrinsieke motivatie bij klinieken om SNOMED te implementeren, zoals ook blijkt uit de interviews met ZKN-leden.

Uitdagingen bij verdere implementatie

Leveranciers zien een aantal technische en organisatorische uitdagingen bij het verder integreren van SNOMED. Technisch gezien kan voor de implementatie van SNOMED een aanpassing nodig zijn aan de bestaande EPD-structuren. Dat is zeker niet voor alle leveranciers zo, maar een aantal leveranciers zal forse productaanpassingen moeten doorvoeren voordat er op een goede manier gebruik kan worden gemaakt van SNOMED. Kosten zijn er vooral voor leveranciers die nog niet beschikken over een datamodel dat interoperabiliteit en gestandaardiseerde registratie ondersteunt.

Organisatorisch speelt de afhankelijkheid van een helder en afdwingbaar beleid een grote rol. Zonder concrete richtlijnen of financiële stimulering vanuit beleidsmakers en het zorgveld, blijven investeringen in SNOMED-implementatie voor een aantal leveranciers een risico.

3.3 Conclusie situatieschets klinieken en leveranciers

Eerder onderzoek binnen de MSZ noemt drie belangrijke drempels die verdere implementatie van SNOMED bij ziekenhuizen in de weg staan: een gebrek aan ervaren urgentie, een gebrek aan consensus over het gebruik van datasets en een gebrek aan standaardisatie⁶. Deze drie belemmeringen worden minimaal net zo sterk ervaren door klinieken en hun leveranciers.

Er is geen motivatie of urgentie gevoel

De implementatie van SNOMED bij klinieken blijft momenteel achter bij de landelijke beleidsmatige doelstellingen en bij de implementatie van SNOMED bij ziekenhuizen door een combinatie van technische en organisatorische factoren. Hoewel ongeveer 70% van de ZKN-leden technisch gezien in staat is diagnoses conform SNOMED vast te leggen, doet maar ongeveer 25% dat. Klinieken missen, net zoals ziekenhuizen de intrinsieke motivatie om zelf aan de slag te gaan met SNOMED. Bij klinieken is dat vooral vanwege een beperkte ervaren directe meerwaarde op kliniekniveau en de afwezigheid van een wettelijke verplichting. In een ideale wereld zou de motivatie voor standaardisatie van gegevensuitwisseling bij de zorgverlener zelf vandaan komen, maar in de praktijk is een kliniek vooral bezig met het uitvoeren van kerntaken en wordt de implementatie van SNOMED gezien als bijzaak.

Er is een sterke ervaren afhankelijkheid van leveranciers – leveranciers hanteren geen eenduidige implementatierichtlijnen – er is (te weinig) centrale regie en de vertaling van beleid naar praktische implementatierichtlijnen ontbreekt.

Klinieken voelen zich vaak afhankelijk van de bereidheid en technische mogelijkheden van hun leverancier om SNOMED te integreren. Klinieken die nog niet registreren conform SNOMED wachten vooral af. Er wordt gewacht op initiatief vanuit een leverancier of op duidelijke regelgeving en landelijke implementatierichtlijnen. Hier is deels een parallel te trekken naar de rest van de MSZ. Eenduidige implementatiekaders en centrale regie zijn beide nodig om versnippering tegen te gaan. Het gebrek aan kennis en praktische handvatten over implementatie bij zorgverleners draagt verder bij aan de afwachtende houding van veel klinieken. Ook leveranciers geven aan behoefte te hebben aan duidelijke richtlijnen op het vlak van implementatie en de distributie en verdere ontwikkeling van referentiesets.

Er is een gebrek aan standaardisatie

Er zijn (te) veel verschillende EPD's actief op de kliniekenmarkt. Hoewel er veel te zeggen valt voor maatwerkoplossingen komt standaardisatie van registratie en gegevensuitwisseling bij zo veel verschillende systemen in het geding. Elke leverancier maakt daarbij (vanwege het uitblijven van duidelijke regels) op een aantal plekken eigen keuzes over het gebruik van verschillende codestelsels en de vorm van SNOMED-implementatie. Dat is zeker ook een bijeffect van het VIPP-programma waarin er geen bindende eisen zijn gesteld aan het gebruik van bepaalde codestelsels voor bepaalde uitwisselingen. Als eenheid van taal het doel is moet er ook worden gewerkt aan eenheid in registratie. Wat daarvoor nodig is, zijn transparante en bindende eisen aan dataregistratie en gegevensuitwisseling. Zonder zulke duidelijke afspraken gaat eenheid van taal niet worden bereikt.

⁶ NVZ (2023). Hoe staat het met SNOMED-CT gebruik in ziekenhuizen? Praktische Bouwblokken & routekaart SNOMED-CT.

Om substantiële vooruitgang te boeken, is het voor klinieken en leveranciers cruciaal dat er een duidelijke en centrale implementatierichtlijn wordt opgesteld en dat er centrale ondersteuning en structurele financiering komt om technische en organisatorische barrières weg te nemen. Alleen dan kan het gebruik van SNOMED verder worden opgeschaald.

4. Knelpunten en aanbevelingen

Op basis van de gesprekken met klinieken en leveranciers zijn er diverse knelpunten gevonden die verdere implementatie van SNOMED in de weg staan. Die knelpunten worden verdeeld over 5 thema's en hier in meer detail besproken:

- Regie, sturing en coördinatie. Een heldere, gelaagde en transparante regiestructuur op beleidsniveau met gedeelde verantwoordelijkheid op sectorniveau ontbreekt.
- Er is een gebrek aan standaardisatie en homogenisering in het registratie- en uitwisselingsproces.
- Een proces voor centrale distributie van referentiesets is niet formeel ingericht.
- Er is geen structurele financiering en stimulering van implementatie, beheer en onderhoud.
- Er is nog onvoldoende scholing, change management en continue borging van nut, noodzaak en processen van SNOMED-gebaseerde registratie door zorgverleners. Daarnaast voelt SNO-MED voor een deel van de klinieken als niet relevant.

Elk knelpunt wordt hieronder verder uitgewerkt en voorzien van één of meerdere aanbevelingen. Waar relevant wordt de consequentie van die aanbevelingen voor een kliniek benoemd. Let wel: de aanbevelingen die hier gedaan worden zijn algemeen en gaan niet altijd over een actie die ZKN kan uitzetten, zie voor die aanbevelingen hoofdstuk 5. Sommige aanbevelingen gaan over wijzigingen die op stelselniveau nodig zijn om de implementatie van SNOMED te versnellen, andere geven meer praktische handvatten over hoe er binnen de sector kan worden omgegaan met specifieke knelpunten.

4.1 Knelpunt: regie, sturing en coördinatie

Klinieken en leveranciers hebben in de breedte vragen over waar de regie zit op verschillende delen van SNOMED-implementatie. De vraag wie verantwoordelijk is voor de regie op de implementatie van SNOMED blijft in praktische zin onbeantwoord. Formeel ligt de regie bij VWS, maar de praktische koppeling tussen beleidsmatige keuzes en daadwerkelijke implementatiestappen in bijvoorbeeld de vorm van een richtlijn ontbreekt nog⁷. Er wordt weliswaar gewerkt aan sectorspecifieke implementatieplannen, maar deze zijn nog niet gereed en sommige partijen zijn al voor de start van de VIPP-trajecten gestart met de implementatie van SNOMED. Dit heeft geleid tot fragmentatie. Zonder centrale regie blijft die fragmentatie toenemen, wat de interoperabiliteit belemmert en eenheid van taal als einddoel moeilijker te bereiken maakt. Daar moet wel bij worden vermeld dat, hoewel richtlijnen nuttig zijn, zonder wettelijke verplichting, zelfbinding of klantvraag de prikkel ontbreekt om richtlijnen te volgen. Vrijwillige implementatie is beperkt effectief en zonder sterke stimulans vanuit beleid, zelfbinding of regelgeving blijft implementatie achter bij de beleidsdoelstellingen.

⁷ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). *Eenheid van taal en techniek*. Data voor Gezondheid. Geraadpleegd op <https://www.datavoorgezondheid.nl/eenheid-van-taal-en-techniek>

Klinieken en leveranciers ervaren een gebrek aan regie op vier onderdelen:

- **Regie op inhoud.** SNOMED is een zeer uitgebreid terminologiestelsel. Niet elke zorgverlener heeft in elke situatie toegang nodig tot de complete set aan termen. Er is momenteel geen duidelijk afgesproken proces in het zorgveld om te komen tot eenduidige sets aan termen uit SNOMED die in een bepaalde zorgcontext gebruikt kunnen worden. Deze sets zijn in de MSZ wel opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen voor de medische concepten “diagnose/probleem” (de Diagnosethesaurus, DT) en “verrichting” (de Verrichtingthesaurus, VT), maar hier is geen formele cyclus van controle, feedback, review en aanpassing voor ingericht. Dat is ook terug te zien in het update beleid van leveranciers die de DT hebben geïmplementeerd wat varieert van nooit tot elk kwartaal. Leveranciers gebruiken daarnaast uiteenlopende referentiesets. Sommige leveranciers hebben eigen sets ontwikkeld, terwijl anderen de Diagnosethesaurus (DT) toepassen. Dit gebrek aan uniformiteit leidt tot interoperabiliteitsproblemen. De NVZ constateerde eerder ook in de nulmeting bij ziekenhuizen dat stan-

Eenheid van taal vraagt ook eenheid van registratie

De volledige SNOMED-terminologie is te groot en te complex voor dagelijks gebruik. Referentiesets maken een gerichte selectie van relevante termen mogelijk. Door een standaard subset van termen te gebruiken, kunnen zorgorganisaties gegevens eenvoudiger en eenduidiger uitwisselen. Referentiesets zorgen voor een gebruiksvriendelijkere ervaring tijdens de registratie en zorgen daarnaast voor consistente registratie. De DT en VT zijn voorbeelden van referentiesets.

Als er geen uniform gebruik is van terminologie in de registratie kan de situatie ontstaan dat voor eenzelfde aandoening, bevinding of andere registratie verschillende codes worden gebruikt. Een theoretisch voorbeeld: in de SNOMED taxonomie zijn er meerdere specificatie niveaus mogelijk voor een bevinding. Een zorgverlener zou ervoor kunnen kiezen om een pinda allergie te registreren met de SNOMED term voor ‘voedsel allergie’, ‘allergie voor peulvruchten’ of ‘allergie voor pinda’. Referentiesets dwingen uniformiteit in registratie af door bijvoorbeeld enkel op het diepste niveau van de taxonomie te laten registreren, dus in dit voorbeeld altijd ‘pinda-allergie’.

Het bepalen van het juiste registratieniveau van gegevens is een medische aangelegenheid en kan effectief alleen worden gedaan door de diverse beroepsgroepen. Leveranciers kunnen zich dan richten op het daadwerkelijk uitwisselen van die gegevens.

daardisatie van inhoud cruciaal is om fragmentatie tegen te gaan, terwijl op andere plekken de nadruk wordt gelegd op het belang van formele processen voor het opstellen, beheren en toetsen van referentiesets⁸.

- **Regie op implementatie.** Er is geen uniforme richtlijn om SNOMED te implementeren. Klinieken en leveranciers vragen zich af wat een implementatie precies omvat: welke delen van SNOMED moeten worden ingevoerd, waar moet er worden begonnen en wie draagt de verantwoordelijkheid —de klinieken of de leveranciers. Dit heeft geleid tot ad-hoc oplossingen die vaak onderling inconsistent zijn. Dit knelpunt is in bredere zin ook gesignaleerd in de rest

⁸ D&A. (2022). Impact assessment eenheid van taal

van de MSZ⁹. Een gebrek aan gestandaardiseerde implementatieprocessen leidt tot verschillen in interpretatie en toepassing waardoor eenheid van taal niet wordt bereikt. Dat probleem doet zich nog sterker voor in het diverse landschap van zelfstandige klinieken.

- **Regie op monitoring van compliance.** De meeste leveranciers willen mee in standaardisatie maar hebben daarin behoefte aan duidelijke implementatiekaders. Het naleven van die implementatiekaders moet ook bij een verplichting wel worden gemonitord. Zonder (regie op) monitoring is er een risico dat implementatie van SNOMED niet uniform wordt uitgevoerd, waardoor de voordelen van standaardisatie, zoals interoperabiliteit en foutreductie, onvoldoende worden gerealiseerd. Ook is het nog onduidelijk op welk niveau gemonitord zou moeten worden op SNOMED-implementatie (bij de leverancier of bij de kliniek).

4.2 Aanbeveling: regie, sturing en coördinatie

SNOMED gaat enkel verder geïmplementeerd worden wanneer de vrijblijvendheid verdwijnt en de eenduidigheid verschijnt. Verplichting is niet per definitie een verplichting in de vorm van een wet. Zelfbinding vanuit de sectoren, structurele financiële prikkels en kwaliteitsstandaarden zijn ook middelen om toe te werken naar een verplichting.

Regie op inhoud: de stelselhouder moet in samenwerking met het veld een proces opzetten waarin helder is wie verantwoordelijk is voor het opstellen en het bijwerken van referentiesets. In het huidige proces werken wetenschappelijke verenigingen, al dan niet in samenspraak met beroepsbelangencommissies, cyclisch de beschikbare referentie sets bij. De inhoud van referentiesets is immers een medische aangelegenheid. Dat proces kan verder geformaliseerd worden zodat er een duidelijke kwaliteitscyclus ontstaat rond referentiesets waarbij input van de sector wordt meegenomen. Ook moet de stelselbeheerder bestaande (informatie)standaarden laten aanpassen om gebruik van andere standaarden dan SNOMED daar waar niet absoluut noodzakelijk uit te faseren (zie ook aanbeveling “minimaliseren van gebruik van meerdere codestelsels”). Deze aangepaste (informatie)standaarden moeten dwingend aan het veld opgelegd worden (bijvoorbeeld via de route AMvB – NEN-norm – Informatiestandaard).

Consequentie voor klinieken: medisch specialisten die werkzaam zijn in klinieken zullen via hun wetenschappelijke verenigingen input moeten leveren op de inhoud van referentiesets. Klinieken moeten met hun leveranciers afspraken maken over het uitfasen van andere codestelsels en het aanpassen van de systemen aan de nieuwe informatiestandaarden. Het meewerken aan referentiesets kan tijdrovend zijn. Het is aan te bevelen om een bezoldigingsstructuur in te richten voor de cyclische beoordeling van referentiesets. Dan kan financieel, maar mogelijk ook via accreditatiepunten.

Regie op implementatie: duidelijke richtlijnen zijn essentieel om te bepalen hoe SNOMED in systemen wordt geïntegreerd. Richtlijnen moeten eenduidig zijn, met specifieke verantwoordelijkheden voor zowel leveranciers als zorginstellingen. Dit zorgt voor uniforme implementatieprocessen en voorkomt fragmentatie. Om onwenselijke situaties te voorkomen moeten deze richtlijnen zijn gebaseerd op een “pas toe of leg uit”-principe. De verantwoordelijkheid voor het opstellen van deze richtlijnen zou door de stelselhouder bij het Veldteam SNOMED belegd kunnen worden.

Consequentie voor klinieken: algemene richtlijnen werken alleen als ze voor iedereen geldig zijn. Dat betekent dat klinieken en leveranciers richtlijnen zullen moeten volgen, ook al passen die niet

⁹ NVZ (2023). Hoe staat het met SNOMED-CT gebruik in ziekenhuizen? Praktische Bouwblokken & routekaart SNOMED-CT

altijd in de individuele situatie. Klinieken en leveranciers zullen bij afwijkingen van de landelijke richtlijnen deze afwijken moeten kunnen motiveren.

Regie op monitoring van compliance: monitoring op implementatie en gebruik van SNOMED ondersteunt naleving. Een verplichting in wat voor vorm dan ook heeft enkel zin wanneer er ook naleving is. De stelselhouder kan een of meerdere partijen aanwijzen die de bevoegdheid hebben of krijgen om te monitoren of implementatierichtlijnen gevolgd worden. Deze partij(en) moeten controlerende en handhavende middelen hebben of krijgen. Denk aan een partij als de IGJ op het gebied van registratie, en partijen die infrastructuur voor uitwisseling beheren (VZVZ, andere leveranciers van gekwalificeerde Twiin-knooppunten) op het gebied van uitwisseling. De stelselhouder moet ook een duidelijke keuze maken in welke partij gemonitord wordt (de kliniek of de leverancier). Monitoring moet zodanig worden vormgegeven dat er géén extra (handmatige) werkzaamheden vereist worden van zorginstellingen.

4.3 Knelpunt: standaardisatie van registratie- en uitwisselingsprocessen

Gebruik van meerdere codestelsels naast elkaar: gebruik van SNOMED-gecodeerde begrippen is geen verplicht onderdeel in veel gegevenselementen binnen informatiestandaarden, waardoor klinieken en leveranciers keuzes maken tussen verschillende codestelsels. Dit leidt tot uitwisselingsproblemen. Klinieken die bijvoorbeeld allergieën vastleggen conform SNOMED ervaren interoperabiliteitsproblemen met klinieken die hiervoor de G-standaard hanteren. Dit gebrek aan uniformiteit belemmert gestandaardiseerde zorgregistratie en gegevensuitwisseling. Daarnaast wekt het gebrek aan uniformiteit een gevoel van willekeur op. Het is onduidelijk waar de markt aan toe is.

Ongeschikt datamodel: het doel van SNOMED is het bereiken van eenheid van taal zodat gegevens eenduidig kunnen worden vastgelegd, uitgewisseld en hergebruikt. Een aantal EPD's in het klinieklandschap is niet ontworpen met interoperabiliteit als uitgangspunt. Sommige leveranciers bieden geen automatische koppelingen tussen datavelden die dezelfde informatie horen te bevatten (zoals allergieën of diagnoseregistraties) waardoor bijvoorbeeld ZIB's nog handmatig moeten worden gevuld. Dit maakt voor die leveranciers de integratie van SNOMED complex en foutgevoelig. Zolang het datamodel van een leverancier niet past bij het daadwerkelijk eenduidig registreren, het hergebruiken van data en het uitwisselen van gestandaardiseerde gegevens, zal de implementatie van SNOMED eerder gaan over het geschikt maken van een specifiek EPD voor uitwisseling, dan om de daadwerkelijke implementatie van SNOMED.

Dat heeft direct gevolgen voor eventuele stimuleringsfinanciering. Eventuele middelen die bedoeld zijn om SNOMED implementatie te bewerkstelligen moeten primair dáárvoor gebruikt worden. Het geschikt maken van een bestaand product aan de eisen die we met elkaar stellen rond interoperabiliteit en hergebruik van gegevens is een proces wat een leverancier zelf moet doorwerken om het product in lijn te houden met de eisen van de moderne tijd. Klinieken en de stelselhouder zullen zichzelf moeten afvragen waar eventuele stimuleringsgelden het beste aan kunnen worden besteed. Voor klinieken kan het een overweging zijn te wisselen van EPD leverancier met oog op zinnige inzet van gelimiteerde middelen.

4.4 Aanbeveling: standaardisatie van registratie- en uitwisselingsprocessen

Het RIVM (2018) en Nictiz (2024) stellen dat standaardisatie essentieel is voor semantische interoperabiliteit en foutreductie. Uniformiteit in medische gegevensuitwisseling wordt bereikt door

afspraken over het gebruik van SNOMED vast te leggen in alle lagen van het interoperabiliteitsmodel. Dat betekent dat een beleidskeuze in zichzelf niet voldoende is, maar dat deze vertaalt dient te worden naar impact op de zorgprocessen, verwerkt moet worden in informatiestandaarden, op laagdrempelige wijze moet worden ingebouwd in applicaties en moet worden getoetst op correct gebruik in de diverse infrastructuren. Voor elke specifieke niveau-afpraak moet het daarom duidelijk wie verantwoordelijk is voor uitvoering. Deze afspraken moeten SMART geformuleerd zijn, er moeten controle- en handhavingsmechanismen zijn en er moet sprake zijn van accountability in het geval van non-compliance. Dat kan op een aantal manieren worden bereikt:

Minimaliseer het gebruik van verschillende codestelsels voor dezelfde registraties: Klinieken signaleren dat het huidige gebruik van meerdere stelsels inefficiëntie en verwarring veroorzaakt. Nictiz (2024) benadrukt dat uniforme implementatie in informatiestandaarden een fundamentele stap is voor het realiseren van interoperabiliteit. Het gebruik van meerdere codestelsels naast SNOMED moet worden beperkt en indien mogelijk uit gefaseerd om uniformiteit te waarborgen. Daarvoor moet Nictiz in samenspraak met de houders van de verschillende informatiestandaarden deze reviseren om daar waar mogelijk exclusief gebruik van SNOMED-terminologie in te bedden.

Consequentie voor klinieken: Leveranciers die meerdere codestelsels ondersteunen, en de klanten die daarvan gebruik maken, zullen hun inrichting en processen moeten aanpassen op het moment dat de informatiestandaarden daar waar mogelijk het gebruik van enkel SNOMED gaan voorschrijven.

Ga als leveranciers proactief aan de slag met het aanpassen van het onderliggende datamodel als dit noodzakelijk is voor interoperabiliteit en hergebruik van gegevens. Een aantal EPD's zal moeten worden aangepast om SNOMED consistent te integreren, met automatische koppelingen tussen datavelden. Dit vereist voor sommige EPD's een fundamentele verbouwing van hun datamodel. Het is de vraag of deze leveranciers de opgave aankunnen. In enkele gevallen zal bewuste non-compliance goedkoper zijn dan het volgen van eventuele wet- en regelgeving, zeker als monitoring en handhaving slechts sporadisch plaatsvindt. Er zal door de stelselhouder een beleidsbesluit genomen moeten worden over de wenselijkheid hiervan, en eventuele consequenties die daaraan verbonden worden.

Consequentie voor klinieken: klinieken die gebruik maken van een leverancier waarvoor SNOMED-implementatie een grote opgave is, zullen moeten kiezen voor een switch van leverancier, het (mede) financieren van een significante verandering van het EPD of bewuste non-compliance.

4.5 Knelpunt: distributie van referentiesets

Distributie van referentiesets is niet eenduidig geregeld: vooral leveranciers hebben vragen over wie SNOMED-referentiesets uiteindelijk gaat distribueren, en wie verantwoordelijk is voor het verder opstellen van referentiesets (zie ook regie op inhoud). Vanuit de VIPP-trajecten hebben sommige leveranciers eigen referentiesets opgesteld aan de hand van beschikbare SNOMED-lijsten. Andere leveranciers kiezen voor het gebruik van bijvoorbeeld de DT. Het gebruik van verschillende referentiesets voor dezelfde soort registraties leidt in de praktijk tot uitwisselingsproblemen.

4.6 Aanbeveling: distributie van referentiesets

Als er een proces is ingericht voor het opstellen en beheren van referentiesets (zie aanbeveling “Regie op inhoud”) moet er ook een proces zijn voor het distribueren van referentiesets, om te voorkomen dat partijen met eigen referentiesets gaan werken. Het gebruik van verschillende referentiesets binnen een sector voor eenzelfde soort gegevens is met oog op interoperabiliteit totaal onwenselijk. Ook Nictiz (2024) benadrukt dat een centraal distributieproces nodig is om uniformiteit en actualiteit te waarborgen. De NVZ (2023) wijst er op dat een gecentraliseerde aanpak administratieve lasten verlaagt en consistentie in de zorg bevordert. Daarvoor zijn er twee mogelijke scenario’s:

1. **Vrije aanpak:** De samengestelde sets worden gedistribueerd via Nictiz. Nictiz is het aanspreekpunt voor leveranciers- en eindgebruikersvragen over de referentiesets en stemt af met de wetenschappelijke verenigingen. Dit model biedt flexibiliteit voor leveranciers en instellingen, omdat men op eigen wijze gebruik kan maken van de verschillende mogelijkheden die Nictiz biedt. Dit model is kosteloos voor klinieken en leveranciers als Nictiz de distributie van referentiesets op eenzelfde manier uitvoert als dat op dit moment voor de complete SNOMED-set gebeurt. Dit model vereist aanvullende regie en toezicht, om te garanderen dat eindgebruikers up-to-date blijven met de laatste ontwikkelingen. Dit model kent ook een risico wanneer er een tussenlaag ontstaat tussen eindgebruikers en Nictiz met allemaal eigen afleidingen naar bijvoorbeeld DBC-trajecten of andere codestelsels. Op dat moment kan er een probleemverschuiving optreden met een interoperabiliteitsprobleem op het niveau van eventuele afleidingen.
2. **Gestuurde aanpak:** De samengestelde referentiesets worden beheerd, aangevuld en gedistribueerd door een centrale partij. Op dit moment is in elk geval binnen de MSZ de meest voor de hand liggende partij hiervoor DHD. Deze partij verzorgt naast distributie ook de controle van afleidingen naar andere codestelsels en vervult idealiter ook een rol in de vertaling van concepten vanuit de MSZ naar andere sectoren. Binnen dit scenario zou DHD een formele extra taak krijgen voor tenminste de MSZ, maar mogelijk ook daarbuiten. DHD neemt op dat moment een actieve rol in het verder uitbreiden van het aantal referentiesets, is het primaire aanspreekpunt voor leveranciers en klinieken wanneer er terminologie wordt gemist en verzorgt de inhoudelijke toetsing van afleidingen met wetenschappelijke verenigingen of beroepsbelangencommissie’s. Dit model brengt kosten met zich mee voor het gebruik van de diensten van DHD. Die kosten zijn afhankelijk van de omzet van een kliniek. ZKN kan mogelijk een rol spelen bij het gezamenlijk inkopen bij DHD voor leden als voor deze route wordt gekozen.

Consequentie voor klinieken: indien gekozen wordt voor de vrije aanpak dienen klinieken zich te laten informeren over hoe afleidingen van SNOMED-termen naar DBC-registraties vorm moeten krijgen. Indien gekozen wordt voor de gestuurde aanpak dienen klinieken een gebruiksovereenkomst met DHD af te sluiten, al dan niet door een koepelovereenkomst van ZKN met DHD.

4.7 Knelpunt: financiering

Implementatiekosten. Zowel leveranciers als klinieken noemen de kosten voor implementatie en initiële scholing als belangrijke drempels. Voor kleine klinieken zijn deze kosten moeilijk te dragen

zonder externe financiële stimulering. Kosten moeten daarbij wel in het perspectief worden geplaatst van de verwachte meerwaarde, die voor de meeste klinieken vrij klein is.

Structurele financiering. Zowel klinieken als leveranciers benoemen dat er structurele financiering nodig is wanneer SNOMED-implementaties moeten worden beheerd en nieuw personeel moet worden geschoold. Klinieken hebben soms moeite met mogelijke structurele kosten van SNOMED. Gelet op het ervaren gebrek aan meerwaarde is eigenlijk alles teveel. Er wordt gevreesd voor een onverwachte forse toename van leverancierskosten.

4.8 Aanbeveling: financiering en borging van implementatie, beheer en onderhoud

Een duurzaam financieringsmodel ondersteunt implementatie, beheer en onderhoud. Naast incidentele kosten voor initiële implementatie zijn er structurele kosten voor beheer en onderhoud. Klinieken en leveranciers benoemen de noodzaak van stimuleringsbudgetten, een standpunt dat wordt gedeeld door D&A (2022) en NVZ (2023). In een ideale situatie is voor het veld duidelijk welke kosten door welke partij gedragen worden. Hiertoe moeten de stelselhouder en -financier afspraken met het zorgveld maken.

Implementatiekosten: klinieken zien implementatiekosten als een risico. De vraag is in welke mate er ook daadwerkelijk implementatiekosten zijn. Als een leverancier de basis van het EPD op orde heeft en er hergebruik van gegevens binnen het EPD mogelijk is, vallen de implementatiekosten voor de DT mee. De kliniek zal weliswaar kosten moeten maken voor het gebruik van de DT, maar heeft verder enkel te maken met interne kosten voor bijvoorbeeld het wennen aan gestructureerd registreren in plaats van via open tekst. Voor complexere implementaties van SNOMED, zoals de VT, is er wel degelijk sprake van interne kosten voor het analyseren van de eigen zorgpaden en het in kaart brengen waar de implementatie van de VT meerwaarde heeft. Voor dit type implementatie zal er financiering moeten komen in de vorm van een implementatiesubsidie. Gelet op het diverse landschap is het in het geval van klinieken niet zinnig om net zoals de ziekenhuizen een aantal proeftuinen in te richten voor bijvoorbeeld de implementatie van de VT die als voorbeeld dienen voor alle klinieken. Klinieken zullen een betere kostenindicatie kunnen afgeven en meer van elkaar kunnen leren wanneer klinieken die klant zijn bij een zelfde leverancier en die eenzelfde soort zorg leveren gezamenlijk een VT-implementatietraject doorlopen.

Structurele financiering: Een langdurig financieringsmodel voor leveranciers en instellingen is essentieel om continuïteit te garanderen en consistentie in implementatie en gebruik te ondersteunen. Deze kosten zullen deels zitten in leverancierskosten voor beheer en onderhoud, en eventueel deels in de licentiekosten voor DHD. Omdat voor klinieken er relatief vaak geen financiële besparing te realiseren valt met Eenheid van taal binnen de MSZ, kan niet van klinieken gevraagd worden om deze extra kosten te dragen uit de reguliere exploitatie. Een langdurig financieringsmodel kan zorgen voor continuïteit en consistentie in de implementatie en gebruik. Hierover zal ZKN in gesprek moeten gaan met VWS. De kanttekening die wel gemaakt moet worden is dat leveranciers die al verder zijn met SNOMED-implementatie aangeven dat de beheerskosten van SNOMED meevallen en dat deze werkzaamheden vaak binnen de reguliere dienstverlening van een leverancier vallen. De mate waarin er daadwerkelijk structurele financiering voor klinieken nodig is voor beheerskosten van SNOMED is op dit moment niet te achterhalen.

Consequentie voor klinieken: klinieken zullen vooral tegen kosten aanlopen wanneer óf een leverancier forse productaanpassingen moet doorvoeren voordat SNOMED geïmplementeerd kan worden, óf een complexer deel van SNOMED moet worden geïmplementeerd. Zolang er geen verplichting tot implementatie komt manifesteren deze kosten zich alleen wanneer een kliniek zelf actie onderneemt op implementatie. In de praktijk zal dat enkel gebeuren wanneer er ook stimuleringsfinanciering is waardoor de impact voor klinieken klein zal zijn.

4.9 Knelpunt: urgentie, kennis en gebruik van SNOMED-gebaseerde registratie

Urgentie en relevantie. Veel klinieken en leveranciers zien zonder verplichting geen reden om te investeren in SNOMED. Dit geldt vooral voor klinieken die weinig gegevens uitwisselen met andere zorgverleners. Voor hen zitten de voordelen van SNOMED te veel op macroniveau. Ook wordt binnen de klinieken SNOMED vaak gezien als een extra administratieve last in plaats van een noodzakelijke verbetering waarbij er een disproportionaliteit bestaat tussen de kosten en baten. SNOMED ‘voelt’ niet relevant op het moment dat in de praktijk weinig wordt gemerkt van vermindering in de administratieve last na SNOMED-implementatie.

Kennis en scholing. Veel klinieken geven aan niet te weten hoe SNOMED optimaal kan worden gebruikt. Er is behoefte aan duidelijke communicatie over best practices, evenals training in de technische en praktische toepassingen van SNOMED. Zonder voldoende scholing wordt SNOMED door zorgverleners vooral gezien als een extra administratieve last.

Gebruik in de praktijk. Zelfs als systemen de mogelijkheid bieden om conform SNOMED te registreren, kan het zo zijn dat er ook alternatieven gebruikt worden (bijvoorbeeld omdat er ook open tekstvelden bij de registratie aangeboden worden en zorgverleners het gebruik daarvan uit gewoonte prefereren). Een aantal klinieken geeft aan het stimuleren van gedragsverandering op dit gebied complex te vinden.

4.10 Aanbeveling: urgentie, kennis en gebruik van SNOMED-gebaseerde registratie

In een toekomstbestendige zorgsector begrijpen zorgverleners niet alleen de werking van SNOMED, maar ook de voordelen ervan. Doorlopende scholing en een goed ingericht change management-proces zorgen voor een soepele integratie in dagelijkse werkprocessen. Eenheid van taal moet ‘normaal’ zijn. Klinieken geven aan op zoek te zijn naar best-practices. NVZ (2023) en Nictiz (2024) benadrukken dat scholing en change management essentieel zijn voor een succesvolle en duurzame implementatie.

Urgentie. Zoals ook blijkt uit de praatplaat ‘Belemmeringen voor het gebruik van SNOMED CT in het ziekenhuis’ wordt de urgentie van SNOMED-implementatie niet gevoeld in het veld. De aanbevelingen uit deze praatplaat gelden daarom ook onverkort voor klinieken. Specifiek voor kleine, sterk gespecialiseerde of afwijkende zorginstellingen geldt verder dat de meerwaarde van SNOMED-implementatie ook daadwerkelijk niet aanwezig is. Het ketenvoordeel van Eenheid van taal in hun registratie is (zo goed als) niet aanwezig, omdat zij maar een zeer beperkte groep patiënten behandelen, informatie vastleggen die elders in de keten zelden tot nooit noodzakelijk of relevant is of omdat hun zorgprocessen zo specifiek zijn dat ze zich eigenlijk niet lenen voor SNOMED-registratie. Er zal daarom ook een beleidsbesluit genomen moeten worden over hoe om te gaan met deze specifieke uitzonderingen.

Kennis en scholing. Zorgverleners worden zowel tijdens hun opleiding als in hun werk continu bijgeschoold, en veranderingen in referentiesets moeten proactief en duidelijk gecommuniceerd worden. Het inbedden van het belang van eenheid van taal in het algemeen in de verschillende relevante opleidingen is aan te bevelen. Dit kan zowel via de zib-transitie (onder leiding van Nictiz) als het SNO-MED-veldteam gerealiseerd worden. Het is verder aan te bevelen dat er bij verdere implementatie van SNOMED door klinieken en leveranciers een “knoppentraining” beschikbaar komt voor bestaand én nieuw personeel.

Scholing voor klinieken verschilt echter wel van scholing binnen ziekenhuizen. Waar voor die laatste groep gewerkt wordt aan digitaal-ambassadeurschap en aan “train de trainer”-programma’s, zijn klinieken veel kleinschaligere organisaties met vaak overzichtelijkere zorgpaden. Klinieken kunnen bij verdere implementatie van SNOMED beter de focus leggen op changemanagement rond gestandaardiseerde vastlegging, vooral als er op dit moment nog in open tekst wordt geregistreerd.

Gebruik in de praktijk. EPD-systemen moeten zo aangepast worden dat (daar waar relevant) registratie zonder gebruik van de juiste velden en SNOMED-termen praktisch niet mogelijk is. Klinieken moeten bewezen effectieve manieren aangereikt krijgen om gedragsverandering bij zorgprofessionals te bewerkstelligen. Het is aan te bevelen dat klinieken hier centraal bij worden ondersteund door bijvoorbeeld ZKN.

Consequentie voor klinieken: personeel dat registreert in EPD’s zal moeten worden getraind in het gebruik van de nieuwe mogelijkheden en zal op de hoogte moeten worden gebracht van nut en noodzaak van gebruik van SNOMED. Vooral klinieken die nog registreren in open tekst zullen aandacht moeten hebben voor changemanagement in de transitie naar gestandaardiseerde vastlegging.

5. Als SNOMED moet worden geïmplementeerd: advies aan ZKN

Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) heeft, als het gaat om SNOMED-implementatie bij klinieken, een dubbele rol. Enerzijds is ZKN een belangenbehartigingsorganisatie en als het gaat om SNOMED-implementatie hebben de meeste leden van ZKN in het huidige beleidslandschap geen interesse om aan de slag te gaan met de implementatie daarvan. Anderzijds staat ZKN, en staan daarmee ook de leden van ZKN, achter het uitvoeringsakkoord waarbinnen SNOMED-implementatie een speerpunt is.

Als ZKN op basis van het uitvoeringsakkoord in de nabije toekomst stappen wil zetten richting het stimuleren van bredere SNOMED-implementatie zal ze, gezien de nog onduidelijke landelijke regie, het ontbreken van verplichtingen en intrinsieke motivatie, voor een deel zelf en in samenspraak met de rest van de MSZ richting moeten bepalen in SNOMED-implementatie om zo haar leden te ondersteunen. Gelet op alle veranderingen die op de zorgmarkt afkomen en op toekomstige verplichtingen van de EHDS is wachten met verdere SNOMED-implementatie niet verstandig. Het is aan ZKN om dit op een goede manier over te brengen aan de diverse leden.

Hieronder worden de aan de hand van 3 hoofdthema's de belangrijkste aanbevelingen aan ZKN gepresenteerd, gebaseerd op de specifieke context van zelfstandige klinieken:

1. Neem een proactieve rol in het voorlichten, scholen en ondersteuning van leden.
2. Werk in het bredere speelveld aan consistentie in kaders en richtlijnen.
3. Blijf systeemknelpunten signaleren zoals financiering en capaciteitsgebrek en adresseer deze actief bij de stelselhouder.

5.1 Proactieve rol

Adresseer het gebrek aan urgentiegevoel, maar blijf wel reëel: Het gebrek aan urgentiegevoel onder klinieken is een significant obstakel voor verdere implementatie van SNOMED. ZKN kan dit aanpakken door de directe voordelen van SNOMED-implementatie zichtbaar te maken. Dit omvat praktische voordelen zoals foutreductie in registratie, administratieve lastenverlichting en verbeterde gegevensuitwisseling met andere zorgpartijen. Door case studies en succesverhalen te delen, kan ZKN het draagvlak vergroten en de noodzaak van SNOMED benadrukken. Hierbij moet altijd benadrukt worden dat deze voordelen pas gerealiseerd kunnen worden als de bouw en implementatie op de juiste wijze gebeurt (gezamenlijk ontwikkeltraject van klinieken én hun leverancier, naadloze integraties en gebruiksvriendelijke ontwerpen). Overweeg om voor het bouwen van use-cases samen te werken met een aantal klinieken en leveranciers die al verder zijn met SNOMED-implementatie en maak de voordelen op dat niveau tastbaar.

Daarnaast kan ZKN zich blijven inzetten om de voordelen van SNOMED-implementaties in de breedte te vergroten. Bijvoorbeeld door te lobbyen voor het snel ontsluiten van verwijzingen vanuit de huisarts conform SNOMED, of de registratie van kwaliteitsdata op basis van SNOMED. Kortom, door alle standaardisatie te stimuleren die bijdraagt aan daadwerkelijke en concrete verlichting van administratieve lasten. Hoe tastbaarder de voordelen van SNOMED, hoe groter het implementatiedraagvlak.

Dat neemt niet weg dat SNOMED niet voor alle leden van ZKN past. Er zijn nu eenmaal klinieken die nooit echt meerwaarde gaan ervaren van SNOMED. In dat geval moet duidelijk voor ogen blijven staan dat de implementatie van SNOMED niet een doel op zich is. Het doel is eenheid van taal. Als SNOMED aantoonbaar niet past bij een kliniek, en het registreren van gegevens binnen die kliniek

conform SNOMED geen bijdrage levert aan het bereiken van de doelstelling moet worden onderzocht of een uitzondering nodig is. Als de implementatie van SNOMED wordt gestimuleerd door ZKN, focus dan op de pakweg 80% van de klinieken waar SNOMED-implementatie daadwerkelijk meerwaarde kan hebben.

Ondersteun de achterban met praktische middelen: Als landelijke regie en verplichtingen uitblijven, en ZKN wil invulling geven aan de afspraken in het Uitvoeringsakkoord, zal ZKN in samenspraak met de rest van de MSZ zelf initiatieven moeten ontplooien om de implementatie van SNOMED te stimuleren. Dit kan door het faciliteren van kennisdeling, het opzetten van gezamenlijke inkoopstructuren (zie het hoofdstuk “Gezamenlijk opdrachtgeverschap”) en het ontwikkelen van implementatiekaders. ZKN kan hierbij een ondersteunende rol spelen door samen met klinieken en leveranciers richtlijnen en best practices te ontwikkelen die specifiek zijn toegespitst op zelfstandige klinieken, gezien hun specifieke kenmerken zoals kleinere schaalgrootte en gespecialiseerde zorgpaden. Het is wel belangrijk dat op het niveau van referentiesets en het ontsluiten van SNOMED uniformiteit ontstaat binnen de MSZ.

5.2 Consistentie in kaders en richtlijnen

Werk samen met DHD. Stimuleer implementatie van SNOMED door te beginnen met het stimuleren van het implementeren van de DT. DHD speelt een sleutelrol als beheerder van referentiesets zoals de Diagnosethesaurus (DT) en Verrichtingthesaurus (VT). Het gebruik van de diensten van DHD is niet ‘verplicht’, maar uniformiteit in het gebruik van referentiesets is cruciaal. Stimuleer de implementatie van de DT op alle plekken waar dat past. Bij veel klinieken kan er op korte termijn winst worden geboekt doordat op technisch vlak de mogelijkheden er al zijn om de DT te gebruiken. Wijs leveranciers die nog niet kunnen omgaan om de DT op de landelijke ontwikkelingen en de noodzaak om mee te stappen. Ga samen met DHD in gesprek met klinieken die bang zijn registraties te missen. Maak indien mogelijk bindende afspraken met leden om de DT te gaan gebruiken en ga met DHD in gesprek over een vaste prijs voor het gebruik van de verschillende thesauri voor alle leden van ZKN, al dan niet betaald door ZKN via de lidmaatschapsbijdragen. Betrek DHD bij de informatieverstrekking aan leden zodat er meer kennis groeit bij leden over hoe afleidingen naar bijvoorbeeld DBC’s werken, om zo angst over onder registratie tegen te gaan. Verstrek daarnaast informatie over de verdere ontwikkelingen in het werkveld zoals over het ontsluiten van episodidata op basis van SNOMED, het up- en downcoden van SNOMED-registratie in de uitwisseling met andere zorgverleners en de uitwisseling van gegevens met andere sectoren.

Sluit waar mogelijk aan bij verdere ontwikkelingen binnen de MSZ. Het NVZ-rapport biedt waardevolle inzichten, maar ZKN kan deze niet volledig één-op-één toepassen vanwege de unieke kenmerken van zelfstandige klinieken. Waar ziekenhuizen actief starten met de implementatie van de Verrichtingthesaurus (VT), is deze bij nog geen enkele kliniek in gebruik. ZKN moet daarom prioriteiten stellen, zoals een focus op de Diagnosethesaurus (DT). Dit vraagt om een maatwerkbenadering die rekening houdt met de specifieke behoeften en beperkingen van klinieken. Implementatie van de VT kan worden gestimuleerd bij klinieken die in de praktijk de meeste meerwaarde zullen ervaren van de VT. Stimuleer die klinieken om met gelijksoortige klinieken en hun leveranciers samen te werken om te komen tot een goede VT-implementatie.

Voor wat betreft scholing zullen klinieken minder aansluiting vinden bij de rest van de MSZ, waar meer de nadruk licht op ambassadeurschap en e-learnings. Qua vorm en kosten zijn dat middelen die

niet per se passen bij de meeste klinieken. Klinieken hebben meer aan ondersteuning bij changemanagement en aan praktische handvatten die verder gaan dan een algemeen overzicht over SNOMED-implementatie. Investeer in een concrete en praktische kennisbank voor projectleiders van klinieken. Haal waar mogelijk informatie op bij de rest van de MSZ maar focus op de overdracht van praktische handvatten aan klinieken. Ondersteun gesprekken tussen klinieken en leveranciers als mogelijk en werk actief toe naar de implementatie van de DT bij de meerderheid van de klinieken. Experimenteer parallel met een klein aantal leveranciers en klinieken aan de hand van concrete use-cases met de implementatie van de VT.

Blijf pleiten voor eenduidig gebruik van codestelsels. Het eenduidig gebruik van codestelsels zoals SNOMED, is essentieel voor interoperabiliteit en gegevensuitwisseling. Als ZKN SNOMED-implementatie wil stimuleren zal zij zich ook hard moeten maken voor de harmonisatie van codestelsels door de positie van SNOMED binnen de zorg te versterken, bijvoorbeeld door actief samen te werken met beleidsmakers en andere sectorpartijen. Hierbij kan ZKN aandringen op het uitfasen van concurrerende codestelsels, zoals de G-standaard, in specifieke domeinen waar SNOMED meerwaarde biedt. ZKN moet naar een “comply-or-explain”-beleid streven rond het gebruik van SNOMED in kwaliteits- en informatiestandaarden en dit bij stelselpartners adresseren. Daarbij is het wel belangrijk dat uniformiteit in de MSZ belangrijker is dan het uitfasen van andere codestelsels. Zolang er maar eenduidigheid is.

5.3 Systeemknelpunten adresseren

Capaciteitsgebrek bij Klinieken. Veel zelfstandige klinieken hebben beperkte capaciteit om SNOMED te implementeren, zowel in termen van personeel als financiële middelen. Voor verdere SNOMED-implementatie vormt dat een aanzienlijke belemmering, vooral omdat de implementatie van de complexere delen van SNOMED vraagt om technische expertise, procesmatige aanpassingen en training van zorgprofessionals. Om deze uitdagingen aan te pakken, kan ZKN een breed ondersteuningsprogramma opzetten gericht op capaciteitsopbouw en praktische begeleiding, waarbij scholing en training een belangrijke rol spelen. Zorgprofessionals kunnen via knoppentrainingen en workshops leren hoe SNOMED het beste geïmplementeerd en gebruikt kan worden. ZKN kan daarnaast een ‘expert pool’ samenstellen die klinieken kan ondersteunen bij technische en procesmatige implementatie.

ZKN zit in een goede positie om de regionale samenwerkingen tussen klinieken te faciliteren, zodat middelen zoals IT-specialisten of trainers efficiënter worden benut en kennis en best practices kunnen worden gedeeld, wat de implementatie van SNOMED versnelt en verbetert. Tot slot kunnen digitale tools en standaard templates zoals draaiboeken, implementatiechecklists en voorbeelddocumentatie worden ontwikkeld om klinieken te ondersteunen bij het opstarten van hun SNOMED-trajecten.

De noodzaak van externe financiering: Zelfstandige klinieken hebben beperkte financiële ruimte om de initiële en structurele kosten van SNOMED-implementatie te dragen. Externe financiering is daarom onmisbaar. ZKN kan lobbyen bij beleidsmakers voor stimuleringsbudgetten en structurele financiering vanuit VWS of zorgverzekeraars. Zonder financiële ondersteuning blijft de adoptie beperkt tot klinieken die de middelen al hebben, wat de uniforme implementatie ondermijnt.

ZKN kan tegelijkertijd onderzoeken of financieringsopties zoals kostendeling tussen klinieken binnen dezelfde regio of met dezelfde leverancier kunnen worden gerealiseerd, waardoor niet alleen de implementatie haalbaarder wordt, maar zelfstandige klinieken ook beter worden voorbereid op bredere digitalisering en standaardisatie binnen de zorg.

6. Gezamenlijk Opdrachtgeverschap: Een Analyse

Een vereniging als ZKN heeft drie doelen: belangenbehartiging, sectorontwikkeling en diensten leveren aan en voor leden. Vanuit sectorontwikkeling en vanuit dienstenleverantie kan ZKN een positieve bijdrage leveren aan de uitvoering van de hierboven vermelde aanbevelingen. Een van de rollen die ZKN zou kunnen vervullen zit op het vlak van gezamenlijk opdrachtgeverschap.

Gezamenlijk opdrachtgeverschap is het gezamenlijk aansturen en beheren van een ontwikkel-, inkoop- of inrichtingstraject. Dit concept vraagt om diepere samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld rondom het opstellen van eisen, keuzes in ontwerp, en toezicht op de implementatie.

Gezamenlijke opdrachtgeverschap – mag dat?

In haar leidraad 'goedwerkende markten voor zorg ICT' (2023) benadrukt de ACM dat gezamenlijke inkoop en contractering tussen afnemers van zorg-ICT, zoals ZKN-leden, toegestaan is onder de mededingingsregels wanneer deze bijdragen aan een betere werking van markten. Samenwerking kan de onderhandelingspositie van kleinere organisaties, zoals zelfstandige klinieken, versterken tegenover grotere zorg-ICT-leveranciers.

Voorwaarde voor dergelijke samenwerkingen is dat zij transparant en open zijn, met objectieve en niet-discriminerende toetredingscriteria. Bovendien mogen dergelijke overeenkomsten niet leiden tot exclusieve inkoopverplichtingen die concurrentie beperken. De ACM acht gezamenlijke inkoop juist vaak wenselijk in markten waar afnemers een zwakke onderhandelingspositie hebben, zoals bij zorg-ICT. Dit betekent dat ZKN als koepelorganisatie een actieve rol kan spelen in het coördineren van gezamenlijke inkooptrajecten en het ontwikkelen van standaardcontracten, zonder de mededingingsregels te schenden, mits aan deze voorwaarden wordt voldaan.

Gezamenlijke opdrachtgeverschap is iets wat veelvuldig ter sprake is gekomen in de gesprekken met klinieken. Zij geven aan een zekere mate van afhankelijkheid te ervaren van leveranciers. Vooral kleinere klinieken geven aan het idee te hebben de ontwikkelstrategie en keuzes van een leverancier te 'moeten volgen'. Die perceptie leidt er toe dat er vanuit klinieken minder proactief onderhandeld wordt over de eigen implementatiewensen. Leveranciers geven daartegenover juist aan bereid te zijn klantwensen goed te wegen en een breder gedragen klantwens mee te nemen in de ontwikkelstrategie en roadmap. Er lijkt deels sprake van een verschil in perceptie, wat overbrugd kan worden door met verschillende klinieken die allemaal klant zijn bij eenzelfde leverancier gezamenlijk een vraagarticulatietraject doorlopen. Dat brengt een aantal voordelen met zich mee:

- Gedurende een vraagarticulatietraject ontstaat er kennisdeling tussen verschillende klinieken, wat helpt met een complete specificatie van een ontwikkelvraag waardoor er minder verandering gedurende en na ontwikkeling nodig is.
- Gezamenlijke vraagarticulatie zorgt voor een specifiekere opdracht aan een leverancier zodat er kostenefficiënt gewerkt kan worden.

- Gezamenlijke vraagarticulatie zorgt voor zekerheid aan de kant van een leverancier omdat er direct gesproken kan worden over looptijd en volume van dienstverlening, wat gekoppeld kan worden aan het ontwikkeltraject.

Om in kaart te brengen hoe ZKN zou kunnen ondersteunen bij gezamenlijk opdrachtgeverschap zijn gesprekken gevoerd met onder andere stichting Legio, DHD, coöperatie Intrakoop en de Nederlandse GGZ. Op basis daarvan zijn drie scenario's opgesteld vanuit waar ZKN een positieve bijdrage kan leveren aan de implementatie van SNOMED. Er zijn drie randvoorwaarden voor elk scenario:

1. Er is budget beschikbaar voor SNOMED-implementatietrajecten, gefinancierd vanuit VWS of de leden van ZKN.
2. Er is een duidelijke implementatiedoelstelling met een beschrijving wat er geïmplementeerd moet worden, inclusief afspraken over distributie, samenstelling en beheer van referentiesets. Een eenduidige en centrale distributie van SNOMED referentiesets is wenselijk, maar geen harde randvoorwaarde.
3. De noodzaak tot implementatie van SNOMED gaat verder dan enkel een vrijblijvende richtlijn. Er is een verplichtend karakter (vanuit zelfbinding, vanuit wetgeving of vanuit een andere verplichting).

Elk scenario is hypothetisch en opgesteld op basis van wat mogelijk is, niet op basis van wat wenselijk is vanuit het perspectief van klinieken of leveranciers.

Scenario 1: Consultancy en begeleiding vanuit ZKN – ZKN ondersteunt

ZKN kan gebruikersgroepen en klinieken die klant zijn bij eenzelfde leverancier ondersteunen door kennisinbreng en begeleiding van een vraagarticulatietraject. ZKN stelt op dat moment kennis ter beschikking bij het opstellen van programma's van eisen (PvE's) en ondersteunt bij onderhandelingen met leveranciers. ZKN is niet gemandateerd om zelf te onderhandelen en de uiteindelijke contracten worden nog steeds gesloten door de individuele klinieken. De partners van ZKN in dit scenario zijn de gebruikersverenigingen en wanneer die niet aanwezig zijn een afvaardiging van individuele klinieken die klant zijn bij een bepaalde leverancier.

Randvoorwaarden en aanpak:

- ZKN voorziet in gespecialiseerde kennis en begeleiding om de verschillende gebruikersgroepen te ondersteunen bij het maken van inkoopafspraken. Die inkoopafspraken zijn gebaseerd op een concreet PvE en in lijn met de op dat moment geldende richtlijnen. Gespecialiseerde kennis kan ook door ZKN zelf worden ingebracht, of worden betrokken vanuit marktpartijen.
- Leveranciers worden gestimuleerd om standaardoplossingen te leveren door het bundelen van eisen en het minimaliseren van maatwerk. Er worden afspraken gemaakt over verdere standaardisering om ook toekomstig maatwerk te voorkomen.

Voordelen:

- Lagere kosten voor leveranciers door een afname van maatwerk.
- Beperkt de afhankelijkheid van ZKN als centrale partij, terwijl er wel gebruik gemaakt kan worden van de aanwezige expertise. Klinieken zijn nog steeds vrij om eigen keuzes te maken. ZKN vervult enkel een adviserende rol.

- Geen aanvullend financieel commitment. De kennisrol van ZKN wordt vanuit de reguliere begroting gedekt. De huidige begroting moet mogelijk worden opgehoogd, maar er is geen separaat financieel commitment vanuit de leden nodig buiten een reguliere begroting.

Uitdagingen:

- Vereist duidelijke afspraken over mandaat en tijdsinvestering van betrokken partijen.
- Minder directe controle van ZKN op uniformiteit van implementatie. Leden kunnen nog steeds kiezen voor diverse maatwerkoplossingen bij dezelfde leverancier. ZKN is niet gemandateerd om de onderhandeling namens de klinieken te voeren.

Scenario 2: Centrale inkoop van SNOMED implementatie via ZKN – ZKN neemt waar

Succesvolle SNOMED-implementatie staat of valt bij uniformiteit en standaardisatie. Om dat te kunnen bereiken kan ZKN namens haar leden de inkoop van de implementatie van SNOMED op zich nemen. ZKN heeft als vereniging mandaat nodig van leden.

ZKN vraagt mandaat aan haar leden om namens de leden te onderhandelen met alle leveranciers over SNOMED implementatie. De focus ligt op uniformiteit. Leveranciers die SNOMED al goed hebben ingericht worden getoetst aan de hand van een PvE, en wanneer er voldoende overlap is tussen functionaliteit en eisen niet verder meegenomen in het inkooptraject met oog op kostenbesparing. ZKN begeleidt het implementatietraject uit naam van haar leden bij de diverse EPD leveranciers, bewaakt budget en zorgt voor een goede afronding. Leden worden betrokken bij het opzetten van scholingstrajecten en changemanagement.

Omdat de inkoop voor alle leden wordt georganiseerd is er geen centrale inkooporganisatie nodig. ZKN ontvangt aanvullende financiering van alle leden voor het voeren van de onderhandelingen. De uiteindelijke kosten voor implementatie worden nog steeds gedragen door de diverse leden.

Randvoorwaarden en aanpak:

- ZKN heeft expliciete goedkeuring nodig van haar leden om namens hen te onderhandelen met EPD-leveranciers en implementatietrajecten te begeleiden. Dit vereist vertrouwen en een helder afgebakend takenpakket.
- Er moet een uniforme lijst van eisen worden opgesteld die als basis dient voor onderhandelingen met alle leveranciers. Dit PvE moet technische specificaties, functionele vereisten en kwaliteitscriteria omvatten.
- Leveranciers die al voldoen aan de gestelde eisen worden niet verder meegenomen in het inkooptraject. Dit voorkomt dubbele kosten en inspanningen. Als mogelijk wordt het voor deze leveranciers beschikbare budget meegenomen in de overige acquisitietrajecten.
- Leden moeten bijdragen aan de kosten voor de centrale inkooponderhandelingen, terwijl de implementatiekosten door individuele leden worden gedragen. Transparantie in kostenverdeling is essentieel.
- ZKN moet voldoende middelen en capaciteit hebben om de voortgang van het implementatietraject te monitoren en bij te sturen waar nodig.

Voordelen:

- Door centraal in te kopen en uniforme eisen te stellen, wordt de implementatie van SNOMED consistent uitgevoerd. Dit bevordert interoperabiliteit en foutreductie.
- Gezamenlijke onderhandelingen zorgen zeer waarschijnlijk voor lagere kosten per kliniek en verminderen de administratieve lasten. ZKN vertegenwoordigt een groot aantal leden, wat de positie van klinieken versterkt tegenover leveranciers.
- Door een centrale coördinatie wordt niet alleen de inkoop, maar ook de implementatiekwaliteit geborgd, inclusief ondersteuning bij changemanagement en scholing.
- Leveranciers hebben meer duidelijkheid over eisen en volumes, wat hen in staat stelt efficiënter te werken.
- De uniforme vorm van inkoop neemt alle leveranciers mee. Klinieken hoeven niet te kiezen om mee te gaan in het centrale inkoop traject. Er zal een prijsverschil zijn in de implementatietrajecten, maar aangezien de desbetreffende klanten de eventuele meerprijs dragen drukt dat niet op andere leden.

Uitdagingen:

- Het verkrijgen van mandaat en afstemmen van belangen tussen leden met uiteenlopende behoeften kan uitdagend zijn. Niet alle leden zullen dezelfde prioriteiten of budgetten hebben, zeker wanneer stimuleringsfinanciering uitblijft.
- Door de centrale rol van ZKN ontstaat een afhankelijkheidsrelatie, wat risico's met zich meebrengt als de implementatie vertraging oploopt of kosten hoger uitvallen. Klinieken verliezen voor een deel de mogelijkheid om bij te sturen op inkoop.
- Het verdelen van de kosten voor inkoop en implementatie tussen leden kan tot discussies leiden, vooral als kleinere klinieken zich benadeeld voelen.
- Het beoordelen van welke leveranciers al voldoen aan de gestelde eisen kan complex zijn, vooral als functionaliteiten slechts deels aansluiten bij het PvE. Wat wordt het criterium?
- Een centraal inkooptraject vereist tijd en kan langdurige commitment vragen van leden. Dit kan uitdagend zijn gelet op het steeds veranderende landschap van wet- en regelgeving en de daarmee samenhangende prioriteiten.

Scenario 3: Gezamenlijk inkooptraject met een centrale entiteit – ZKN voert op basis van mandaat centralisatie van inkoop door

In dit scenario wordt een gezamenlijke inkoopstructuur opgezet, vergelijkbaar met modellen uit andere sectoren, zoals de aanpak van Stichting Legio. Het doel van de inkooporganisatie is de inkoop van SNOMED implementatie bij die leveranciers die die leden kiezen. Leden die mee willen met dat traject richten samen met ZKN de inkooporganisatie op, waarin ook een afvaardiging van die leden participeert. De separate inkooporganisatie zorgt ervoor dat leden die niet mee willen in gezamenlijke inkoop, niet via hun lidmaatschapsbijdrage de inkooporganisatie toch bekostigen.

Een belangrijk verschil met scenario 2 is dat er hier gestuurd kan worden op bij welke leveranciers er wordt ingekocht. ZKN kan, in overleg met haar achterban, besluiten om (indien leveranciers niet kunnen voldoen aan gestelde eisen en kaders binnen een acceptabele prijs) niet bij deze leveranciers centraal in te kopen.

De inkooporganisatie voert namens de diverse leden de gesprekken met leveranciers en bedingt goede inkoopvoorwaarde. Niet participerende leden zullen eigen contracten moeten sluiten met een leverancier.

Randvoorwaarden en aanpak:

- ZKN moet een mandaat krijgen van deelnemende leden om namens hen te onderhandelen.
- Een niet te grote vertegenwoordiging van vijf tot zes klinieken neemt namens de leden deel aan de gezamenlijke inkoopstructuur.
- Er wordt gewerkt vanuit een collectieve aanpak, waarbij alle deelnemende klinieken zich committeren aan gezamenlijke keuzes, die worden vastgelegd in een uniform PvE.
- De inkoopentiteit onderhandelt met leveranciers en zorgt voor implementatieregels die de sectorbreed worden toegepast.

Voordelen:

- Collectieve aanpak versterkt de onderhandelingspositie ten opzichte van leveranciers.
- Inkoop vanuit mandaat vergroot draagvlak. Er is wat te kiezen. Op termijn kan vanuit de inkooporganisatie worden doorgestapt naar een keurmerk als middel om systeemkwaliteit te blijven toetsen.
- Minder maatwerk draagt bij aan standaardisatie.
- Draagt bij aan sectorbrede uniformiteit.

Uitdagingen:

- Vereist duidelijke afspraken over mandaat en tijdsinvestering van de afgevaardigden.
- Gezamenlijke inkoop via een inkooporganisatie vraagt een langetermijninvestering, zowel qua tijd als financieel. De structurele financiële borging van een inkooporganisatie is complex, en vraagt wanneer er geen structurele landelijke financiering is veel van de leden.
- Afstemming tussen verschillende behoeften en voorkeuren van klinieken kan complex zijn, zeker gezien verschillen in kliniek grootte
- Vraagt vertrouwen van de diverse leden die niet participeren in de afvaardiging in de inkooporganisatie. Er zullen altijd compromissen moeten worden gesloten.

Gezamenlijke inkoop van de DT

Voor goede registratie van SNOMED zijn eenduidige referentiesets nodig. Op dit moment worden er referentiesets aangeboden voor diagnoses en verrichtingen door DHD. DHD biedt naast DT en VT ook afleidingen aan naar andere codestelsels zoals DBC en ICD 10, en verkent afleidingen van en naar ICPC-codes. Het gebruik van de DT en VT kost geld. Niet voor leveranciers, wel voor klinieken. DHD hanteert een omzetgebonden prijsmodel en ZKN kan centraal bij DHD inkopen.

Conclusie

Er zijn meerdere scenario's denkbaar waarin ZKN een ondersteunende of proactieve rol heeft rond gezamenlijk opdrachtgeverschap. De keuze voor een bepaald scenario hangt vooral samen met de manier hoe ZKN zich wenst op te stellen ten opzichte van haar leden. De keuze voor kennisinbreng heeft direct toegevoegde waarde voor leden maar is geen garantie voor het bevorderen van uniformiteit in registratie en implementatie. De keuze voor centrale, directieve inkoop dwingt leden en leveranciers naar een bepaalde richting, maar vraagt veel van zowel ZKN als organisatie als van de diverse

leden. In dat scenario kan ZKN met meeste sturen met het grootste risico om gaandeweg het draagvlak van leden te verliezen. Gezamenlijke inkoop met leden heeft wanneer het commitment van leden er is de grootste kans op positieve verandering tegen de complexiteit van organisatie financiering. Inkooptrajecten duren lang en zijn complex waarbij het risico bestaat dat commitment vermindert bij een verre inkoophorizon. In alle scenario's kan er externe expertise ingeschakeld worden voor het opzetten van een ondersteunings- of inkoopstructuur.

Een niet uitgewerkt scenario waarbij ZKN een externe inkooporganisatie contracteert voor haar leden is mogelijk maar niet wenselijk. In zo'n scenario koopt ZKN inkoop in zonder controle op resultaat.

7. Kostencomponenten van SNOMED-implementatie

SNOMED-implementatie brengt kosten met zich mee voor zowel leveranciers als klinieken. Leveranciers krijgen minimaal te maken met implementatiekosten, terwijl een deel van de klinieken hun interne processen zal moeten aanpassen. ZKN wil inzicht in die kosten die gemaakt moeten worden door klinieken en leveranciers voor de implementatie, aangevuld met kosten voor scholing en stelselkosten.

Bij het uitzetten van de opdracht heeft ZKN gevraagd om de exacte bedragen die horen bij een SNOMED-implementatie traject in kaart te brengen. In dit rapport wijk ik na overleg met ZKN af van die opdracht en bespreek ik enkel de verschillende kostenposten om drie redenen:

- Kosten staan altijd in relatie tot een implementatieopdracht en de inhoud van die opdracht is nog niet bekend. Er is nog geen definitieve keuze gemaakt hoe SNOMED precies geïmplementeerd moet worden. Rekening houdend met de beleidslijn dat er gestart kan worden met de implementatie van de DT geven sommige leveranciers aan dat implementatiekosten minimaal zijn. De DT is bijvoorbeeld al geïmplementeerd of er wordt al gewerkt met vaste referentielijsten. Voor andere leveranciers is het implementeren van de DT wel mogelijk, maar niet relevant omdat er bijvoorbeeld geen diagnose wordt geregistreerd. Weer andere leveranciers geven aan het volledige product te moeten herontwikkelen voor de DT geïmplementeerd kan worden. Een kostenindicatie zegt op dat moment niets over de implementatiekosten van SNOMED in het algemeen, maar meer over welke kosten elke leverancier zou moeten maken om de DT te implementeren, en dat valt buiten de scope van deze opdracht.
- Er is een kwalitatief inrichtingsverschil tussen EPD's. In de praktijk blijkt het ingewikkeld om onderscheid te maken tussen 'kosten die enkel voortkomen uit de integratie van SNOMED' en 'kosten voor productaanpassing die nodig zijn om een EPD geschikt te maken voor goede implementatie van SNOMED'. Al zou er op leveranciersniveau een kostenoverzicht beschikbaar zijn is het maar de vraag of kosten inhoudelijk met elkaar te vergelijken zijn.
- Scholingskosten zijn misschien wel de meest tastbare groep aan kosten bij SNOMED-implementatie. Echter, gelet op het diverse landschap aan klinieken fluctueren deze kosten dusdanig dat een bandbreedte niet informatief meer is. Scholingsmateriaal voor SNOMED-gebruik en -implementatie wordt op dit moment ontwikkeld door diverse partijen in het land, meestal vanuit subsidietrajecten, en komt grotendeels vrij beschikbaar. Scholing varieert, afhankelijk van de complexiteit van de implementatie van SNOMED en het zorgtype dat binnen de kliniek wordt geleverd, van een simpele knoppentraining of een e-learning, tot een digital ambassadeurschap. Alle vormen van training hebben een eigen kostenplaatje en schalen met de complexiteit en het aantal zorg typen dat geleverd wordt door een kliniek. Kleine klinieken

zullen waarschijnlijk geen geld uitgeven aan training en scholing, terwijl grote klinieken mogelijk kiezen voor het intern opleiden van een trainer of ambassadeur.

In plaats van een precies kostenoverzicht worden de verschillende kostencomponenten van een SNOMED-implementatietraject daarom in kaart gebracht in drie tabellen. Stelselkosten worden enkel op hoofdlijnen geduid en een volledig overzicht van kosten op stelselniveau valt buiten de scope van dit rapport.

Tabel 1. Implementatiekosten klinieken		
Component	Incidentele Kosten	Structurele Kosten
Scholing	Opleidingskosten voor zorgverleners en administratief personeel bij de initiële implementatie van SNOMED.	Kosten voor bijscholing van bestaand en nieuw personeel, en training bij verdere implementatie van SNOMED
Toelichting	Scholing betekent verschillende dingen voor grote en kleinere klinieken. Bij kleinere klinieken is er minder sprake van scholing in de vorm van kennisoverdracht, en meer sprake van changemanagement (i.e. het wennen aan het via een vast format registreren). Voor grotere klinieken is scholing bijvoorbeeld het opleiden van een interne “SNOMED ambassadeur”, het ontwikkelen van een e-learning, training van de BI afdeling voor het maken van rapportages op SNOMED data, kennisoverdracht of knoppentraining. De kosten kunnen daarmee ook variëren in de range van nihil voor een kleine kliniek met een enkele medisch specialist tot tienduizenden euro's voor een grote kliniek.	
Aanpassen van werkprocessen	Kosten voor het analyseren en herinrichten van werkprocessen om SNOMED-gebaseerde registratie mogelijk te maken.	Geen structurele kosten, tenzij procesaanpassingen frequent nodig zijn vanwege veranderende eisen.
Toelichting	Dit is minder van toepassing voor zaken als diagnoseregistratie en komt eerder kijken bij het registreren van verrichtingen volgens SNOMED. Op basis van een zorgpad analyse kan ad-hoc worden bepaald welke verrichtingen binnen dat zorgpad horen en op basis van welke trigger, bijvoorbeeld een afspraaktype, de registratie vooraf wordt ingevuld. Ook kunnen er sjablonen worden ingericht wanneer de registratie niet volledig is te automatiseren. De kosten hiervoor zijn afhankelijk van de complexiteit van de gebruikte zorgpaden en de technische mogelijkheden van de EPD leverancier.	
Implementatie	Kosten voor de initiële aanpassing van systemen, infrastructuur en processen binnen de kliniek.	Geen structurele kosten, tenzij onderhoud van interne aanpassingen nodig is.
Toelichting	Aanpassingen van interne protocollen, rapportages of koppelingen tussen verschillende interne systemen. Kosten variëren van nihil voor kleine klinieken tot significant voor grote klinieken. Daarnaast zullen een aantal leveranciers kosten doorberekenen aan de kliniek voor het aanpassen van hun systemen.	
Licentiekosten (bijvoorbeeld DHD)	Geen incidentele kosten.	Doorlopende kosten voor toegang tot diensten zoals de Diagnosethesaurus (DT) en Verrichtingthesaurus (VT).
Toelichting	Als er eigen referentiesets worden opgesteld zijn de kosten afhankelijk van de complexiteit van die set. Als er gebruik wordt gemaakt van de diensten van DHD zijn de kosten afhankelijk van de omzet van de kliniek, waarbij het niet uithaalt van hoeveel referentiesets er gebruik wordt gemaakt. De kosten die	

	DHD rekent zijn relatief laag, maar worden op verzoek niet in deze rapportage opgenomen.	
Monitoring en kwaliteitsborging	Eenmalige kosten voor het opzetten van interne controlesystemen om SNOMED-registratie te monitoren en te verbeteren.	Structurele kosten voor het uitvoeren van regelmatige kwaliteitscontroles en audits binnen de kliniek.
Toelichting	Monitoring omvat het periodiek analyseren van registraties op consistentie, volledigheid en conformiteit met SNOMED-richtlijnen. Kosten zijn optioneel, zeker voor kleine klinieken, en afhankelijk van de inrichtingsmogelijkheden aan de kant van de EPD leverancier.	

Tabel 2. Implementatiekosten leveranciers

Component	Incidentele Kosten	Structurele Kosten
Systeemaanpassingen en implementatie	Kosten voor de eerste ontwikkeling en aanpassing van systemen om SNOMED-functionaliteiten te integreren.	Geen directe structurele kosten, tenzij nieuwe functionaliteiten moeten worden toegevoegd.
Toelichting	Verschilt bij elke leverancier. Bij sommige leveranciers zijn de kosten nihil, andere leveranciers zullen hun systeem moeten herontwikkelen. Daarnaast verschilt de complexiteit van implementatie per klant. Een leverancier heeft minder inrichtingswerk bij het implementeren van de DT bij een kliniek die een enkel type zorg levert, dan bij een multidisciplinaire kliniek.	
Updates referentiesets	Geen incidentele kosten, tenzij bij de eerste implementatie specifiek op maat gemaakte referentiesets nodig zijn.	Doorlopende kosten voor het integreren van nieuwe of bijgewerkte referentiesets in systemen.
Toelichting	Als gebruik wordt gemaakt van de DT of de VT ontvangt de leverancier periodiek update files in de vorm van een .csv bestand. De leverancier verwerkt de .csv in de relevante referentietabellen.	
Klantspecifiek maatwerk	Kosten voor het eenmalig ontwikkelen van functionaliteiten specifiek afgestemd op bepaalde klinieken.	Geen structurele kosten, tenzij maatwerk moet worden onderhouden of uitgebreid.
Toelichting	Klant specifiek maatwerk gaat vooral een rol spelen bij bijvoorbeeld de VT. Denk aan klinieken met specialistische zorgpaden die registratie deels willen automatiseren. Daarnaast zijn er een aantal klinieken met afwijkende zorgprocessen waar maatwerkinrichting voor nodig gaat zijn.	

Tabel 3. Stelselkosten

Component	Incidentele Kosten	Structurele Kosten
Referentiesets (samenstelling en beheer)	Kosten voor het initiële opstellen van referentiesets, inclusief inzet van wetenschappelijke verenigingen en specialisten.	Kosten voor het cyclisch onderhouden, herzien en distribueren van referentiesets.
Toelichting	Referentiesets moeten actueel blijven en aansluiten op zorgpraktijken. Dit vraagt om een beheercyclus en terugkoppeling met zorgprofessionals.	
Implementatierichtlijnen	Kosten voor het opstellen van gedetailleerde richtlijnen met technische specificaties en procesvereisten.	Geen directe structurele kosten, tenzij richtlijnen periodiek worden geüpdatet.
Toelichting	Multidisciplinaire input vereist, afhankelijk van de complexiteit van SNOMED en sectorale verschillen.	
Monitoring en compliance	Kosten voor het opzetten van systemen en structuren om compliance te monitoren.	Kosten voor het doorlopend monitoren en handhaven van richtlijnen en standaarden.
Toelichting	Betreft naleving van technische standaarden en juist gebruik van referentiesets.	
Licenties voor SNOMED	Niet van toepassing.	Jaarlijkse licentiekosten aan SNOMED International.
Toelichting	Op te vragen bij Nictiz	
Scholing en training	Kosten voor eenmalige opzet van opleidingsmateriaal en trainingsprogramma's.	Geen structurele kosten, tenzij de inhoud van opleidingen regelmatig aangepast moet worden.
Toelichting	Inclusief e-learningmodules, workshops, en praktijkgerichte trainingen.	

8. Conclusie: SNOMED-implementatie en de uitwisseling van medische gegevens

Als eenheid van taal daadwerkelijk het streven is zal de implementatie van SNOMED ook bij klinieken doorgang moeten vinden. Hoewel op beleidsniveau de ambitie groot is, wordt de praktijk gekenmerkt door fragmentatie in de implementatie en uitdagingen op zowel medisch-inhoudelijk als technisch vlak.

Ook zonder sterkere landelijke regie op implementatierichtlijnen kan SNOMED verder worden geïmplementeerd. Het is dan wel cruciaal dat er op sectorniveau bindende afspraken worden gemaakt om interoperabiliteitsproblemen te voorkomen. ZKN kan daar een sleutelrol in spelen. In deze conclusie worden de belangrijkste aanbevelingen uit dit rapport samengevat

8.1 Het Probleem: De uitdaging is eenvoudiger dan het lijkt, maar het oplossen ervan vraagt inzet van meerdere partijen

De implementatie van SNOMED hoeft technisch gezien niet complex te zijn, vooral niet voor de Diagnosethesaurus (DT). Leveranciers spelen een cruciale rol: als zij de basis van hun registratiesystemen op orde hebben, wordt de technische uitdaging beperkt. Dat neemt niet weg dat er ook dan knelpunten blijven rondom gestandaardiseerde vastlegging. Klinieken zijn niet altijd gewend om met uniforme gegevenssets te werken. Dit vraagt om een verandering in mindset en registratiepraktijk. Ook zijn er binnen het kliniekenlandschap leveranciers met een product wat niet klaar is voor interoperabiliteit zoals dat nagestreefd wordt vanuit de ambitie tot eenheid van taal. Het is de vraag of die leveranciers op termijn een product kunnen blijven leveren dat voldoet aan gewenste technische vereisten. Maatwerk is goed, maar is niet altijd het beste middel als het doel standaardisatie is.

SNOMED-implementatie vraagt daarmee inzet en veranderbereidheid van zowel klinieken als leveranciers. ZKN kan die stimuleren.

8.2 SNOMED-implementatie is zowel een medische als een technische aangelegenheid

Medisch: De inhoud centraal

SNOMED-implementatie als onderdeel van eenheid van taal staat of valt met eenduidig gebruik via standaard referentiesets, zoals de Diagnosethesaurus (DT) en Verrichtingthesaurus (VT). Het distributie en samenstellingsproces daaromheen moet verder worden geformaliseerd en vraagt om inhoudelijke afstemming tussen diverse partijen, waaronder beroepsverenigingen, zelfstandige klinieken, Nictiz en DHD. Het is van groot belang dat deze afstemming plaatsvindt op basis van medische expertise en praktijkervaring, zodat de referentiesets aansluiten op de dagelijkse zorgprocessen. Vanuit daar kan er actief gewerkt worden aan het uitbreiden van beschikbare referentiesets. ZKN kan het gebruik en de ontwikkeling van standaard referentiesets stimuleren.

Technisch: De basis moet op orde zijn

Aan de technische kant is de kwaliteit van registratiesystemen een doorslaggevende factor voor het succes van SNOMED-implementatie. Goed functionerende systemen zorgen voor een soepele integratie en minimaliseren de administratieve lasten voor zorgverleners. Wanneer systemen echter niet optimaal zijn ingericht, leidt dit vaak tot extra handmatige handelingen, dubbele registraties en verhoogde foutgevoeligheid.

Een robuuste technische basis, ondersteund door leveranciers die voldoen aan de juiste standaarden, maakt de implementatie van SNOMED eenvoudiger en effectiever. Leveranciers moeten zich richten op het waarborgen van interoperabiliteit, gebruiksvriendelijke interfaces en het automatiseren van processen, zodat medici zich volledig kunnen richten op de inhoud. ZKN kan dit blijven adresseren bij zowel haar leden als bij leveranciers.

8.3 De Rol van ZKN: Vooruitkijken en Initiatief Nemen

ZKN kan een sleutelrol spelen in de implementatie van SNOMED-CT bij haar leden, maar dit vereist een strategische aanpak. Door te investeren in kennisdeling, samenwerking met DHD en het creëren van duidelijke implementatiekaders kan ZKN een katalysator zijn voor uniforme registratie en gegevensuitwisseling. Tegelijkertijd is het essentieel dat ZKN haar lobby versterkt voor externe financiering en landelijke regie. Alleen met een geïntegreerde aanpak, die zowel de organisatorische als financiële barrières adresseert, gaat SNOMED geïmplementeerd worden. Het is wel belangrijk om niet uit het oog te verliezen dat het doel de realisatie van eenheid van taal blijft. Sommige klinieken hebben weinig tot niets aan SNOMED en elke investering die zij zullen moeten doen om SNOMED te implementeren zal voelen als (te) veel.

8.4 Sluit zoveel mogelijk aan bij implementatietrajecten binnen de rest van de MSZ, maar respecteer het unieke karakter van klinieken

ZKN zoekt aansluiting bij de verdere ontwikkelingen rond SNOMED binnen de MSZ maar volledige aansluiting op de huidige ontwikkelingen lijkt niet haalbaar door verschillen in schaal, systemen en processen.

Zelfstandige klinieken werken doorgaans met kleinere teams en beperktere middelen, wat grootschalige IT-implementaties uitdagender maakt. Waar ziekenhuizen vaak kunnen terugvallen op gestandaardiseerde infrastructures en grotere IT-teams, werken zelfstandige klinieken met uiteenlopende en soms minder geavanceerde systemen. Dit vraagt om een meer stapsgewijze aanpak die eenvoudig te implementeren is. Met financiering vooraf. Bovendien ligt de focus van klinieken vaak op een kleiner aantal verrichtingen wat enerzijds de implementatie van SNOMED vergemakkelijkt, maar anderzijds ook zorgt voor beperktere meerwaarde van SNOMED op kliniek niveau.

SNOMED implementatie, klinieken en de rest van de MSZ

De implementatie van de Diagnosethesaurus (DT) biedt zelfstandige klinieken een bewezen route naar standaardisatie. Ziekenhuizen hebben al laten zien dat de DT een effectieve basis kan vormen voor uniforme diagnoseregistratie. De relatief eenvoudige integratie van de DT maakt het een logische eerste stap voor klinieken. Daarnaast biedt de ervaring met change management in ziekenhuizen cruciale inzichten. Het betrekken van zorgprofessionals, het benadrukken van praktische voordelen en het aanbieden van trainingen zijn bewezen strategieën die klinieken kunnen helpen om weerstand tegen SNOMED-implementatie te overwinnen.

Toch zijn er duidelijke grenzen aan wat kan worden overgenomen uit de ziekenhuiscontext. Waar in de rest van de MSZ concrete stappen worden gezet met de implementatie van de VT komt dat voor klinieken te vroeg. Slechts bij een aantal klinieken die direct meerwaarde ondervinden van het gebruik van de VT kan het stimuleren van de implementatie effectief zijn. Echter, zonder financiële steun vooraf is dit niet kansrijk. Als die steun wel gevonden wordt is een samenwerking tussen een

beperkt aantal leveranciers en klinieken een goed middel om use-cases te ontwikkelen voor VT-implementatie bij klinieken. Ook op het niveau van scholing zijn er verschillen. Klinieken hebben meer behoefte aan concreet change-management en praktische implementatie handvatten. Minder aan formele scholingsprogramma's.

Focus op een stapsgewijze implementatie van SNOMED bij klinieken en houdt rekening met:

- Compacte implementatieplannen: Een stapsgewijze aanpak met een focus op de DT minimaliseert de complexiteit en biedt sneller succes. Complexere onderdelen, zoals de VT, kunnen worden geïntroduceerd bij klinieken die hiervoor het meeste baat hebben. Klinieken volgen dan een langzamer en meer stapsgewijs traject naar SNOMED implementatie.
- Flexibiliteit in standaardisatie: Kleine klinieken met unieke zorgprocessen moeten ruimte houden om deze processen te behouden. SNOMED kan worden ingezet voor basisgegevens zonder volledige standaardisatie af te dwingen voor alle klinieken, wanneer dit niet bijdraagt aan betere uitwisseling.
- Prikkels voor leveranciers: Subsidies en duidelijke eisen in contracten kunnen leveranciers stimuleren om SNOMED-functionaliteiten te integreren en klinieken actief te ondersteunen. Dit is cruciaal voor een breed draagvlak bij implementatie.

8.5 Naar duurzame implementatie

De implementatie van SNOMED bij zelfstandige klinieken gaat verder dan alleen een technische aanpassing; het is een (soms ingrijpende) veranderopgave die vraagt om samenwerking, visie en een helder stappenplan. Het succes van deze transitie ligt in de gezamenlijke inspanningen van klinieken, leveranciers en andere stakeholders om eenheid van taal te realiseren. Dit rapport biedt een praktisch kader aan de hand waarvan ZKN klinieken verder kan ondersteunen bij SNOMED-implementatie, en nodigt alle betrokkenen uit om de stap van visie naar actie te zetten en zo gezamenlijk een blijvende impact te realiseren in de Nederlandse zorg.