



Q&A Webinar 18 juni 2018 Registratie aan de Bron

Vraag 1. Werkt het programma ook met ICD-10? Of alleen SNOMED?

SNOMED CT en ICD-10 zijn geen concurrerende terminologiestelsels. De kracht van SNOMED CT ligt in het bieden van gedetailleerde termen, waarmee eenduidige registratie van medische gegevens van een patiënt in het primaire proces gerealiseerd worden. De kracht van ICD-10 ligt onder andere in de aggregatie van medische gegevens voor nationale en (internationale) statistieken en rapportages in het secundaire proces zoals de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiscare (LBZ). Door een goede samenwerking tussen de twee stelsels kan uiteindelijk eenmalige registratie voor meervoudig gebruik gerealiseerd worden.

SNOMED is de basis en waar mogelijk wil Registratie aan de bron hiermee werken. Wat echter belangrijker is, is de waardenlijst welke de zib toestaat te gebruiken. Dit kan een CBV-code zijn, bijvoorbeeld bij de zib Verrichting. En bij de zib Probleem mag het ook een ICD-10 code zijn, al laat de tabel hierboven zien dat SNOMED CT hiervoor geschikter is.

Vraag 2. Veel userinterfaces van EPD's stellen de patiënt of zorgverlener juist centraal. Hoe verhoudt zich dat met 'zorgproces' centraal?

Eigenlijk zijn dit geen vergelijkbare grootheden. We stellen het zorgproces centraal wanneer we willen komen tot een informatiestandaard, zoals bij het in kaart brengen van het zorgproces en de minimale gegevensset. Deze informatiestandaard moet in de systemen geïmplementeerd worden, we hebben het dan onder andere over de user interfaces. Bij deze implementatie is het van belang dat de user interfaces zowel voor zorgverlener als patiënt optimaal bruikbaar zijn. Hier wordt dus de patiënt en/of zorgverlener centraal gesteld.

Vraag 3. Zijn er al (best) practices waar andere ziekenhuizen van kunnen leren? Komt dit eventueel t.z.t. beschikbaar?

Zie [hier](#) het filmpje van cataract. Hier hebben we ook een instructiedocument over geschreven. Deze is binnenkort te vinden op www.registratieaandebron.nl

Vraag 4. Hoe verhoudt het programma Registratie aan de bron zich tot het Informatieberaad Zorg?

Om richting te geven aan de ontwikkeling van een duurzaam informatiestelsel in de zorg, heeft het Informatieberaad Zorg vier 'outcomedoelen' vastgesteld. Outcomedoel 4, waar Registratie aan de bron onder valt, is 'Eenduidig vastleggen en hergebruik gegevens'. Deze stelt dat 'het primaire zorgproces vormt de basis voor gegevensvastlegging in de zorg en worden vastgelegde gegevens hergebruikt voor declaratie, onderzoek, kwaliteitstransparantie en governance.' Lees [hier](#) meer over outcomedoel 4 van het informatieberaad zorg.

Vraag 5. Hoe veel tijd gaat er ongeveer eroverheen voordat het registratie aan de bron principe voor een landelijke registratie kan worden gebruikt?

Als ik de vraag op de juiste manier interpreteer worden de principes van registratie aan de bron op dit moment al voor landelijke registraties gebruikt. Bijvoorbeeld voor de cataract registratie en voor de Landelijke Registratie voor Orthopedische Implantaten (LROI). De mogelijkheid is er dus, dit zal wel door de betrokken partijen moeten worden geïmplementeerd.

Vraag 6. Waarom zijn er geen organisaties van de Eerstelijns zorg aangesloten bij Registratie aan de bron?

Registratie aan de bron is een initiatief van de NFU (Nederlandse Federatie Universitaire ziekenhuizen) in samenwerking met Nictiz. Tot onze grote vreugde zijn ook de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), de FMS (Federatie Medisch Specialisten) en de V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) hierbij aangesloten.

De pilots van Registratie aan de bron focussen zich op ziekenhuizen. Dit is al een grote opgave, en hiervoor is subsidie beschikbaar gesteld. Dit wil niet zeggen dat de principes van Registratie aan de bron niet bruikbaar zijn voor andere partijen, zoals de eerstelijns. De ontwikkelde, en bij pilots getoetste, methodiek is voor iedereen beschikbaar. Ook is landelijk afgesproken dat de zibs (zorginformatiebouwstenen) de basis zullen zijn voor de uitwisseling van patiëntgegevens. Deze zibs worden beheerd door Nictiz, en vastgesteld door een autorisatieraad. O.a. huisartsen zijn ook onderdeel van deze autorisatieraad.

Voorbeelden van programma's welke zich bezighouden met uitwisseling patiëntgegevens:

- OPEN: OPEN helpt huisartsen en huisartsenorganisaties online inzage voor patiënten mogelijk te maken. Ook dit is meervoudig gebruik.
- BabyConnect is een VIPP-programma voor gebruiksvriendelijke digitale gegevensuitwisseling tussen cliënten en zorgverleners, en zorgverleners onderling. Dit doen zij op basis van de principes van Registratie aan de bron en met behulp van standaarden, zoals zibs.
- KNGF en NHG: hebben met Nictiz een richtlijn (informatiestandaard) voor gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut

ontwikkeld. Dit zal zijn volgens de principes van Registratie aan de bron en op basis van zibs. KNGF is geen onderdeel van Registratie aan de bron of onderdeel van de doelstellingen. Sinds enige tijd neemt de KNFG wel deel aan het platformoverleg van Registratie aan de bron. In dit overleg worden landelijke discussies tijdig besproken. Kennis- en kundedeling en inventarisatie van agendaonderwerpen voor de verschillende gremia staan in dit overleg centraal.
Lees [hier](#) meer over hoe het programma is georganiseerd.

Dit zijn slechts een aantal voorbeelden. Alle partijen kunnen de methodiek gebruiken en implementeren aan de hand van de ervaring van Registratie aan de bron. Wij zijn zeker beschikbaar voor advies en ondersteuning (info@registratieaandebron.nl).

Vraag 7. Wat zijn jullie adviezen m.b.t. uitwisseling. CDA/FHIR of via XDS

CDA/FHIR en XDS zijn twee verschillende dingen. CDA en FHIR zijn uitwisselingsstandaarden en XDS is een infrastructuuroplossing. Een partij zou dus een keuze moeten maken tussen de uitwisselingsstandaarden CDA en FHIR al dan niet in combinatie met XDS als infrastructuuroplossing.

De keuze tussen CDA en FHIR is ingewikkeld en niet eenduidig te formuleren. Dit is namelijk sterk afhankelijk van de use case en de ervaring en mogelijkheden van de verzendende en ontvangende partij. Zie bijlage 4 van het document [Regie op implementatie van zorg ICT-oplossingen](#) voor verschillende argumenten welke een rol kunnen spelen bij deze keuze.

Vraag 8. Naast eenheid van taal hebben we ook context info nodig (ontologie). Hoe kunnen we deze meegeven?

'ZIBs bevatten meerdere containers en velden, en dat geheel levert context. Zo bevat de ZIB-probleem als context de zorgverlener die het vastlegt, een begin- en einddatum, een status (actueel of niet), een verificatiestatus (klacht of diagnose), etc. Op deze manier lever je context bij een bevinding.'

Vraag 9. Bestaan er in nationale terminologie translators om de vertaalslag uit te voeren?

Het vertalen van terminologie blijft voorlopig handmatige arbeid. Wanneer de vertaling klaar is en gepubliceerd, kan de vertaling in de uitgebrachte bestanden teruggevonden worden. Er bestaat voornamelijk nog geen nationale dienst waar alleen de vertaling opgehaald kan worden. IS: als aanvulling: We hebben een vertaalproces ingevoerd als volgt: de termen gaan eerst langs een medisch vertaalbureau. We hebben medisch studenten en artsen in dienst om vervolgens de review te doen op semantiek. De laatste slag is de medische review, waarbij beoordeeld wordt welke termen het meest medisch gebruikt worden. Alleen BIG-geregistreerde artsen voeren deze uit. Voor termen waar we zelf niet uit komen, hebben we een expertpool van medisch specialisten die we om advies kunnen vragen. Tevens hebben we een medisch linguïst in dienst die advies geeft over taaltechnische zaken.

Vraag 10. zibs zijn in principe generiek; kunnen generieke zibs ook nog verder aandachtsgebied toegespitst worden indien dat wenselijk is?

Inderdaad kunnen elementen op aanvraag toegevoegd worden als die relevant zijn voor een specifiek aandachtsgebied.

Vraag 11. Zijn er vertaaltabellen beschikbaar van SNOMED CT naar bv de G-Standaard, NHG-tabellen, Vektis-tabellen?

Er wordt hard gewerkt aan koppelingen (vertaaltabellen) tussen de NHG-tabellen en SNOMED. Internationaal is er een partij die een koppeling heeft gemaakt tussen ATC (gekoppeld op het hoogste niveau van de G-Standaard) en SNOMED, maar deze is niet gevalideerd door SNOMED International. Er is bij mijn weten geen mapping met Vektis.

Vraag 12. Hoe wordt omgegaan met data welke (nog) niet in ZIBs zijn beschreven?

Bij het ZIB-centrum kunnen nieuwe ZIBs aangevraagd worden. Het ZIB-centrum probeert de ZIBs generiek te houden om hergebruik te faciliteren.

Vraag 13. We werken nu met de zibs publicatie 2017. Is het al bekend wanneer we met een nieuwere versie (2020+) kunnen gaan werken? Wat is dat geval de impact icm HL7.CDA en HL7.FHIR?

Momenteel is het ZIB-centrum een nieuwe publicatie aan het voorbereiden, dit bevindt zich nu in de consultatieronde. De publicatie wordt eind van de zomer verwacht, het staat dan op de wiki-pagina. De impact op CDA / FHIR is nog niet bekend. Voor verdere vragen hierover kan men terecht bij het zib-centrum (via Fred Smeele; smeele@nictiz.nl) van Nictiz.

Vraag 14. Er wordt genoemd dat de data gestructureerd wordt aangeleverd. Maar wat wordt er gedaan aan mogelijke discrepanties tussen de vrije tekst en de gestructureerde data? Wie controleert of de gecodeerde data overeenkomt met wat er in de notities staan bijv.?

Die verantwoordelijkheid ligt bij de partij die de data gestructureerd vastlegt. Nictiz biedt enkel de standaarden waarmee dat kan.

Vraag 15. Is er een relatie tussen wat Registratie aan de Bron doet (SNOMED ZIBS) en waarde gedreven zorg (Value Based Healthcare). Daar gebruiken ze o.a. vragenlijsten dmv PREMS PROMS en ICHOM. Kun je die zaken aan elkaar relateren?

Voor deze vraag verwijzen we ook graag naar het zib-centrum van Nictiz: Fred Smeele (smeele@nictiz.nl).