



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Eenheid van Taal in de Nederlandse zorg

Stand van zaken en vooruitblik

Eenheid van Taal in de Nederlandse zorg

Stand van zaken en vooruitblik

RIVM-rapport 2026-0085

Colofon

© RIVM 2026

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2026-0085

I.P. Smith (auteur), RIVM
J. Eeuwijk (auteur), P-95
M.F.D. Baay (auteur), P-95
C.H. van Gool (auteur), RIVM

Contact:
Ian Smith
Volksgezondheidsinformatie
ian.smith@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van VWS, directie Informatiebeleid CIO Office.

Dit is een uitgave van:
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Eenheid van Taal in de Nederlandse zorg

Stand van zaken en vooruitblik

Zorgverleners en patiënten delen gegevens over gezondheid, bijvoorbeeld over medicijnen en behandelingen, steeds vaker digitaal. Dit geeft mogelijkheden om de zorg beter en veiliger aan te bieden, maar dat kan alleen als iedereen deze gezondheidsgegevens op dezelfde manier begrijpt. Dat heet 'Eenheid van Taal'.

Het betekent concreet dat termen over zorg en gezondheid in computersystemen hetzelfde betekenen. Dat voorkomt fouten. Ook zorgt het ervoor dat gegevens veilig kunnen worden uitgewisseld en hergebruikt, bijvoorbeeld tijdens een behandelingstraject. Dit gebeurt dan zonder dat informatie verloren gaat of extra administratie nodig is.

In 2018 hebben expertisecentrum e-health Nictiz en het RIVM de visie Eenheid van Taal uitgebracht. In deze visie zijn afspraken en een plan voorgesteld om te zorgen dat iedereen in de zorg dezelfde termen gebruikt. Het RIVM en Nictiz hebben in 2025 geëvalueerd wat er sinds 2018 rond Eenheid van Taal is gebeurd. Ook beschrijven ze hoe de situatie nu is en wat er nodig is om verder te werken aan het doel van Eenheid van Taal. Naast wetenschappelijk onderzoek zijn hiervoor met de praktijk ervaringen gedeeld en mogelijkheden voor oplossingen besproken.

De evaluatie laat zien dat er sinds 2018 veel is gebeurd. Er zijn bijvoorbeeld gezamenlijke woordenlijsten ontwikkeld en internationale standaarden om gegevens digitaal vast te leggen. Betrokken partijen, zoals zorgverleners en beleidsmakers, steunen Eenheid van Taal en zien dat het belangrijk is. Maar er zijn ook uitdagingen. Zo is het nog niet overal gelukt om afspraken over Eenheid van Taal in de praktijk in te voeren. In sommige zorgdomeinen zijn er nog geen woordenlijsten. Soms ontbreken er nog duidelijke regels, werken systemen niet goed samen of verschillen de afspraken per zorgsector.

Daarnaast veranderen de regels in Nederland en Europa, bijvoorbeeld door nieuwe Europese wetten (zoals European Health Data Space, EHDS). Daardoor moeten beleidsmakers zorgen dat de Nederlandse afspraken aansluiten bij wat in heel Europa geldt.

De komende jaren is het belangrijk om samen verder te werken aan Eenheid van Taal. Dat betekent: duidelijke afspraken maken die voor heel Nederland gelden, zorgverleners en leveranciers erbij betrekken, en zorgen dat systemen makkelijk zijn te gebruiken.

Kernwoorden: Eenheid van Taal, gezondheidsgegevens, standaardisatie, terminologie, interoperabiliteit, EHDS

Synopsis

Semantic Unification in Dutch Healthcare

Status and Future Perspectives

Healthcare professionals and patients increasingly share health information, like information about medicine or treatments, digitally. This creates opportunities to provide better and safer care, but this is only possible if everyone understands this health information in the same way. We call this 'Semantic Unification'.

In practical terms, it means that terms relating to health and healthcare have the same meaning in IT systems. This prevents errors. It also ensures that data can be exchanged and reused safely, for example throughout the course of treatment. This can then happen without information being lost or extra administration being required.

In 2018, e health expertise centre Nictiz and the RIVM published their vision on the Semantic Unification. In this vision, agreements and a plan were proposed to ensure that everyone in healthcare uses the same terms. In 2025, the RIVM and Nictiz evaluated what has happened since 2018 in relation to Semantic Unification. They also describe the current situation and the steps needed to continue working towards the goal of Semantic Unification. In addition to scientific research, practical experiences were also shared and possible solutions discussed.

The evaluation of this vision shows that much has happened since 2018. For example, shared vocabularies have been developed and international standards introduced. Stakeholders, such as healthcare professionals and policymakers, support Semantic Unification and recognise its importance. However, there are also challenges. In practice, agreements on Semantic Unification have not yet been successfully implemented everywhere. In some areas of care there are still no shared vocabularies between caregivers or organizations. In some cases, clear rules are still lacking, systems do not work well together, or agreements differ between healthcare sectors.

In addition, rules around digital health information are changing in the Netherlands and Europe, for instance due to the new European regulations (like the European Health Data Space, EHDS). As a result, policymakers must ensure that Dutch agreements are aligned with what applies across Europe.

In the coming years, it will be important to continue working together on Semantic Unification. This means establishing clear national agreements, involving healthcare professionals and software providers in plans and discussions, and ensuring that systems are easy to use. In this way, parties in healthcare can share information safely and efficiently, and benefit from the advantages of digital care for everyone.

Keywords: Semantic Unification, health data, standardisation, terminology, interoperability, EHDS

Inhoudsopgave

Samenvatting — 9

1 Inleiding — 15

- 1.1 Context — 15
- 1.2 Historie — 18
- 1.3 Opdracht en onderzoeksvragen — 21
- 1.4 Scope — 22
- 1.5 Verantwoording — 22

2 Methode en aanpak — 25

- 2.1 Deskresearch — 25
- 2.2 Focusgroepen — 25
- 2.3 Expertinterviews — 25
- 2.4 Werksessies — 26
- 2.5 Publieke consultatie — 26

3 Relevante ontwikkelingen sinds 2018 in relatie tot Eenheid van Taal — 27

- 3.1 Wet- en regelgeving nationaal en internationaal — 27
- 3.1.1 Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) — 27
- 3.1.2 European Health Data Space Regulation (EHDS) — 28
- 3.2 Beleid en beleidsinitiatieven — 30
- 3.2.1 Nationale Visie en Strategie op het gezondheidsinformatiestelsel (NVS) — 30
- 3.2.2 Beleidsthema Publiek Houderschap — 33
- 3.2.3 Stelselbesluiten — 33
- 3.2.4 Bestuurlijke akkoorden — 36
- 3.3 Informatiemodellering, terminologiestelsels en classificaties — 37
- 3.3.1 Zibs en andere informatiemodellen — 37
- 3.3.2 Terminologiestelsel — 39
- 3.3.3 Classificaties — 42
- 3.4 Eenheid van Taal in de ons omringende landen — 45
- 3.4.1 België — 46
- 3.4.2 Duitsland — 46
- 3.4.3 Verenigd Koninkrijk — 47
- 3.5 Samenvatting analyse relevante ontwikkelingen Eenheid van Taal — 47

4 Analyse: stand van zaken van de routekaart Eenheid van Taal 2018 — 49

- 4.1 Beschrijvende analyse routekaart Eenheid van Taal — 49
- 4.2 Samenvatting analyse routekaart Eenheid van Taal — 62

5 Evaluatie en perspectief op Eenheid van Taal — 63

- 5.1 Kernwaarden en uitgangspunten — 63
- 5.2 Opbrengsten — 63
- 5.3 Huidige knelpunten en belemmeringen — 65
- 5.3.1 Organisatorische en beleidsmatige knelpunten — 65
- 5.3.2 Operationele en technische knelpunten — 67
- 5.3.3 Vaardigheden, betrokkenheid en vertrouwen — 69
- 5.4 Risico's — 70

- 5.5 Kansen — 71
- 5.5.1 Voor de zorgprofessional: minder registratielast en meer gebruiksgemak en innovatie — 71
- 5.5.2 Sterkere basis voor onderzoek, beleid en medicatieveiligheid — 72
- 5.5.3 Kansen voor zorggebruikers — 72
- 5.6 Kritische succesfactoren — 73
- 5.6.1 Heldere governance en beleid als randvoorwaarde voor succesvolle implementatie — 73
- 5.6.2 Effectieve samenwerking, communicatie en afstemming binnen de gehele keten — 74
- 5.6.3 Gebruiksgemak als cruciale factor voor draagvlak onder professionals — 75
- 5.6.4 Co-creatie om de betrokkenheid te vergroten — 75

6 Veranderopgaven — 77

- 6.1 Nieuwe tijdshorizon — 77
- 6.2 Helderheid verschaffen — 78
- 6.3 Gaten dichten — 80
- 6.4 Draagvlak uitbreiden — 82
- 6.5 Goede inbedding realiseren — 83
- 6.6 Naar een ecosysteem van databeschikbaarheid — 84

7 Handelingsperspectieven — 87

- 7.1 Doelstelling en prioriteiten — 87
- 7.2 Handelingsopties op de korte termijn - 2026-2028 — 90
- 7.3 Handelingsopties op de middellange termijn - 2029-2035 — 93
- 7.4 Handelingsopties op de lange termijn - na 2035 — 96
- 7.5 Monitoring en evaluatie — 98

8 Conclusies — 101

- 8.1 Samenvatting belangrijkste inzichten — 101
- 8.2 Belang voor de toekomst — 102
- 8.3 Aanbevelingen voor beleid en praktijk — 102
- 8.4 Oproep tot samenwerking en actie — 104

9 Bronnen — 107

Bijlage 1 Overzicht van focusgroepen, expert interviews, en onderwerpen — 115

Bijlage 2 Verslagen (digitale) werksessies — 116

Bijlage 3 Overzicht van ontvangen feedback en verwerking — 123

Bijlage 4 Begrippenlijst — 125

Samenvatting

De digitalisering van de Nederlandse gezondheidszorg is de afgelopen jaren in een stroomversnelling gekomen. Dit biedt grote kansen voor betere, efficiëntere en veiligere zorg, maar stelt tegelijkertijd hoge eisen aan de manier waarop gezondheidsinformatie wordt vastgelegd, gedeeld en hergebruikt. Een cruciale randvoorwaarde hiervoor is 'Eenheid van Taal': het borgen dat medische- en zorggegevens in alle digitale systemen dezelfde betekenis hebben en eenduidig geïnterpreteerd kunnen worden. Alleen dan kunnen zorgverleners, beleidsmakers en patiënten rekenen op betrouwbare communicatie, effectieve gegevensuitwisseling en veilig hergebruik van zorginformatie.

In 2018 legden Nictiz en het RIVM met het rapport 'Eenheid van Taal in de Nederlandse Zorg' een stevig fundament voor dit streven. Sindsdien is het belang van semantische interoperabiliteit, het vermogen om gegevens uit te wisselen met behoud van betekenis tussen verschillende systemen en organisaties, alleen maar toegenomen. Dit komt mede door nieuwe wet- en regelgeving, zoals de Wet Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg (Wegiz), de opkomst van het European Health Data Space (EHDS) en de ontwikkeling van de Nationale Visie en Strategie op het Gezondheidsinformatiestelsel (NVS). Tegelijkertijd zijn er belangrijke stappen gezet, zoals het gebruik van internationale terminologiestandaarden (waaronder SNOMED en FHIR), maar zijn er ook nieuwe vraagstukken en uitdagingen ontstaan.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het RIVM en Nictiz opdracht gegeven om gezamenlijk inzicht te geven in de stand van zaken rondom Eenheid van Taal anno 2025. Het ministerie van VWS heeft het RIVM en Nictiz gevraagd de bijbehorende veranderingen te identificeren, en deze te beoordelen in het licht van de oorspronkelijke visie uit 2018 en de ambities van de NVS richting 2035. Dit rapport biedt beleidsmakers, bestuurders en andere stakeholders een overzicht van de voortgang, knelpunten en strategische handelingsopties om Eenheid van Taal daadwerkelijk te verankeren als fundament onder een toekomstbestendig en interoperabel zorginformatiestelsel. Het onderzoek is uitgevoerd tussen april en oktober 2025 en is gebaseerd op deskresearch, interviews, focusgroepen en werksessies.

Samenvatting meest relevante ontwikkelingen sinds 2018

Sinds 2018 is het belang van Eenheid van Taal in de Nederlandse zorg sterk toegenomen door groeiende nationale en Europese wet- en regelgeving. Dit heeft geleid tot versnelling in de standaardisatie van begrippen, coderingen en informatiemodellen, waarmee Eenheid van Taal nu een essentiële randvoorwaarde vormt voor toekomstbestendige, veilige en effectieve digitale zorg én internationale samenwerking. Beleidskaders, *governance*-structuren en bestuurlijke afspraken hebben de implementatie van Eenheid van Taal in deze periode versneld en stevig verankerd als basis voor een samenhangend en duurzaam zorginformatiestelsel. Semantische interoperabiliteit wordt hierdoor

breed erkend als noodzakelijk, zowel in beleid als in de dagelijkse praktijk. De verdere ontwikkeling en integratie van informatiemodellen (zoals zorginformatiebouwstenen), terminologiestelsels (zoals SNOMED en LOINC) en classificaties (ICD-10/ICD-11) vormen het fundament onder deze digitale transitie.

Veel acties uit de in 2018 gepubliceerde routekaart zijn inmiddels gerealiseerd of in uitvoering. Dit zijn vooral de acties op het gebied van informatiemodellering, terminologie en sectorale pilots. De uitvoering van de routekaart vond echter plaats via meerdere parallelle beleids- en implementatietrajecten, zonder centrale regie en monitoring. Hierdoor is er brede voortgang op diverse onderdelen, maar ontbreekt het aan samenhangende aansturing en structurele evaluatie op het geheel.

Evaluatie en perspectief op Eenheid van Taal

Kernwaarden en uitgangspunten

Eenheid van Taal zorgt ervoor dat zorgverleners en patiënten digitale informatie op dezelfde manier begrijpen. Dit is cruciaal voor semantische interoperabiliteit en het vormt de basis voor veilige en effectieve gegevensuitwisseling binnen en tussen zorgsystemen. Eenheid van Taal biedt kansen voor minder registratielast, meer gebruiksgemak, innovatie, betere medicatieveiligheid en patiëntenzorg. Ook biedt het een stevige basis voor onderzoek en AI-toepassingen. Verder versterkt de Europese EHDS-wetgeving de urgentie en het draagvlak, maar succesvolle implementatie vraagt samenwerking over sectoren heen en aansluiting bij Europese ontwikkelingen. De veranderopgave is groot, door de aangescherpte Europese verplichtingen en korte tijdslijnen. Nederland moet zijn nationale planning herzien en synchroniseren met de EHDS, zodat burgers uiterlijk in 2029 hun gezondheidsgegevens digitaal kunnen inzien en delen. Heldere kaders vanuit de overheid zijn essentieel om fragmentatie te voorkomen en investeringen in interoperabele oplossingen te stimuleren.

Hoewel er veel initiatieven zijn en de kennis groeit, verloopt de invoering van open standaarden en digitale oplossingen in de zorg langzaam en ongelijk verdeeld. Projecten zoals CumuluZ verbeteren samenwerking, maar zichtbare voordelen voor zorgprofessionals blijven beperkt. Technische uitdagingen en een gefaseerde aanpak remmen de adoptie van standaarden als LOINC, UCUM en IDMP.

Belangrijke knelpunten zijn het ontbreken van heldere governance, versnipperde financiering en sectorale verschillen in processen. Ook legacy-systemen, complexe mapping en trage acceptatie vormen belemmeringen. Zorgprofessionals vragen om meer training, ondersteuning en duidelijke communicatie, terwijl weerstand tegen verandering en zorgen over datakwaliteit extra obstakels zijn. Hoewel vooruitgang is geboekt, blijven lacunes bestaan in *governance*, terminologie en capaciteit.

Draagvlak groeit door betrokkenheid van gebruikers, aandacht voor sectorale verschillen en een stapsgewijze aanpak met zichtbare successen. Versterking van kennis, middelen en implementatie-

ondersteuning is noodzakelijk. Duurzaam succes vraagt stevige organisatorische verankering: duidelijk eigenaarschap, centrale regie, structurele financiering en sectoroverstijgende afspraken. Ook technische ondersteuning moet centraal worden georganiseerd. Kritische factoren zijn daarbij heldere landelijke regie met duidelijke rollen en financiering, goede samenwerking en communicatie tussen ketenpartners, gebruiksvriendelijke systemen en actieve betrokkenheid van zorgprofessionals en leveranciers bij ontwerp en implementatie.

Het uiteindelijke doel is een nationaal en Europees ecosysteem waarin gezondheidsdata veilig, betekenisvol en herbruikbaar zijn voor zorgverleners, patiënten, onderzoekers en beleidsmakers, over levensloop, sectoren en grenzen heen. Dit vraagt een gedeelde visie op data als strategische hulpbron en actieve internationale samenwerking voor duurzame, toekomstbestendige gegevensuitwisseling.

Handelingsperspectieven

De analyse laat zien dat er belangrijke stappen zijn gezet richting semantische interoperabiliteit in de Nederlandse zorg, maar dat verdere voortgang en duurzame verankering van Eenheid van Taal niet vanzelf gaan. Om het gat tussen de huidige situatie en de gewenste toekomst te dichten, zijn concrete handelingsopties op korte, middellange en lange termijn noodzakelijk. Deze opties zijn gericht op het realiseren van een samenhangend, breed gedragen en toekomstbestendig stelsel voor eenduidige gegevensuitwisseling en hergebruik.

Handelingsperspectieven op de korte termijn (2026-2028):

- **Uitvoeringsagenda:** Stel een nationale uitvoeringsagenda op, die prioriteiten en tijdslijnen afstemt op Europese EHDS-eisen en de NVS.
- **Harmonisatie-analyse:** Voer een landelijke analyse uit van de Europese en Nederlandse standaarden en ontwikkel een harmonisatieplan.
- **Governance en implementatie:** Richt een nationale *governance*-structuur in en start een implementatieprogramma om zorgorganisaties, leveranciers en andere partijen te ondersteunen met expertise en praktische tools.
- **Betrokkenheid vergroten:** Betrek zorgprofessionals en leveranciers actief via communities en *pilots*, om draagvlak en toepasbaarheid te vergroten.
- **Monitoring:** Ontwikkel een landelijke monitor om voortgang, toepassing en kwaliteit van standaarden inzichtelijk te maken en bij te sturen.
- **Hergebruik stimuleren:** Bevorder het hergebruik van gestandaardiseerde data in bestaande zorgnetwerken en landelijke gegevensuitwisselingen.

Handelingsperspectieven op de middellange termijn (2029-2035):

- **Actualisatie en afstemming:** Actualiseer de uitvoeringsagenda periodiek op basis van nieuwe Europese specificaties en internationale ontwikkelingen.
- **Richtlijnen en afspraken:** Ontwikkel nationale richtlijnen en leg sectoroverstijgende afspraken vast voor consistente standaarden.

- Lacunes aanpakken: Identificeer en vul terminologische en technische lacunes voor nieuwe domeinen of zorgdomeinen die onvoldoende worden ondersteund.
- Sectoroverstijgende coalities: Faciliteer samenwerking tussen sectoren, leveranciers en standaardisatie-organisaties voor gezamenlijke opschaling.
- Structurele borging: Integreer de toepassing van standaarden in wetgeving, certificering en bekostiging.
- Infrastructuren en afspraken: Ontwikkel voorzieningen voor veilige en consistente uitwisseling tussen zorg, beleid en onderzoek.

Handelingsperspectieven op de lange termijn (na 2035):

- Internationale afstemming: Borg structurele aansluiting van Nederlandse standaarden bij Europese en mondiale ontwikkelingen.
- Stabiel stelsel: Zorg voor een transparant, geactualiseerd en voorspelbaar stelsel van semantische standaarden.
- Duurzaam beheer: Organiseer structurele financiering, governance en internationale samenwerking voor het beheer van standaarden.
- Kennis verankeren: Maak semantische interoperabiliteit onderdeel van opleidingen, richtlijnen en kwaliteitsstandaarden.
- Governance en financiering: Zorg dat semantische interoperabiliteit een vast onderdeel is van governance- en financieringsmodellen.
- Volledig interoperabel ecosysteem: Streef naar een volledig interoperabel ecosysteem voor veilige en brede inzet van gezondheidsdata.

Monitoring en evaluatie zijn essentieel voor semantische interoperabiliteit in de Nederlandse zorg. De huidige landelijke monitoring is beperkt en niet actueel, waardoor er onvoldoende zicht is op de voortgang en knelpunten. Meer kwantitatieve data over de adoptie, toepassing en kwaliteit van standaarden als SNOMED, LOINC, IDMP, informatiemodellen en FHIR-compatibiliteit is nodig. Structurele monitoring met duidelijke kwaliteitsindicatoren moet onderdeel worden van de uitvoeringsagenda, zodat tijdig kan worden bijgestuurd en de naleving wordt gewaarborgd. Goede technische randvoorwaarden en interoperabiliteit zijn essentieel voor betrouwbare kwaliteitsmonitoring en effectiviteit in beleid en praktijk.

Conclusies

Naar aanleiding van ons onderzoek en de brede consultatie van partijen in het veld is duidelijk geworden dat Eenheid van Taal door alle betrokkenen wordt gezien als een essentiële basis voor veilige, betrouwbare en toekomstbestendige gegevensuitwisseling in de zorg. Tegelijkertijd zijn er nog flinke uitdagingen, bijvoorbeeld op het gebied van financiering, implementatie en het op elkaar afstemmen van nationale en Europese kaders. Ook het creëren van voldoende draagvlak en het waarmaken van de ambities binnen de krappe tijdslijnen vraagt extra aandacht.

De komende jaren zijn bepalend. Investeren in uniforme, betekenisvolle en goed vastgelegde data is nodig om het gezondheidsstelsel toekomstbestendig te maken en concrete voordelen te bieden voor patiënten, zorgverleners en beleidsmakers. Heldere regie, een stevige organisatorische en technische basis, samenwerking over sectoren heen en een gezamenlijk ecosysteem voor databeschikbaarheid zijn hiervoor onmisbaar. Daarmee kan Nederland maximaal profiteren van de kansen die digitalisering en Europese samenwerking bieden.

Het realiseren van Eenheid van Taal vraagt om inzet van alle betrokken partijen: overheid, zorgorganisaties, leveranciers en andere belanghebbenden. Duidelijke doelen, structurele financiering en een praktische aanpak zijn noodzakelijk om de Europese deadlines te halen en de voordelen voor zorg en samenleving te verzilveren. Samenwerking blijft hierbij het uitgangspunt.

1 Inleiding

In 2018 hebben Nictiz en het RIVM het rapport 'Eenheid van Taal in de Nederlandse Zorg' gepubliceerd. In het rapport werden een visie en een routekaart op het bereiken van Eenheid van Taal gepresenteerd. Eenheid van Taal bevordert semantische interoperabiliteit: het behoud van betekenis van gezondheidsgegevens wanneer deze digitaal uitgewisseld worden. Het gaat hierbij om de gedeelde conventie tussen gezondheids- en zorgprofessionals over de betekenis van termen. De Visie Eenheid van Taal uit 2018 heeft hiervoor een belangrijk fundament gelegd door nut, noodzaak en uitgangspunten te definiëren, met een brede scope, die de gehele gezondheidszorg omvat. De toen vastgestelde grondplaat van terminologiestandaarden diende hierbij als vertrekpunt. Daarnaast werden in het rapport aanbevelingen gedaan over de implementatie van Eenheid van Taal.

Sinds het verschijnen van de Visie Eenheid van Taal (2018) is de context waarin Eenheid van Taal moet functioneren ingrijpend veranderd. De digitalisering van zorgprocessen heeft een versnelling doorgemaakt, wettelijke kaders, zoals de Wet Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg (Wegiz) de European Health Data Space (EHDS), en beleidskaders zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de Nationale Visie en Strategie op het Gezondheidsinformatiestelsel (NVS) zijn vastgesteld. Daarnaast is de beweging richting registratie aan de bron, hergebruik van gegevens en de transitie naar het gebruik van zorginformatiebouwstenen (zibs) concreter en urgenter geworden door de huidige nadruk op databeschikbaarheid. Door Wegiz-verplichtingen, Nederlandse Norm (NEN) 7542 en EHDS-eisen zijn semantische afspraken niet meer vrijblijvend, maar onderdeel van compliance.

Tegelijkertijd zijn er belangrijke stappen gezet, zoals het Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR)- en het Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms (SNOMED)-besluit (Ministerie van VWS, 2022, Ministerie van VWS, 2024). Maar ook de verdere uitwerking en beschikbaarheid van (semantische) standaarden, die in de praktijk nieuwe vragen oproepen over samenhang, toepassing en uitvoerbaarheid. Hierdoor is een discrepantie ontstaan tussen de visie van 2018 en de realiteit op het gebied van beleid en uitvoering.

Het huidige rapport brengt in kaart wat in 2025 de stand van zaken was ten aanzien van Eenheid van Taal in gezondheid en zorg. Het geeft een beeld van de veranderopgave om tot *meer* Eenheid van Taal te komen, en schetst mogelijke scenario's voor hoe dat te bereiken is. Alle in dit rapport gebruikte termen en afkortingen worden nader toegelicht in bijlage 4.

1.1 Context

Wat is Eenheid Van Taal?

Er is sprake van Eenheid van Taal als informatie voor de ene zorgverlener of patiënt¹ dezelfde betekenis of bedoeling heeft als voor

de andere, wanneer deze informatie elektronisch wordt uitgewisseld. Dit is niet vanzelfsprekend het geval.

Voorbeelden van mogelijke verwarring of onduidelijkheid:

- *Het woord 'suiker' heeft in de context van diagnoseregistratie een andere betekenis dan in de context van een recept; in het ene geval is het een synoniem voor diabetes, in het andere geval is het een benaming voor een voedingsmiddel.*
- *De afkorting MI wordt gebruikt voor zowel mitralisklepinsufficiëntie als myocardinfarct.*
- *De afkorting OAC wordt gebruikt voor zowel orale anticoagulantia als orale anticonceptie.*

Bij het elektronisch vastleggen en uitwisselen van gezondheids- en zorginformatie is het daarom noodzakelijk dat zowel binnen als tussen informatiesystemen gebruik wordt gemaakt van een gedeelde context. Dit vraagt om afspraken over welke termen als standaarddefinities worden gebruikt en op welke wijze deze, bijvoorbeeld via codestelsels, worden vastgelegd. Dit wordt ook wel een 'gedeeld woordenboek' genoemd (RIVM, 2018). Eenheid van Taal vormt de basis voor semantische interoperabiliteit, zodat gezondheidsgegevens eenduidig kunnen worden begrepen en uitgewisseld tussen verschillende zorgverleners en systemen.

Om Eenheid van Taal te realiseren, is het niet voldoende om alleen standaarddefinities en codestelsels te gebruiken. Het is ook nodig om relevante contextinformatie bij (medische) gegevens over gezondheid en zorg vast te leggen (informatiemodellen). Verder moet deze informatie digitaal en gestructureerd worden geregistreerd, zodat de informatie tussen verschillende partijen kan worden uitgewisseld voor communicatie en hergebruik. Denk hierbij aan informatiestandaarden en metadata. Alleen dan is er sprake van semantische interoperabiliteit en Eenheid van Taal.

Waarom is Eenheid van Taal nodig?

Voor het leveren van kwalitatief goede, efficiënte en veilige zorg is het cruciaal dat alle betrokkenen dezelfde informatie op dezelfde manier begrijpen. Wanneer gezondheids- of zorginformatie verschillend wordt geïnterpreteerd, ontstaan fouten, miscommunicatie, een hoge administratielast, en onnodige risico's voor patiënten, met mogelijk ernstige of zelfs levensbedreigende gevolgen. Gezondheids- en zorginformatie wordt steeds vaker digitaal vastgelegd, gedeeld en hergebruikt door patiënten en gezondheids- of zorgprofessionals. Daarom is het niet langer voldoende dat gegevens alleen technisch uitwisselbaar zijn: de betekenis ervan moet eenduidig vastliggen.

Expliciete en gezamenlijke afspraken over de betekenis van informatie zijn dan ook onmisbaar. Eenheid van Taal vormt de noodzakelijke basis voor betrouwbare communicatie én voor betekenisvolle digitale gegevensuitwisseling tussen verschillende registratie- en informatiesystemen in de gezondheids- en zorgsector. Daarmee verkleint Eenheid van Taal de kans op fouten en miscommunicatie met alle gevolgen van dien.

Voor wie is Eenheid van Taal belangrijk?

Belanghebbenden van Eenheid van Taal in de gezondheids- en zorgsector zijn de partijen die direct betrokken zijn bij het vastleggen, uitwisselen en (her)gebruiken van zorginformatie. Allereerst zijn dat de zorgverleners en zorgorganisaties zelf, die gezondheidsinformatie moeten interpreteren en doorgeven zonder betekenisverlies. Denk aan zoals artsen, ziekenhuizen, verpleegkundigen, verzorgenden, paramedische zorg en andere gezondheids- of zorgprofessionals inclusief die vanuit het sociaal domein¹. Als grootste beroepsgroep in de zorg, zijn verpleegkundigen een primaire bron van klinische gegevens over functioneren, risico's, symptomen, zelfredzaamheid en zorguitkomsten. Voor alle genoemde groepen vermindert Eenheid van Taal de kans op fouten, versnelt het de overdracht van informatie en zorgt het voor minder administratieve last. Dit heeft directe impact op de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. Ook patiënten zijn belanghebbenden, omdat eenduidige informatie-uitwisseling hun zorgtraject begrijpelijker en veiliger maakt, wanneer daar meerdere zorgverleners bij betrokken zijn.

Andere relevante belanghebbenden zijn beleidsmakers, wetenschappers, overheidsorganisaties, sectorale, regionale en landelijke samenwerkingspartijen, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de deelnemers aan het Informatieberaad Zorg. Zij spelen een centrale rol bij de totstandkoming van beleid, het maken van landelijke afspraken, en het inrichten van *governance* rondom Eenheid van Taal. Door het standaardiseren van data en het vergroten van interoperabiliteit, maakt Eenheid van Taal het mogelijk om gezondheidsinformatie eenvoudiger te ontsluiten en te hergebruiken voor secundaire doelen, zoals kwaliteitsregistraties, wetenschappelijk onderzoek en onderbouwd beleid. Verpleegkundige gegevens zijn essentieel voor kwaliteitsindicatoren, capaciteitsplanning, wetenschappelijk onderzoek en uitkomstmetingen.

Ten slotte spelen ook ICT-leveranciers, informatiemanagers, standaardisatieorganisaties, en kennishouders van terminologie- en classificatiesystemen een cruciale rol bij Eenheid van Taal. Zij vertalen de afgesproken terminologieën en informatiestandaarden naar goed werkende informatiesystemen. Door het toepassen van gemeenschappelijke begrippen en codestelsels, zoals *Systematized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms* (SNOMED²) en andere terminologiestandaarden, zoals *Logical Observation Identifiers Names and Codes* (LOINC), maken zij semantisch eenduidige en herbruikbare gezondheids- en zorginformatie in de dagelijkse praktijk mogelijk. Voor leveranciers van nationale en internationale elektronische patiëntendossiers (EPD's) is het - op termijn - efficiënter om te werken met internationale standaarden. Voor het inbouwen van AI in EPD's zijn internationale zorgterminologieën, zoals SNOMED en LOINC, een belangrijke randvoorwaarde voor softwareontwikkeling.

¹ Onder het sociaal domein wordt in dit rapport verstaan: zorg en ondersteuning die worden geleverd op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Jeugdwet.

1.2 Historie

Al sinds de eerste discussies over de invoering van een landelijk EPD, rond de eeuwwisseling, is het belang van Eenheid van Taal en semantische interoperabiliteit een belangrijk onderwerp aan landelijke beleidstafels. Vanaf 2016 werd het belang van Eenheid van Taal onderkend in de missie en visie van het Informatieberaad Zorg. Het vergroten van de Eenheid van Taal en eenduidigheid van begrippen, onder meer door het gebruik van internationale code- en classificatiestelsels in de gezondheidszorg, werd benoemd als essentieel onderdeel voor het realiseren van een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. Dit uitgangspunt, met als doel dat zorginformatie overal dezelfde betekenis heeft, zodat deze betrouwbaar kan worden uitgewisseld en hergebruikt, werd verder uitgewerkt binnen het thema 'Eenmalig vastleggen, meervoudig gebruik' (ook bekend als 'Registratie aan de Bron'). Hiermee werd Eenheid van Taal als beleidsdoel omarmd.

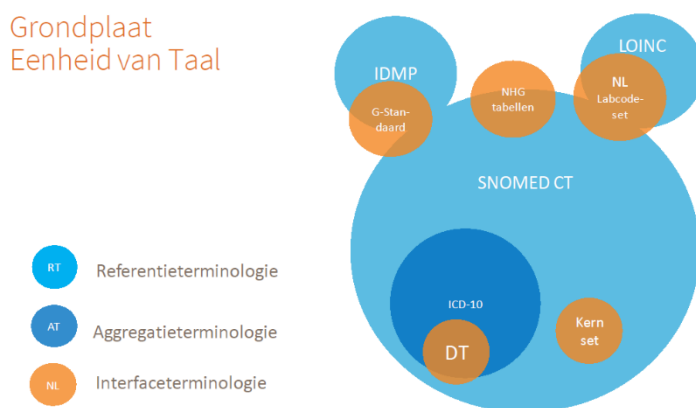
Al snel bleek echter dat er behoefte was aan een duidelijke definitie van Eenheid van Taal en inzicht in de problemen die Eenheid van Taal moest oplossen binnen het zorginformatiestelsel. Om richting te geven aan deze vraagstukken gaf het Informatieberaad eind 2016 het RIVM en Nictiz de opdracht om het realiseren van Eenheid van Taal te verkennen en te positioneren ten opzichte van bestaande beleidsdoelen. In 2018 resulteerde dit in het rapport 'Eenheid van Taal in de Nederlandse Zorg' ([RIVM, 2018](#)). Dit rapport koppelde semantische interoperabiliteit expliciet aan de doelen van het Informatieberaad Zorg. Denk aan registratie aan de bron, eenmalig vastleggen en meervoudig gebruik van gegevens, en het verminderen van administratieve lasten ([Ministerie van VWS, 2020](#)). Deze zijn alleen haalbaar als zorginformatie niet alleen technisch uitwisselbaar wordt, maar ook eenduidig vastgelegd en geïnterpreteerd wordt.

De kern van het rapport uit 2018 was het streven naar eenduidige, gestandaardiseerde registratie aan de bron met behulp van internationale terminologie, ondersteund door informatiemodellen. Het doel was semantische interoperabiliteit, meervoudig gebruik van gegevens en vermindering van administratieve lasten, op basis van de routekaart Eenheid van Taal. Centraal in de visie van 2018, als eerste punt op de horizon op de routekaart, staat de 'grondplaat' (zie figuur 1.1 en tekstkader 1). Deze grondplaat bestaat uit een set van internationale terminologiestelsels (*SNOMED*, *Logical Observation Identifiers, Names and Codes* [LOINC], en *Identification of Medicinal Products* [IDMP]). Deze hebben een relatie met landelijke terminologiestelsels (Referentie-Aggregatie- en Interfaceterminologie) zoals de G-Standaard, de tabellen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Diagnosethesaurus (DT), de NL Labcode-set en de Nationale Kernset.

Deze terminologiestelsels vormen samen één 'taal' die alle zorgpartijen gebruiken om gegevens vast te leggen en uit te wisselen. Informatie die op deze wijze is vastgelegd, kan opnieuw worden gebruikt voor (statistische) rapportages. Dit kan doordat deze termen kunnen worden gekoppeld aan internationale rapportagestandaarden, zoals International Classification of Diseases (ICD), International Classification of Health

Interventions (ICHI) en International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Figuur 1.1 Grondplaat Eenheid van Taal (Nictiz, 2023)



De grondplaat is generiek en sectoroverstijgend bedoeld. Dat betekent dat alle zorgdomeinen (zoals huisarts, ziekenhuis en langdurige zorg) kunnen aansluiten op deze basis, waardoor gegevens consistent en herbruikbaar zijn. En door gegevens vast te leggen op basis van de grondplaat, wordt gegarandeerd dat verschillende zorginformatiesystemen de betekenis van die gegevens op dezelfde manier interpreteren. Dit voorkomt misverstanden en fouten bij gegevensuitwisseling. Met de grondplaat als basis kunnen gegevens die eenmaal zijn vastgelegd, zonder herinterpretatie of herregistratie, worden hergebruikt voor verschillende doelen, zoals zorgverlening, kwaliteitsregistratie, onderzoek en beleid (zie tekstkader 1.1).

Met de introductie van de Nationale Visie en Strategie voor het gezondheidsinformatiestelsel (NVS) is een belangrijke volgende stap gezet in het realiseren van een samenhangend, toekomstbestendig informatiestelsel voor gezondheid en zorg. De NVS, gepubliceerd in het voorjaar van 2023, biedt een overkoepelend kader en een duidelijke koers voor de digitalisering van de zorg in Nederland. Centraal in deze visie staat het streven naar veilige, betrouwbare en efficiënte gegevensuitwisseling over de grenzen van zorgdomeinen heen. Eenheid van Taal vormt hierbij een essentiële randvoorwaarde: alleen door het gebruik van uniforme begrippen, internationale terminologiestelsels en gestandaardiseerde informatiemodellen kunnen de ambities van de NVS, zoals eenmalige vastlegging en meervoudig gebruik van gegevens, daadwerkelijk worden waargemaakt. Daarmee bouwt de NVS voort op de eerder ontwikkelde 'grondplaat' en het beleidsdoel van semantische interoperabiliteit uit het rapport van 2018. Door Eenheid van Taal expliciet te verankeren in de nationale strategie, wordt het belang van sectoroverstijgende samenwerking en standaardisatie onderstreept. Zo wordt de basis gelegd voor een toekomst waarin gegevens betekenisvol, consistent en herbruikbaar zijn voor zorg, onderzoek, kwaliteitsverbetering en beleid. De NVS wordt in hoofdstuk 3 uitgebreider toegelicht.

*Tekstkader 1.1 Waarom een grondplaat ten behoeve van Eenheid van Taal?***Waarom een grondplaat ten behoeve van Eenheid van Taal?**

In 2018 hebben Nictiz en het RIVM een terminologische grondplaat voorgesteld bestaande uit de terminologiestelsels SNOMED, LOINC en IDMP. Op dat moment was er geen enkel terminologiestelsel voorhanden dat het hele gezondheids- en zorgdomein bestreek. Door deze drie samen te gebruiken, is het mogelijk om een heel groot deel van relevante gezondheids- en zorginformatie eenduidig te coderen en uit te wisselen.

Een terminologische grondplaat heeft baat bij een zo beperkt mogelijk aantal terminologiestelsels met een zo groot mogelijke domeindekking, omdat dit de semantische interoperabiliteit, beheersbaarheid en adoptie aanzienlijk vergroot. Hoe meer terminologiestelsels naast elkaar bestaan (nationaal, regionaal, sectoraal), hoe groter de kans is op: overlappende begrippen, conflicterende definities, noodzaak voor complexe mappings en interpretatieverschillen. Daarnaast ontstaan er overlappende bevoegdheden wanneer veel verschillende terminologiestelsels naast elkaar in gebruik zijn. Ook is er een groter risico op versnipperde besluitvorming en inconsistent nationaal beleid.

Een terminologische grondplaat dient te steunen op internationaal in gebruik zijnde en breed-geaccepteerde standaarden om grensoverschrijdende interoperabiliteit, duurzaamheid en datakwaliteit te waarborgen. Dit sluit aan bij de uitgangspunten van de Nationale Visie en Strategie op het Gezondheidsinformatiestelsel waar het gebruik van internationale standaarden beschreven staat uit belang van (internationale) uitwisseling en vergelijkbaarheid (Ministerie van VWS, 2024). Het kan niet uitgesloten worden dat een enkele nationale of sectorale standaard inhoudelijk beter aansluit op de behoeften in een bepaald gezondheids- of zorgdomein. Toch moet de meerwaarde daarvan afgezet worden tegen de nadelen van beperkte internationale uitwisselbaarheid, de noodzaak voor maatwerk in internationale softwaretoepassingen waardoor vendor lock-in (leveranciersafhankelijkheid), en het niet kunnen delen van (beheers)kosten met gebruikers uit andere landen of sectoren een reëel risico wordt.

Het voorstel voor SNOMED, LOINC en IDMP als fundament van de terminologische grondplaat is gedaan op grond van op grond van kostenefficiëntie op de langere termijn, de brede toepassing bij digitale uitwisseling van gezondheidsgegevens, en toekomstbestendigheid door continue internationale doorontwikkeling. Door deze drie internationaal erkende semantische standaarden te combineren, wordt het mogelijk om een groot deel van de gezondheids- en zorginformatie aan de bron gedetailleerd en eenduidig te coderen en uit te wisselen, wat essentieel is voor semantische interoperabiliteit.

1.3 Opdracht en onderzoeksvragen

Voor deze opdracht, advies over de stand van zaken en vooruitblik voor Eenheid van Taal in de Nederlandse gezondheidszorg, heeft het ministerie van VWS aan het RIVM gevraagd om middels een adviesrapport inzichtelijk te maken wat de stand van zaken is wat betreft Eenheid van Taal anno 2025 en welke veranderopgaven er liggen. De vraag was daarnaast om dit af te zetten tegen de visie en routekaart uit 2018, en rekening te houden met de relevante ontwikkelingen voor het veld. Nictiz heeft aan dit rapport meegewerkt als expert op het gebied van standaarden en heeft gedurende het hele proces het RIVM bijgestaan met deze expertise.

Onderzoeksvragen

Op basis van deze opdracht heeft het RIVM in samenwerking met Nictiz de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Welke relevante ontwikkelingen hebben sinds 2018 plaatsgevonden in relatie tot Eenheid van Taal?
2. Wat is de stand van zaken van de routekaart van Eenheid van Taal in Nederland in 2025?
3. Hoe zou een herijkte visie op Eenheid van Taal eruit kunnen zien, in het licht van plateau 3 van de nationale visie en strategie (2035, uitgelegd in paragraaf 3.2.1) van de nationale visie en strategie op het gezondheidsinformatiestelsel?
4. Welke veranderopgaven liggen er, afgezet tegen de oorspronkelijke routekaart uit 2018?
5. Welke handelingsopties passen daarbij?

1. Welke relevante ontwikkelingen hebben sinds 2018 plaatsgevonden in relatie tot Eenheid van Taal?

Sinds 2018 hebben zich nationaal en internationaal op meerdere vlakken belangrijke ontwikkelingen voorgedaan, onder andere qua wetgeving, beleid, technologie, informatiemodellering en (semantische) standaarden. Deze inventarisatie wordt in **hoofdstuk 3** besproken.

2. Wat is de stand van zaken van de routekaart Eenheid van Taal in Nederland in 2025?

In **hoofdstuk 4** wordt nagegaan of en hoe er in Nederland navolging aan de aanbevelingen uit 2018 is gegeven. In het rapport uit 2018 werden er aan de hand van een routekaart aanbevelingen gedaan aan het Informatieberaad Zorg over het implementeren van Eenheid van Taal. Dit varieerde van beleidsmatige maatregelen, zoals het organiseren van *governance*, tot praktische stappen zoals het (laten) vertalen van onderdelen van de terminologische grondplaat. De tijdshorizon van deze routekaart liep tot 2026.

3. Hoe zou de weg naar meer Eenheid van Taal eruit kunnen zien in het licht van plateau 3 (2035) van de nationale visie en strategie op het gezondheidsinformatiestelsel?

In **hoofdstuk 5** worden de beschreven ontwikkelingen en de geanalyseerde voortgang van de routekaart in samenhang beschouwd. Deze worden gespiegeld aan de visie uit 2018. Hierbij worden ook de opbrengsten en inzichten uit de focusgroepen, expertinterviews en werksessies gepresenteerd. Op basis daarvan wordt geschetst hoe

Eenheid van Taal kan worden gepositioneerd als een samenhangend en toekomstbestendig fundament voor semantische interoperabiliteit, databeschikbaarheid en meervoudig gebruik van gegevens, richting plateau 3 van de NVS (2035).

4. *Welke veranderopgaven liggen er, afgezet tegen de oorspronkelijke routekaart Eenheid van Taal uit 2018?*

Hoofdstuk 6 richt zich op het identificeren en duiden van de resterende en nieuwe veranderopgaven rond Eenheid van Taal. Dit wordt gezien vanuit de geëvalueerde visie vanuit de NVS, zoals beschreven in hoofdstuk 5, en in relatie tot de voortgang van de acties uit de routekaart van 2018. Daarbij wordt zowel gekeken naar opgaven die destijds al waren voorzien, maar nog niet (volledig) zijn gerealiseerd, als naar veranderopgaven die zijn ontstaan door nieuwe beleidsmatige, technologische en maatschappelijke ontwikkelingen. Door deze veranderopgaven expliciet te maken, ontstaat inzicht in wat er richting 2035 nodig is om Eenheid van Taal daadwerkelijk te verankeren als fundament onder het gezondheidsinformatiestelsel.

5. *Welke handelingsopties passen daarbij?*

Deze onderzoeksvraag in **hoofdstuk 7** richt zich op het identificeren en duiden van samenhangende handelingsopties om de eerder beschreven veranderopgaven rond Eenheid van Taal doelgericht te adresseren richting 2035. Daarbij wordt rekening gehouden met verschillen in volwassenheid tussen sectoren, de onderlinge afhankelijkheden tussen beleidsmatige, organisatorische en technische maatregelen, en de noodzaak om voort te bouwen op reeds ingezette trajecten. De handelingsopties bieden houvast aan beleidsmakers, uitvoerende partijen en andere betrokkenen, door inzichtelijk te maken welke strategische keuzes en acties op de korte, middellange en langere termijn kunnen worden ingezet om te komen tot een duurzame verankering van Eenheid van Taal binnen het gezondheidsinformatiestelsel.

Hoofdstuk 8 bevat tot slot de belangrijkste conclusies. In dit hoofdstuk worden ook de handelingsopties nader uitgewerkt en deze worden verbonden aan concrete strategische richtingen.

1.4 Scope

Eenheid van Taal is geen doel op zich, het is een middel om databeschikbaarheid en andere doelen uit de NVS te realiseren. Bij de uitwerking en de beantwoording van de onderzoeksvragen is de NVS daarom een belangrijk leidend beleidskader, evenals de aankomende Europese wetgeving EHDS.

1.5 Verantwoording

Dit rapport is opgesteld in opdracht van het ministerie van VWS. Het onderzoek is uitgevoerd door het RIVM, met inhoudelijke bijdragen van experts van Nictiz. Voor deze verkenning is gebruikgemaakt van beleidsdocumenten, literatuur en praktijkervaringen op het gebied van Eenheid van Taal. Daarbij zijn verschillende onderzoeksmethoden ingezet, waaronder deskresearch en consultaties met betrokken partijen uit de zorg. Deze vonden plaats via interviews, focusgroepen,

werksessies en een publieke consultatie. Op deze manier zijn de voortgang, knelpunten en behoeften rondom semantische interoperabiliteit in kaart gebracht.

Het rapport beoogt inzicht te geven in de actuele stand van zaken rond Eenheid van Taal, de samenhang met bredere beleidsontwikkelingen en de handelingsopties die nodig zijn om richting te geven aan vervolgstappen. Het rapport biedt zowel strategische duiding als handelingsopties voor beleidsmakers, bestuurders en andere belanghebbenden die betrokken zijn bij de inrichting, sturing en uitvoering van het gezondheidsinformatiestelsel. Het rapport is ook bedoeld voor partijen die een rol spelen bij standaardisatie, digitalisering en gegevensuitwisseling in de zorg.

Het uitgangspunt voor het RIVM was om met dit rapport een onafhankelijk en objectief advies op te stellen, door transparant te zijn over de gehanteerde werkwijze en het betrekken van verschillende perspectieven uit de gezondheids- en zorgpraktijk. Daarbij wordt erkend dat het, ondanks deze inspanningen, niet mogelijk is om alle relevante belanghebbenden te spreken door het omvangrijke en brede werkveld van betrokkenen.

2 Methode en aanpak

Het huidige onderzoek is uitgevoerd tussen april 2025 en oktober 2025, en bestaat uit een combinatie van deskresearch, expertinterviews, focusgroepen en drie werksessies². Belanghebbenden die niet hebben bijgedragen via interviews, kregen de mogelijkheid om via een publieke consultatie alsnog hun mening te geven over de inhoud van dit rapport.

Voor het deel van het rapport over de stand van zaken van Eenheid van Taal, is de input voornamelijk afkomstig uit deskresearch, focusgroepen, en de expertinterviews.

Voor het deel van het rapport over de veranderopgaven om tot meer Eenheid van Taal in Nederland te komen, is de input voornamelijk afkomstig uit deskresearch en werksessies.

2.1 Deskresearch

De deskresearch diende als voorbereiding op de focusgroepen en de interviews. Beleidsstukken, wet- en regelgeving (zoals de Wegiz en EHDS), eerdere visies, rapporten van RIVM, Nictiz en het ministerie van VWS, technische standaarden en internationale kaders zijn geanalyseerd. Ook zijn praktijkervaringen uit eerdere trajecten meegenomen. Dit leverde inzicht op in knelpunten, uitgewerkte onderdelen en strategische bijsturingspunten. De uitkomsten vormden de basis voor de verdere analyse en zijn aangevuld aan de hand van werksessies en focusgroepen.

2.2 Focusgroepen

In totaal zijn er voor dit onderzoek zestien focusgroepbijeenkomsten georganiseerd. Per focusgroep werd één onderwerp bediscussieerd in een informele, online setting met een beperkt aantal deelnemers. In bijlage 1 staat een lijst met de onderwerpen per focusgroep. Elke focusgroep werd begeleid door een projectmedewerker van Nictiz of RIVM.

Het doel van de focusgroepen was om diepgaande inzichten van experts te verkrijgen in de stand van zaken, meningen, motivaties, ervaringen en behoeften op bepaalde onderwerpen. Tijdens de focusgroepbijeenkomst zijn vaak open vragen gesteld en zijn deelnemers aangemoedigd om op elkaars antwoorden te reageren. De gesprekken zijn opgenomen en getranscribeerd voor thematische analyses.

2.3 Expertinterviews

Voor dit onderzoek zijn vier expertinterviews gehouden. De expertinterviews verschillen weinig van de focusgroepen. Per interview werd echter met slechts één expert één onderwerp besproken in een

² Enkele relevante ontwikkelingen, zoals de Wet kwaliteitsregistraties zorg (Wkz) en de samenwerking tussen SNOMED en NANDA-I, zijn pas tijdens of na afronding van de onderzoeksperiode aangekondigd of van kracht geworden. Waar mogelijk zijn dergelijke relevante ontwikkelingen alsnog geïdentificeerd en verwerkt in dit rapport.

informele, online setting. Het doel van de interviews was gelijk aan dat van de focusgroepen. In bijlage 1 staat een lijst met de onderwerpen.

2.4 Werksessies

Er zijn drie werksessies uitgevoerd in juni en september. In totaal namen 73 belanghebbenden deel, vanuit verschillende sectoren in de breedte van het gezondheidsinformatiestelsel en vanuit alle lagen van het vijflagenmodel (organisatiebeleid, zorgproces, informatie, applicatie, en IT-infrastructuur) (Nictiz, 2025). Tijdens de eerste twee sessies zijn de stand van zaken, knelpunten en rollen in kaart gebracht en is gezamenlijk gewerkt aan het toekomstperspectief van Eenheid van Taal. In de derde sessie is de veranderopgave gedeeld en besproken. Deze input is thematisch geanalyseerd en verwerkt in de resultaten. Een samenvatting van de opbrengsten van deze werksessies is bijgevoegd in bijlage 2.

2.5 Publieke consultatie

Van 13 tot en met 30 april 2026 is een conceptversie van dit rapport via directe e-mail en via LinkedIn-netwerken gedeeld met relevante stakeholders in het veld van digitale registratie van zorginformatie. Zij zijn gevraagd om feedback te geven op het rapport. In deze periode kon iedereen via een formulier feedback geven op de conceptversie van dit rapport. Na sluiting van de termijn zijn de reacties geïnventariseerd en verwerkt. Een verantwoording van wat met de feedback is gedaan, is bijgevoegd als bijlage 3.

3 Relevante ontwikkelingen sinds 2018 in relatie tot Eenheid van Taal

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke relevante ontwikkelingen volgens experts met betrekking tot Eenheid van Taal hebben plaatsgevonden vanaf het moment van publicatie van de Visie Eenheid van Taal in oktober 2018 tot en met nu. De ontwikkelingen worden gecategoriseerd besproken. Allereerst worden ontwikkelingen op het gebied van nationale en internationale wet- en regelgeving besproken. Daarna volgen relevante ontwikkelingen in beleid en beleidsinitiatieven. Vervolgens worden ontwikkelingen beschreven die zich hebben voorgedaan op het gebied van informatiemodellering, terminologiestelsels en classificaties. Als laatste wordt kort beschreven hoe Eenheid van Taal wordt geoperationaliseerd in de ons omringende landen.

3.1 Wet- en regelgeving nationaal en internationaal

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste ontwikkelingen in nationale en internationale wet- en regelgeving sinds 2018 die van invloed zijn op de realisatie en toepassing van Eenheid van Taal in de Nederlandse gezondheidszorg.

3.1.1 *Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz)*

De Wegiz is het Nederlandse wettelijke kader dat regelt dat elektronische gegevensuitwisseling in de zorg vanaf 2024 stap voor stap verplicht wordt gesteld (Ministerie van VWS, 2023). De wet richt zich op het veilig, betrouwbaar en gestandaardiseerd uitwisselen van gezondheidsgegevens tussen zorgaanbieders, met als doel de continuïteit, kwaliteit en doelmatigheid van zorg te verbeteren.

De Wegiz houdt geen algemene verplichting in voor alle gegevensuitwisselingen, maar werkt via aangewezen gegevensuitwisselingen, waarvoor bij algemene maatregel van bestuur (AMvB) wordt vastgelegd *wat* elektronisch moet worden uitgewisseld en *wanneer*. Voor het beantwoorden van de *hoe*-vraag verwijst de AMvB naar kwaliteitsstandaarden en NEN-normen. Een NEN-norm verwijst naar een informatiestandaard. Het doel van de ontwikkeling en implementatie van deze gegevensuitwisselingen is betere beschikbaarheid van gegevens in het zorgproces, betere zorg voor de patiënt en minder administratieve lasten voor de zorgverlener. De wet legt verplichtingen op aan zorgaanbieders en vormt daarmee een juridisch afdwingbaar instrument om landelijke standaardisatie en digitale samenwerking in de zorg te realiseren.

Eenheid van Taal in relatie tot de Wegiz

Eenheid van Taal ondersteunt een succesvolle uitvoering van de Wegiz, omdat deze wet elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders voorschrijft. Eenheid van Taal zorgt ervoor dat begrippen, codes en definities uniform worden gebruikt, zodat informatie eenduidig kan worden vastgelegd, gedeeld en geïnterpreteerd, bijvoorbeeld voor de vijf geprioriteerde gegevensuitwisselingen:

medicatieoverdracht, beeldbeschikbaarheid, verpleegkundige overdracht, Basisgegevensset Zorg (BgZ) en acute zorg (Ministerie van VWS, 2025). Dit voorkomt fouten, duplicatie en misverstanden bij het uitwisselen van patiëntgegevens. Bovendien maakt Eenheid van Taal het mogelijk om gestandaardiseerde informatie effectief vast te leggen in elektronische patiëntendossiers (EPD's) met gestandaardiseerde terminologie, zoals SNOMED en LOINC op basis van zibs. Dit waarborgt de interoperabiliteit tussen verschillende zorgsystemen.

Tijdslijnen en verplichtingen in relatie tot de Wegiz

Per 1 januari 2024 zijn de eerste concrete verplichtingen vanuit de Wegiz van kracht geworden, waaronder onderdelen van de medicatieoverdracht. De inwerkingtreding van de *European Health Data Space Regulation* (EHDS) (zie ook volgende paragraaf) heeft gevolgen voor de tijdslijnen van de Meerjarenagenda van de Wegiz ([Ministerie van VWS, 2025](#)). Het ministerie van VWS onderzoekt in een doorlopende impactanalyse hoe de juridische borging het best kan worden ingericht, zodat de AMvB's - die nog in ontwikkeling zijn - goed op deze internationale verandering aansluiten. De Wegiz en EHDS vertonen samenhang maar ook belangrijke verschillen. Waar de Wegiz uitgaat van conformiteitsbeoordeling door derden, gaat de EHDS uit van een zelfbeoordeling op conformiteit door ICT-leveranciers. De AMvB's kunnen weer worden opgepakt zodra deze wijzigingen in de Wegiz zijn verwerkt.

3.1.2 *European Health Data Space Regulation (EHDS)*

De EHDS (Europese Unie, 2025) is een Europese verordening die tot doel heeft het gebruik en de uitwisseling van gezondheidsgegevens binnen de Europese Unie structureel te verbeteren. De EHDS vormt een van de pijlers van de bredere Europese datastrategie en beoogt zowel de kwaliteit van zorg te ondersteunen als innovatie, onderzoek en beleidsvorming te versterken door betere databeschikbaarheid.

De EHDS introduceert een gemeenschappelijk juridisch, organisatorisch en technisch kader voor het gebruik van elektronische gezondheidsgegevens. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen *primair* gebruik van gegevens (voor directe zorgverlening aan de patiënt) en *secundair* gebruik van gegevens (voor onder andere onderzoek, innovatie, kwaliteitsverbetering en beleidsontwikkeling). Voor beide vormen van gebruik stelt de EHDS eisen aan toegang, interoperabiliteit, beveiliging en *governance*. Ook gaan er eisen gelden voor softwareleveranciers van EPD's.

Voor primair gebruik verplicht de EHDS de EU-lidstaten om uiterlijk in 2029 burgers in staat te stellen hun gezondheidsgegevens digitaal in te zien. Ook kan hun data over de grens gedeeld worden bij zorg in het buitenland, bijvoorbeeld bij zorgverlening in een andere lidstaat. Dit vereist dat gegevens op een gestandaardiseerde en interoperabele manier beschikbaar zijn, zodat zij eenduidig kunnen worden geïnterpreteerd en hergebruikt. In elke lidstaat zal dit worden gecoördineerd door een digitale gezondheidsautoriteit (*Digital Health Authority*). Voor gegevensuitwisseling over de grens wordt gebruikgemaakt van het Nationaal Contactpunt voor eHealth. De EHDS beschrijft specifiek de rechten en plichten van zorgprofessionals.

Zorgprofessionals zijn verplicht om relevante gezondheidsgegevens tijdig, correct en gestructureerd vast te leggen en beschikbaar te stellen in EPD's, volgens vastgestelde interoperabiliteitsstandaarden en prioritaire gegevenscategorieën. Hierdoor kunnen deze gegevens veilig worden geraadpleegd en uitgewisseld voor de zorgverlening, terwijl zij daarbij binnen de EHDS-kaders gegevens mogen gebruiken en ontvangen van andere zorgprofessionals. Artikel 60 van de EHDS verplicht datahouders om relevante elektronische gezondheidsgegevens voor secundair gebruik tijdig beschikbaar te stellen aan aangewezen *Health Data Access Bodies*, op basis van een toegangsbesluit of een goedgekeurd dataverzoek.

Voor secundair gebruik introduceert de EHDS een geharmoniseerd kader voor datatoegang via nationale toegangspunten (*Health Data Access Bodies*). Deze instanties beoordelen verzoeken voor hergebruik van gezondheidsgegevens en faciliteren toegang tot datasets onder strikte voorwaarden. De EHDS wil hiermee de verschillen tussen lidstaten verkleinen en een Europese markt voor gezondheidsdata mogelijk maken, met behoud van hoge standaarden voor privacy en gegevensbescherming. De verantwoordelijkheid voor implementatie van de EHDS in Nederland ligt bij het ministerie van VWS (Ministerie van VWS, 2026).

Eenheid van Taal in relatie tot de EHDS

Eenheid van Taal en de EHDS zijn nauw met elkaar verweven en versterken elkaar. De EHDS biedt het juridische en organisatorische kader voor het beschikbaar maken en delen van data. Eenheid van Taal is daarbij de inhoudelijke en semantische basis om deze ambities in de praktijk te kunnen realiseren.

Eenheid van Taal richt zich op het eenduidig vastleggen, uitwisselen en interpreteren van gezondheidsinformatie door middel van gezamenlijke afspraken over begrippen, definities, terminologiestelsels en informatiemodellen. Zonder dergelijke afspraken bestaat het risico dat gegevens wel technisch beschikbaar zijn, maar niet betrouwbaar, vergelijkbaar of herbruikbaar. Dit geldt in het bijzonder in een internationale context, waarin verschillen in taal, zorgprocessen en registratiewijzen voor extra complexiteit zorgen.

Tijdslijnen en verplichtingen EHDS

Op 26 maart 2025 trad de EHDS in werking en begon er een gefaseerd implementatietraject voor de drie kernonderdelen: primair gebruik van gezondheidsgegevens, secundair gebruik van gezondheidsgegevens en de markt voor elektronische patiëntendossiers.

Uiterlijk maart 2027 stelt de Europese Commissie een paar belangrijke uitvoeringshandelingen (*implementing acts*) vast. Deze uitvoeringshandelingen – vergelijkbaar met Nederlandse AMvB's – geven invulling aan technische en organisatorische regels, zoals het Europees Elektronisch Patiëntendossier-uitwisselingsformaat (EEHRxF) en andere interoperabiliteitsspecificaties die nodig zijn om de EHDS operationeel te maken (European Commission, 2025). Daarnaast moeten lidstaten uiterlijk in maart 2027 aan de Europese Commissie doorgeven welke

instanties zij in hun land aanwijzen als *Digital Health Authority* en *Health Data Access Body*.

Vanaf maart 2029 worden de eerste verplichtingen van toepassing:

- Voor primair gebruik moeten alle lidstaten een basisniveau van uitwisseling gerealiseerd hebben voor de eerste groep prioritaire datacategorieën, zoals *Patient Summaries* (vergelijkbaar met de BgZ uit de Wegiz, Ministerie van VWS, 2026) en *ePrescriptions/eDispensations* (vergelijkbaar met Medicatieoverdracht uit de Wegiz). De Europese Commissie werkt nog *implementing acts* uit waarin vastgelegd wordt welke standaard moet worden gebruikt bij welke gegevensuitwisseling.
- Voor secundair gebruik gaan de kernverplichtingen voor de meeste datacategorieën gelden (bijvoorbeeld gegevens uit EPD's), inclusief de rol van de *Health Data Access Body* die aan de hand van vergunningverlening toegang tot gegevens voor onderzoek, innovatie en beleidsdoeleinden moet faciliteren.

Uiteindelijk, vanaf maart 2031, moeten aanvullende onderdelen van het primaire gebruik operationeel zijn, zoals uitwisseling van medische beelden (vergelijkbaar met Beeldbeschikbaarheid uit de Wegiz), medische testresultaten en ontslagrapporten. Ook komen er uitgebreidere regels voor het secundair gebruik van complexere gegevens, zoals genomische data.

3.2 **Beleid en beleidsinitiatieven**

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste ontwikkelingen in beleid en beleidsinitiatieven sinds 2018 die van invloed zijn op de realisatie en toepassing van Eenheid van Taal in de Nederlandse gezondheidszorg. Beleid en beleidsinitiatieven bepalen de kaders en prioriteiten waarbinnen Eenheid van Taal wordt ontwikkeld en toegepast. Zij sturen op randvoorwaarden zoals *governance*, financiering en standaardisatie, en beïnvloeden daarmee direct of Eenheid van Taal in de praktijk haalbaar, samenhangend en op grote schaal te gebruiken is.

3.2.1 *Nationale Visie en Strategie op het gezondheidsinformatiestelsel (NVS)*

De NVS vormt het overkoepelende langetermijnkader van het ministerie van VWS voor het digitaliseren en organiseren van de informatievoorziening in de Nederlandse gezondheidszorg. De visie werd in april 2023 aan de Tweede Kamer aangeboden, met een horizon tot 2035 (Ministerie van VWS, 2023). Zij beschrijft de ontwikkeling van een integraal, domeinoverstijgend stelsel waarin gezondheidsgegevens beschikbaar, bruikbaar en veilig zijn voor burgers, zorgverleners, beleidsmakers en onderzoekers. De visie heeft drie pijlers: databeschikbaarheid, vertrouwen en regie, en schetst de beweging van losse gegevensuitwisselingen naar volledige databeschikbaarheid met waarborgen voor privacy en veiligheid (Ministerie van VWS, 2023).

Op basis hiervan is eind 2024 de Nationale Strategie gepubliceerd met concrete doelstellingen, subdoelen en acties voor de korte, middellange en lange termijn (Ministerie van VWS, 2024). Deze strategie is samen met het zorgveld ontwikkeld, waaronder organisaties als Nictiz,

Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ). Er zijn sessies met en een consultatie van belanghebbenden gehouden. In de strategie is de visie uitgewerkt in een driefasenmodel (plateaus, zie figuur 3.1):

- **Plateau 1 (2023–2026) – interoperabiliteit organiseren**
In dit plateau ligt de nadruk op het realiseren van elektronische en veilige gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders. Daarbij wordt aangesloten bij bestaande zorgprocessen, beschikbare digitale voorzieningen en landelijke afspraken, waaronder wettelijke verplichtingen zoals vastgelegd in de Wegiz en beleidsafspraken uit onder meer het Integraal Zorgakkoord (IZA) (zie ook de paragraaf over bestuurlijke akkoorden).
- **Plateau 2 (2027–2030) – netwerkgorg en samenhang realiseren**
In de tweede fase wordt databeschikbaarheid verder ontwikkeld om samenwerking in zorgnetwerken te ondersteunen. Dit betreft zowel formele als informele zorgverleners en omvat een toenemend gebruik van digitale zorgtoepassingen en hergebruik van gegevens voor zorgverlening, gezamenlijke besluitvorming, evaluatie, onderzoek en beleid. In dit plateau worden ook de kaders en tijdslijnen van de Europese verplichtingen van de EHDS opgenomen in de NVS. Zo kan databeschikbaarheid en zorginformatie ook op Europees niveau gerealiseerd worden.
- **Plateau 3 (2031–2035) – integrale zorg en ondersteuning**
Het derde plateau richt zich op integrale zorg en een bredere focus op gezondheid en preventie, door aansluiting van het sociaal domein en het domein van publieke gezondheid op het gezondheidsinformatiestelsel. Naast zorggegevens worden daarmee ook andere relevante gezondheidsgegevens benut. In deze fase wordt uitgegaan van een volledig ingericht en operationeel gezondheidsinformatiestelsel.

Figuur 3.1 De plateaus uit de Strategie op het Gezondheidsinformatiestelsel (Ministerie van VWS, 2024)



Eenheid van Taal in relatie tot de Nationale Visie en Strategie

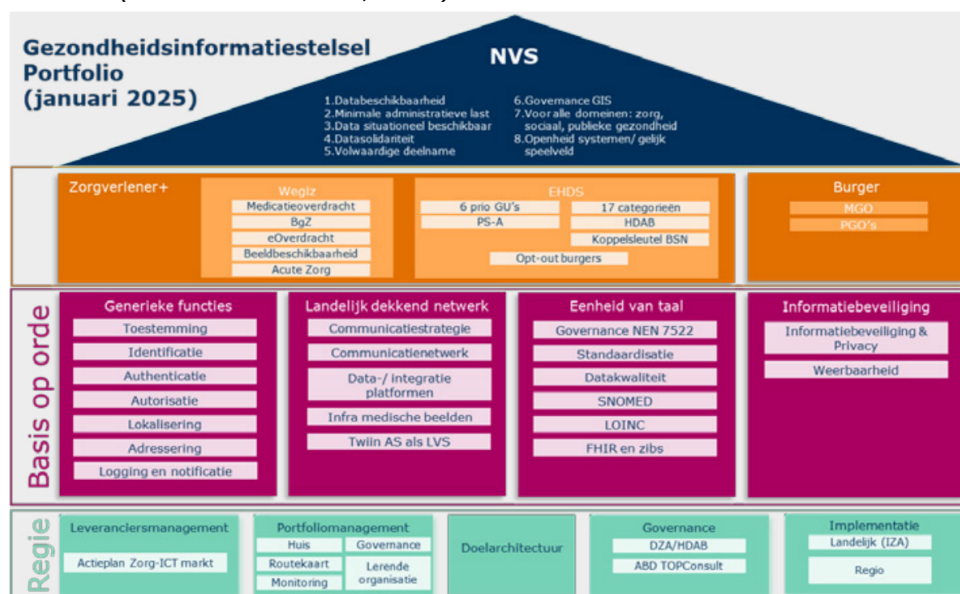
In de NVS wordt Eenheid van Taal niet als zelfstandig beleidsprogramma gepositioneerd, maar als een essentiële randvoorwaarde voor databeschikbaarheid en interoperabiliteit. De NVS benadrukt dat zorginformatie alleen effectief kan worden uitgewisseld, hergebruikt en gecombineerd wanneer gegevens eenduidig zijn vastgelegd en dezelfde betekenis hebben voor verschillende systemen, zorgverleners, burgers en domeinen.

Binnen het eerste plateau van de NVS – het organiseren van interoperabiliteit – wordt uitgegaan van het gebruik van gemeenschappelijke informatiemodellen, informatiestandaarden en terminologiestelsels om elektronische gegevensuitwisseling mogelijk te maken. Eenheid van taal is daarbij nodig zodat de technische uitwisseling van gegevens tot een juiste interpretatie van gegevens leidt, zowel in het primaire zorgproces als bij secundair gebruik.

In de daaropvolgende plateaus, gericht op netwerkzorg en integrale zorg, neemt het belang van Eenheid van Taal verder toe. Naarmate meer zorg in netwerken wordt georganiseerd en data intensiever worden hergebruikt, wordt consistente betekenisgeving over sectoren en zorgdomeinen heen steeds belangrijker. De NVS onderkent daarmee dat semantische interoperabiliteit een structureel onderdeel vormt van een toekomstbestendig gezondheidsinformatiestelsel en dat afspraken over taal, betekenis en context onlosmakelijk verbonden zijn met de realisatie van de strategische doelen in de NVS (Ministerie van VWS, 2026).

Het ministerie van VWS monitort de voortgang van de NVS aan de hand van concrete doelstellingen en acties voor verschillende aspecten van de NVS met ieder hun eigen tijdshorizon. Daarbij wordt een zogenaamd portfoliohuis van het gezondheidsinformatiestelsel gebruikt om inzicht te krijgen in de samenhang, prioritering en voortgang van uitvoeringsinitiatieven (figuur 3.2). Het NVS-Portfoliohuis ordent standaarden en initiatieven naar verschillende niveaus: van strategische doelen (boven) en functionele afspraken tot semantische, technische en implementatieniveaus (onder). Eenheid van Taal maakt daarbij onderdeel uit van de laag 'Basis op orde', waarmee aangegeven wordt dat deze laag een randvoorwaarde is voor een goed functionerend gezondheidsinformatiestelsel.

Figuur 3.2 Portfoliohuis op het gezondheidsinformatiestelsel, met daarin Eenheid van Taal (Ministerie van VWS, 2025)



3.2.2 *Beleidsthema Publiek Houderschap*

Het beleidsthema Publiek Houderschap binnen het ministerie van VWS richt zich op het formuleren en inrichten van regie, kaders en *governance* rond informatiestandaarden in de Nederlandse gezondheidszorg. Het beleidsthema werkt aan uniforme afspraken voor informatiestandaarden, waaronder terminologische (semantische) en technische standaarden (Eenheid van Taal en Techniek), en geeft richting aan de implementatie hiervan over sectoren heen. Het doel is dat informatie eenduidig, begrijpelijk en herbruikbaar wordt vastgelegd in het zorgdomein, wat een voorwaarde is voor effectieve elektronische gegevensuitwisseling (Ministerie van VWS, 2025).

Het beleidsthema Publiek Houderschap neemt verantwoordelijkheid voor het formaliseren van sectoroverstijgende afspraken, rollen, taken en verantwoordelijkheden volgens landelijke normen, zoals de NEN7522 (NEN, 2021). Het ministerie van VWS ondersteunt hiermee de landelijke implementatie van semantische standaarden uit de grondplaat (zie figuur 1.1 in hoofdstuk 1), zoals SNOMED (terminologie), en (technische) standaarden en FHIR-zibs (uitwisseling). Het ministerie werkt hierbij samen met het zorgveld aan een stelsel van standaarden (Amsterdam UMC, 2022; Nictiz, 2025).

Eenheid van Taal in relatie tot het beleidsthema Publiek Houderschap

Het beleidsthema Publiek houderschap bevat *governance*-activiteiten die Eenheid van Taal direct raken: het opstellen van kaders voor terminologiegebruik, de afstemming van standaarden met Europese verplichtingen, zoals de EHDS, en de aansluiting op nationale wetgeving, zoals de Wegiz. Binnen het beleidsthema Publiek Houderschap wordt bijvoorbeeld gestuurd op de implementatie van SNOMED als onderdeel van het nationale terminologiestelsel (de grondplaat) en op landelijke implementatie van FHIR en zibs (Ministerie van VWS, 2024; Ministerie van VWS, 2022; zie ook de volgende paragraaf over stelselbesluiten).

3.2.3 *Stelselbesluiten*

In deze paragraaf worden twee relevante stelselbesluiten beschreven die tussen oktober 2018 en nu hebben plaatsgevonden: het FHIR-besluit en het SNOMED-besluit.

Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR)-besluit

Het *FHIR-besluit* is een stelselbesluit van het ministerie van VWS om vanuit een beleidsmatig kader richting te geven aan het gebruik van de FHIR-standaard en zorginformatiebouwstenen (Zibs) voor elektronische gegevensuitwisseling in de Nederlandse zorg (Ministerie van VWS, 2022). Het besluit is onderdeel van het bredere kader van digitale gegevensuitwisseling in de zorg, zoals vastgelegd in de Wegiz en andere stelselregulering.

Het doel van het besluit om FHIR als technische uitwisselingsstandaard vast te stellen, is om interoperabiliteit tussen zorgsystemen te bevorderen, zodat verschillende zorgaanbieders, softwareleveranciers en ketenpartners gegevens consistent, veilig en efficiënt kunnen uitwisselen. Het besluit vormt daarmee een belangrijke technische basis voor digitale samenwerking in de zorg en is een belangrijk onderdeel van het realiseren van het gezondheidsinformatiestelsel.

Het FHIR-besluit specificceert onder andere:

- Het gebruik van FHIR en Zibs zijn belangrijke randvoorwaarden om tot gegevensuitwisseling te komen.
- Voorkeursgebruik van FHIR-profielen; het besluit legt vast welke FHIR-resources (klein, logisch pakketjes van informatie over één type zorggegeven) en profielen gebruikt moeten worden voor specifieke gegevensuitwisselingen, bijvoorbeeld medicatie, laboratoriumuitslagen, verwijzingen en overdracht.
- Zibs 2017 en Zibs 2020 zijn de generieke semantische uitwisselingsstandaarden; zij vormen de semantische basis voor de FHIR-profielen.
- Koppeling met bestaande zorgprocessen; FHIR-uitwisselingen moeten aansluiten bij actuele werkprocessen in de zorg, zoals voorschrijven, verwijzen, overdragen en het rapporteren van laboratoriumuitslagen.
- Technische richtlijnen en profielen; het besluit verwijst naar de FHIR-profielen die nationaal zijn vastgesteld door organisaties, zoals Nictiz, en geeft aan hoe softwareleveranciers en zorgaanbieders deze consistent moeten gebruiken.
- Stapsgewijze implementatie en toetsing; implementatie gebeurt gefaseerd, waarbij per zorgdomein en proces wordt vastgesteld welke uitwisselingen eerst verplicht zijn.
- Koppeling aan andere standaarden; het besluit voorziet in integratie van de FHIR-profielen met SNOMED, LOINC en IDMP, zodat zowel technische (syntactische) als inhoudelijke (semantische) interoperabiliteit wordt geborgd.

Eenheid van Taal in relatie tot het FHIR-besluit

Het FHIR-besluit en Eenheid van Taal vullen elkaar aan: FHIR definieert de technische structuur en protocollen voor uitwisseling (het hoe), terwijl Eenheid van Taal bepaalt welke termen en codes binnen die structuren gebruikt worden (het wat). Informatiemodellering zorgt voor de generieke semantische uitwisselingsstandaarden. Zonder FHIR kan gegevensuitwisseling tussen systemen technisch beperkt of inconsistent zijn. En zonder afspraken over Eenheid van Taal kan de gegevensuitwisseling syntactisch correct zijn, maar inhoudelijk verschillend worden geïnterpreteerd.

SNOMED-Besluit

Het *SNOMED-besluit* is een stelselbesluit van het ministerie van VWS waarin het gebruik van de internationale terminologie van SNOMED voor het vastleggen en uitwisselen van zorginformatie in Nederland vanuit een beleidsmatig kader wordt voorgesteld als onderdeel van bestuurlijke afspraken tussen verschillende sectoren en het ministerie (Ministerie van VWS, 2024). Het besluit is onderdeel van het bredere kader van digitale gegevensuitwisseling in de zorg, zoals geregeld via de Wegiz en andere stelselregeling.

Het doel van het besluit is om een eenduidige, gestandaardiseerde en internationaal compatibele manier van coderen van zorginformatie te garanderen. Hiermee kunnen zorgverleners, instellingen en softwareleveranciers informatie consistent vastleggen, delen en hergebruiken, zowel nationaal als internationaal.

Het besluit volgt op een impact assessment uit 2022 (D&A Medical Group, 2022) en biedt een kader om het gebruik van SNOMED structureel in te voeren in zorginformatiesystemen. In het SNOMED-besluit staat ook dat zes sectoren die deelnemen aan het IZA Uitvoeringsakkoord Gegevensuitwisseling elk een transformatie- of migratieplan moeten opstellen. Het gaat om de volgende sectoren: medisch specialistische zorg, huisartsenzorg, paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie, diëtetiek, optometrie en huidtherapie), geestelijke gezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg, en verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Zij brengen daarmee in kaart waar elk van de sectoren nu staat in het gebruik van SNOMED, welke stappen op korte termijn gemaakt kunnen worden en welke inzet hiervoor nodig is in tijd en middelen. Deze transformatieplannen zijn medio 2025 opgeleverd aan het ministerie van VWS. Ten slotte hebben de sectoren een start gemaakt met het opstellen van SNOMED-referentiesets³ en maakt Nictiz een overkoepelend migratieplan.

Het SNOMED-besluit specificeert onder andere:

- Afgesproken toepassing van SNOMED;
van zorgaanbieders en softwareleveranciers wordt verwacht dat ze SNOMED gebruiken voor het coderen van medische concepten. In eerste instantie gaat het om de diagnose en/of het probleem en de behandeling en/of de verrichting.
- Integratie met andere standaarden;
SNOMED wordt gekoppeld aan LOINC, IDMP en Clinical Document Architecture (CDA)/FHIR-profielen, zodat zowel technische interoperabiliteit (via CDA/FHIR) als inhoudelijke interoperabiliteit (via consistente codering) wordt gewaarborgd.
- *Governance* en beheer;
Nictiz vervult twee rollen: als stelselbeheerder coördineert Nictiz de implementatie, distributie en Nederlandse vertaling van SNOMED. Daarnaast publiceert Nictiz als *National Release Center* de centrale updates en wijzigingen van SNOMED.
- Beoogde toepassing in primaire processen;
het gebruik van SNOMED is de norm bij het vastleggen van klinische informatie in elektronische patiëntendossiers. Dit maakt hergebruik van gegevens mogelijk voor zorgkwaliteit, rapportage en onderzoek.
- Gefaseerde implementatie;
de invoering verloopt stapsgewijs per zorgdomein, eerst met pilots en daarna met een gecontroleerde uitrol naar landelijke adoptie.

Eenheid van Taal in relatie tot het SNOMED-besluit

Eenheid van Taal richt zich op semantische interoperabiliteit, oftewel het eenduidig vastleggen van zorginformatie met uniforme definities. SNOMED is hierin een van de terminologiestelsels van de grondplaat; het zorgt ervoor dat alle betrokken partijen dezelfde betekenis toekennen aan diagnoses, aandoeningen, verrichtingen en andere klinische concepten.

³ Referentiesets zijn geselecteerde subsets van terminologie die zijn afgestemd op specifieke toepassingen of zorgdomeinen. Ze bevatten alleen de relevante concepten en relaties uit de volledige SNOMED -terminologie die nodig zijn voor een bepaald doel.

3.2.4 *Bestuurlijke akkoorden*

In deze paragraaf worden bestuurlijke akkoorden beschreven die recent in de Nederlandse gezondheidszorg gesloten zijn (Ministerie van VWS, 2025). Deze akkoorden zijn relevant in het licht van Eenheid van Taal, omdat zij het beleidsmatige en bestuurlijke kader vormen waarbinnen digitale gegevensuitwisseling in Nederland versneld wordt vormgegeven. Deze akkoorden benadrukken gegevensuitwisseling, digitale infrastructuur en samenwerking. Deze onderwerpen hebben directe raakvlakken met Eenheid van Taal.

Het *Integraal Zorgakkoord* (IZA) is in september 2022 afgesloten tussen het ministerie van VWS, branche- en beroepsorganisaties, gemeenten, verzekeraars en andere betrokken partijen. Het akkoord richt zich op toekomstbestendige, betaalbare en toegankelijke zorg en omvat onder meer samenwerking, preventie, digitale zorg en gegevensuitwisseling als randvoorwaarden voor betere zorgverlening. Het IZA benoemt expliciet digitalisering en gegevensuitwisseling als belangrijke maatschappelijke uitdagingen, met doelstellingen zoals elektronische toegang tot eigen zorgdata voor alle inwoners en regionale samenwerkingsinitiatieven. Daarnaast is in 2024 een IZA-Uitvoeringsakkoord Gegevensuitwisseling ondertekend, waarin gemaakte keuzes en afspraken voor het versnellen van landelijke gegevensuitwisseling, het versterken van infrastructuur en het borgen van Eenheid van Taal, generieke functies en landelijke voorzieningen zijn bekrachtigd. SNOMED en FHIR zijn hierbij expliciet genoemd als middelen om te komen tot versnelde gegevensuitwisseling.

Als vervolg op het IZA is in 2025 het *Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord* (AZWA) ondertekend. Het AZWA bouwt voort op het IZA en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) door de beweging van zorg naar gezondheid en welzijn verder te concretiseren en versnellen. Het legt nadruk op samenwerking tussen het medisch en sociaal domein, betere toegang tot zorg, regionale integratie en verduidelijking van basisfunctionaliteiten, inclusief het gezamenlijk werken aan digitale processen en informatie.

Het doel van het GALA is een gezonde generatie 2040, waarbij het stimuleren en behouden van de fysieke en mentale gezondheid centraal staat. Het loopt tot en met 2026. Doelen uit het GALA die doorwerken in deze akkoorden dragen bij aan digitalisering van preventieve zorg en datagedreven gezondheidsonderzoek, wat implicaties heeft voor gegevensuitwisseling.

Naast het IZA, AZWA, GALA zijn er nog het *Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg*, de *Toekomstagenda Gehandicaptenzorg*, *Medisch Generalistische Zorg*, en *Gezondheid in alle beleidsdomeinen*. Al deze akkoorden leggen nadruk op regionale samenwerking, digitale zorg en hergebruik van gezondheidsgegevens. Daarmee vergroten zij de noodzaak van eenduidige vastlegging en betekenis van gegevens over domeinen heen.

Eenheid van Taal in relatie tot de bestuurlijke akkoorden

Hoewel Eenheid van Taal niet in elk akkoord expliciet wordt benoemd, veronderstellen deze akkoorden wel semantische interoperabiliteit als

onderdeel voor de realisatie van hun doelen. Een stand-van-zakenoverzicht kan daarom laten zien in hoeverre de uitgangspunten van Eenheid van Taal daadwerkelijk zijn verankerd in de uitvoering van deze akkoorden, en waar nog lacunes bestaan tussen beleidsambities en semantische realisatie.

3.3 Informatiemodellering, terminologiestelsels en classificaties

In deze paragraaf wordt ingegaan op de ontwikkeling van informatiemodellering, terminologiestelsels en classificaties, en hun onderlinge relatie in het kader van Eenheid van Taal, zie tekstkader 3.3. Informatiemodellen beschrijven de context, betekenis en samenhang van gegevens. Terminologiestelsels zorgen voor gestandaardiseerde begrippen en codes. En classificaties ondersteunen aggregatie, rapportage en secundair gebruik. Zo vormen deze gezamenlijk de semantische basis van digitale gegevensuitwisseling in de zorg. Ontwikkelingen in informatiemodellering volgen elkaar in rap tempo op. De reden om in deze paragraaf in te gaan op de specifieke standaarden voor informatiemodellering, terminologiestelsels en classificaties is vooral omdat deze in 2018 werden gezien als de meest relevante standaarden voor het gezondheidsinformatiestelsel. Daarmee vormen zij het passende kader om de ontwikkelingen sinds die tijd te beschrijven. Daarnaast hebben deelnemers geen aanwijzingen gegeven dat relevante standaarden ontbreken, behalve bij de verpleegkundige-classificaties.

3.3.1 Zibs en andere informatiemodellen

Informatiemodellering in de gezondheidszorg is het gestructureerd vastleggen, definiëren en standaardiseren van zorginformatie. Het doel is dat gezondheidsgegevens eenduidig worden geïnterpreteerd door mens en machine, wat essentieel is voor veilige uitwisseling, databeschikbaarheid, secundair gebruik en de continuïteit van de zorg.

Tekstkader 3.3 Informatiemodellering

Hoe hangen informatiemodellering, terminologiestelsels en classificaties samen?

De relatie tussen informatiemodellering, terminologiestelsels en classificaties bij Eenheid van Taal draait om semantische interoperabiliteit. Informatiemodellering bepaalt de structuur waarin gegevens worden vastgelegd, zoals entiteiten, attributen en relaties. Terminologiestelsels, bijvoorbeeld beheerd door SNOMED International, zorgen voor eenduidige betekenis door concepten, definities en codes vast te leggen. Classificaties, zoals ICD-10, groeperen deze concepten voor statistiek, declaratie en beleidsinformatie. Samen vormen zij drie complementaire lagen (structuur, betekenis en aggregatie) die ervoor zorgen dat informatie consistent wordt geregistreerd, uitgewisseld en geïnterpreteerd. Daarmee maken ze Eenheid van Taal en betrouwbare gegevensuitwisseling maken.

Toepassingen van informatiemodellering zijn bijvoorbeeld zorginformatiebouwstenen (zibs). Zibs zijn informatiemodellen die definiëren hoe klinische en administratieve zorginformatie semantisch eenduidig moet worden vastgelegd in digitale zorginformatiesystemen, los van techniek of systeem (Registratie aan de Bron, 2017). Een zib beschrijft de kenmerken van één medisch of zorgconcept in de vorm van

een generiek informatiemodel: een structuur met elementen en definities van die elementen. Het informatiemodel bestaat uit het hoofdbegrip (rootconcept) en elementen (kenmerken) die het hoofdbegrip verder beschrijven. Voorbeelden van Zibs zijn medicatiegebruik, vitale functies (zoals bloeddruk), wondzorg, en probleem/diagnose. Deze elementen hebben een datatype en een waarde of zijn een verwijzing naar een andere zib (model van een ander begrip). Voorbeelden van datatypes zijn datum/tijd, numeriek, keuze uit codelijst en vrije tekst. Elementen binnen een zib met datatype 'keuze uit codelijst' kunnen bestaan uit codes afkomstig van terminologiestelsels en/of classificatiesystemen. Een zib kan meerdere van dergelijke elementen bevatten, waarbij elk element unieke informatie vertegenwoordigt uit verschillende stelsels of systemen. Zibs vormen een belangrijke schakel tussen de 'zorgtaal' van professionals en technische standaarden, zoals FHIR. De hoofddreden om één en niet meerdere begrippen te modelleren in een zib is standaardisatie en consistentie: zo is een zib een bouwsteen van één begrip dat onafhankelijk van de use-case op dezelfde manier wordt gerepresenteerd. Zibs zijn (voornamelijk) onderdelen van grotere gegevenssets (zoals de BgZ). Met gebruik van meerdere Zibs kunnen zorgverleners complexe concepten op een standaard manier vaststellen.

Van 2019 tot 2025 is communicatie rond zibs geëvolueerd van jaarlijkse publicaties naar een meer dynamisch beheer met pre-publicaties, transitie-initiatieven (zib-transitie; Nictiz, 2023) en architectuuradvies voor de toekomst (Nictiz, 2024). Dit voortdurend veranderende speelveld heeft grote impact op zowel betrokkenen als de implementatie van standaarden, maar het doel blijft steeds: eenheid van betekenis en herbruikbaarheid van gezondheidsgegevens verbeteren, ondersteund door *governance* (zoals NEN7522), veldconsultaties en koppeling aan technische standaarden, zoals FHIR.

In de praktijk worden zibs steeds meer toegepast door leveranciers en zorgorganisaties als basis voor semantische vastlegging en uitwisseling, bijvoorbeeld in EPD-modules en via FHIR-API's. De adoptie van de zibs loopt echter niet overal gelijk: implementatie blijkt complexer dan enkel publiceren van modellen, wat aanleiding gaf tot de zib-transitie en samenwerkingsinitiatieven binnen het veld, onder andere met openEHR. OpenEHR is een open, leverancier-onafhankelijke internationale standaard voor het bouwen van interoperabele, levenslange elektronische patiëntendossiers (Electronic Health Records, EHR), waarbij klinische datamodellen zijn gescheiden van de technische implementatie. OpenEHR ondersteunt ook duurzame vastlegging en hergebruik van zorgdata, en is technisch compatibel met standaarden als FHIR en zibs.

De zibs en openEHR voorzien vooral in informatiemodellering aan de zorginhoudelijke kant van de zorg. Aan de niet-zorginhoudelijke kant van de zorg en in het sociaal domein bestaan eveneens uitgewerkte vormen van informatiemodellering die zich de afgelopen jaren verder hebben ontwikkeld. Zo zijn er de iStandaarden die zijn vastgelegd in het centrale Informatiemodel iStandaarden. Deze modellen beschrijven de begrippen, definities en afspraken voor de elektronische gegevensuitwisseling binnen het sociaal domein en de langdurige zorg, maar bevatten geen zorginhoudelijke informatie. Elke iStandaard (zoals

iWlz, iWmo, iJw, iEb, iPgb) heeft een eigen, gedetailleerd informatiemodel dat de processen, bedrijfsregels en berichtspecificaties binnen dat specifieke zorg- of ondersteuningsdomein in kaart brengt (Zorginstituut Nederland, 2025). Daarnaast is er het Gemeentelijk Gegevensmodel (GGM). Dat is een integrale informatiemodelleringsstandaard die alle beleidsterreinen van een gemeente omvat. Het creëert een gemeenschappelijke taal voor gemeentelijke gegevens, wat de samenwerking tussen gemeenten en de uitwisseling van informatie verbetert (Gemeentelijkgegevensmodel.nl, 2025).

Eenheid van Taal in relatie tot informatiemodelleringsstandaard

Informatiemodelleringsstandaard met zibs, openEHR, iStandaarden, het GGM of een andere informatiemodelleringsstandaard, zoals het Gemeenschappelijk Informatiemodel Zorg en Ondersteuning (GIZO), of bijvoorbeeld KIK-V (Programma Keteninformatie Kernegegevens Verbeteren) in de verpleeghuiszorg (KIK-V, 2026) draagt bij aan Eenheid van Taal doordat deze modellen de structuur en context van (zorg)informatie vastleggen, onafhankelijk van de technische uitwisselvorm en keuze voor semantische waardelijst. Hierdoor ontstaat een gemeenschappelijke basis die consistente vastlegging, uitwisseling en hergebruik van gegevens over zorgdomeinen en informatiesystemen mogelijk maakt. Deze informatiemodellen vormen daarmee een belangrijke randvoorwaarde voor semantische interoperabiliteit en databeschikbaarheid, met name wanneer er duidelijke afspraken zijn over rollen, samenhang en doorvertaling tussen informatiemodellen – bijvoorbeeld via gezamenlijke semantische uitgangspunten, hergebruik van definities en expliciete *mappings*.

3.3.2 *Terminologiestelsel*

Een terminologie is een lijst met termen uit een bepaald domein, waarbij de termen verwijzen naar een begrip (De Keizer et al., 2000). De termen *pneumonie* en *longontsteking* verwijzen bijvoorbeeld naar hetzelfde begrip. De betekenis is immers hetzelfde. Een terminologiestelsel wordt gedefinieerd als 'een overkoepelende term voor alle stelsels die terminologie bevatten'. Een terminologiestelsel dient principieel een bepaald doel, een bepaald domein en een bepaalde mate van detail.

Wanneer geen gebruik wordt gemaakt van referentieterminologiestelsels zoals SNOMED, LOINC of IDMP, is het noodzakelijk om gegevens uit verschillende bronnen te *mappen*. *Mapping* is het proces waarbij termen, codes of andere gegevenselementen uit het ene registratiesysteem systematisch worden gekoppeld aan overeenkomstige begrippen in een ander systeem. Dit is nodig omdat zorgaanbieders en IT-systemen vaak verschillende talen en codestelsels hanteren. *Mapping* zorgt ervoor dat informatie betekenisvol kan worden vergeleken, uitgewisseld en hergebruikt, maar brengt altijd risico's met zich mee, zoals betekenisverlies, ambiguïteit, onderhoudslast, en inconsistenties.

In deze paragraaf worden de ontwikkelingen beschreven die zich hebben afgespeeld met betrekking tot referentieterminologiestelsels, zoals SNOMED, LOINC, IDMP, maar ook de Thesaurus Zorg en Welzijn (TZW)

en Unified Code for Units of Measure (UCUM), in de periode tussen oktober 2018 en nu.

Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms (SNOMED) is een referentieterminologiestelsel dat primair is ontwikkeld om een brug te vormen tussen andere terminologie- en classificatiesystemen die worden gebruikt in EPD's en zorgdocumentatiesystemen, zoals Omaha System, NANDA-I, ICD-10 en ICPC. SNOMED wordt wereldwijd gebruikt om klinische informatie in EPD's eenduidig vast te leggen, te structureren en uit te wisselen. Het bevat honderdduizenden medische begrippen, zoals ziekten, symptomen, behandelingen en procedures, inclusief synoniemen en vertalingen. Nictiz heeft relevante Engelstalige SNOMED-termen in de periode na 2018 vertaald naar het Nederlands, en is sinds 2021 beschikbaar voor gebruik via de Nationale Terminologieserver. Anno 2026 is een grote hoeveelheid Nederlandse concepten, beschrijvingen en vertalingen beschikbaar en zijn internationale concepten vertaald naar het Nederlands. Ten slotte zijn ook patiëntvriendelijke omschrijvingen en synoniemen beschikbaar. Nictiz adviseert het veld ook over implementatie en toepassing van SNOMED en verzorgt voorlichting en training. Met het stelselbesluit uit 2024 wordt SNOMED gepositioneerd als standaard voor het vastleggen van klinische gegevens, waaronder diagnoses, symptomen, gezondheidsproblemen, interventies, zorgactiviteiten en uitkomsten, over de verschillende zorgdomeinen heen. In verschillende sectoren worden plannen ontwikkeld voor SNOMED-gebruik, met aandacht voor referentiesets, scholing, draagvlak en standaardisatie.

Identification of Medicinal Products (IDMP) is een set internationale normen (ISO-normen) die het mogelijk maakt om medicatie-informatie betrouwbaar en eenduidig vast te leggen. De ISO-normen ISO 11238:2018, ISO 11239:2023, ISO 11240:2012, ISO 11616:2017 en ISO 11615:2017 beschrijven samen hoe geneesmiddelen en hun kenmerken (zoals stoffen, doseringsvormen, eenheden en productinformatie) internationaal gestandaardiseerd moeten worden vastgelegd en uitgewisseld binnen het IDMP-framework. Toepassingen zijn onder meer *ePrescription*, patiëntsamenvattingen en geneesmiddelenonderzoek. Voor internationale gegevensuitwisseling (EHDS, vanaf 2029) kan IDMP verplicht worden gesteld. Er is nog geen integraal implementatieplan met tijdslijnen voor implementatie van IDMP in Nederland. Het EMA implementeert deze normen en verwacht dat de IDMP in rapporten vanaf 2025 stapsgewijs, per productgroep en/of gegevensset, zal worden ingediend. Het EMA levert vier datamanagementdiensten voor het gecentraliseerd beheren van masterdata: stof (*substance*), product, organisatie en referentiegegevens (SPOR, [EMA](#)). Deze voldoen aan de normen die zijn vastgesteld door de *International Organization for Standardization (ISO)* voor de identificatie van geneesmiddelen (IDMP). Ook het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), andere geneesmiddelautoriteiten in de EU, en farmaceutische bedrijven werken aan de transitie naar IDMP. Het CBG volgt hierbij IDMP *Implementation Guide* van de EMA om gegevensuitwisseling ten behoeve van geneesmiddelregistratie mogelijk te maken. De officiële informatie over alle geneesmiddelen die in Nederland zijn toegelaten, wordt via de Geneesmiddeleninformatiebank van het CBG toegankelijk gemaakt. De

G-Standaard, die in Nederland veel wordt gebruikt voor medicatievoorschrijf-, declaratie- en vergoedingsprocessen, sluit nog niet volledig aan op IDMP. Dit komt vooral doordat IDMP nog sterk in ontwikkeling is. Z-Index en Health Base werken aan een implementatieplan. De implementatie van IDMP heeft grote impact op de G-Standaard doordat geneesmiddelgegevens internationaal gestandaardiseerd en anders gemodelleerd moeten worden.

Hierdoor moeten de datastructuur van de G-Standaard en veel Nederlandse zorgsystemen technisch worden aangepast om aan Europese interoperabiliteitseisen te voldoen.

Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC) is onderdeel van de Nederlandse Labcodeset (NLS), samen met SNOMED en UCUM (Nictiz, 2025). Sinds 2023 werken LOINC en SNOMED aan harmonisatie, wat de interoperabiliteit vergroot (SNOMED International, 2022). De dekking is nog niet volledig, vooral in de microbiologie. De toepassing van LOINC verschilt per laboratorium: sommige gebruiken LOINC direct, andere via *mappings*. Ontvangers van LOINC-codes zetten deze vervolgens om naar eigen codes. Internationaal is LOINC aangewezen als een van de preferred codesets, zowel in de EU Patient Summary, als in het OMOP Common Data Model. De NLS en LOINC zijn onder andere te gebruiken via de Nationale Terminologieserver. Het ministerie van VWS heeft in 2024 een implementatieonderzoek laten uitvoeren (Amsterdam UMC, 2024). Momenteel werken stakeholders vanuit het veld aan een implementatieplan.

Daarnaast zijn er terminologiestelsels met relevantie voor Eenheid van Taal die verder zijn ontwikkeld sinds 2018 maar die niet zijn opgenomen in de oorspronkelijke grondplaat.

Unified Code for Units of Measure (UCUM) is een internationale standaard voor meeteenheden en is belangrijk voor het uitwisselen en vergelijken van labresultaten. Hoewel deze standaard niet voorkomt in de Visie Eenheid van Taal uit 2018, is UCUM in Nederland geïntegreerd in de NLS en in de Europese *Master Value Set Catalogue (MVC)*⁴. UCUM is een systematiek en geen vaste lijst, waardoor fouten, zoals typefouten of verkeerde hoofdletters, kunnen optreden. Validatie en correcte toepassing zijn noodzakelijk om misinterpretatie te voorkomen. Een bredere en structurele toepassing binnen systemen wordt wenselijk geacht door stakeholders, onder andere vanwege het belang voor standaarden, zoals FHIR en zibs, en voor (internationaal) onderzoek en gegevensuitwisseling. Nictiz publiceert Nederlandse vertalingen voor UCUM via hun licentiëringskanalen en terminologieserver.

Hoewel het geen terminologiestelsel is, is de *Thesaurus Zorg en Welzijn (TZW)* hier vermeldenswaardig. Dit is een thesaurus met ruim 56.000 termen (waarvan 14.000 unieke concepten) die Nictiz sinds 2023

⁴ Op Europees niveau is de Master Value Sets Catalogue (MVC) een collectie van termen die wordt gebruikt in het kader van de uitwisseling van gegevens over patiëntsamenvattingen en ePrescriptions. Deze termen zijn gebaseerd op gestandaardiseerde codestelsels zoals ICD-10, SNOMED, de ATC-classificatie, EDQM Standard Terms en UCUM.

beheert [30]. De thesaurus beschrijft de taal van de zorg en aanpalende domeinen en zorgt hiermee voor Eenheid van Taal en het beter opslaan en vindbaar maken van informatie. Dit geldt zowel voor professionals als voor de burger of patiënt. De TZW is bedoeld om breed inzetbaar te zijn in het zorgveld, binnen rijksoverheidsdiensten en gemeenten. De thesaurus vervult een woordenboekfunctie door de definities, zorgt voor consistente metadatering van content van bijvoorbeeld patiëntenplatformen als kanker.nl en diabetes.nl, en ondersteunt de zoekfunctie van zoekmachines van organisaties door de vele synoniemen.

3.3.3 *Classificaties*

In deze paragraaf worden de ontwikkelingen beschreven die zich hebben afgespeeld met betrekking tot classificaties in de periode tussen oktober 2018 en nu.

Classificaties, ook wel aggregatieterminologieën genoemd, zijn systemen van elkaar niet-overlappende klassen binnen één hiërarchie. Ze worden doorgaans gebruikt voor het aggregeren en ordenen van gegevens. Voorbeelden zijn de WHO-classificaties *International Classification of Diseases (ICD)*, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC)* en *International Classification of Health Interventions (ICHI)*. Classificaties worden met name toegepast in onderzoek en gezondheidsstatistiek, maar worden ook gebruikt voor bekostigingsdoeleinden. De classificaties in de grondplaat Eenheid van Taal zijn bedoeld om gedetailleerde klinische gegevens of redeneringen die dichtbij de bron zijn vastgelegd met referentieterminologiestelsels, zoals SNOMED, te groeperen en vergelijkbaar te maken voor secundair gebruik, zoals statistiek, kwaliteitsmeting en beleid. Hiervoor is wel een expliciete koppeling (*mapping*) nodig met referentieterminologiestelsels, zodat gegevens uit het primaire zorgproces betekenisvol en herleidbaar kunnen worden vertaald naar geaggregeerde toepassingen. Een voorbeeld hiervan is de Diagnosethesaurus van Dutch Hospital Data (DHD), toegepast in de medisch specialistische zorg, waar thesaurusconcepten een koppeling hebben met SNOMED en de internationale rapportagestandaard ICD-10. Ziekenhuizen gebruiken de Diagnosethesaurus onder andere om gegevens aan te leveren. Het gaat om de registratie van medische, administratieve en financiële gegevens van patiënten die een klinische opname, dagopname of langdurige observatie achter de rug hebben of poliklinisch behandeld werden.

De WHO *Family of International Classifications (WHO-FIC)* omvat internationale aggregatieterminologiestelsels voor gezondheid, waaronder ICD, ICF en ICHI. Tussen 2018 en 2025 heeft de WHO-FIC een digitale transformatie doorgemaakt. De ICD, ICF en ICHI zijn geïntegreerd in het WHO-FIC *Foundation-model*. Het is nu één samengevoegd inhoudelijk digitaal framework, dat consistentie en interoperabiliteit bevordert.

In 2019 is de *ICD-11* formeel door de *World Health Assembly* goedgekeurd en is sinds 1 januari 2022 wereldwijd gereed voor gebruik, waarmee opvolging van de ICD-10 is ingezet en internationale ICD-10-updates zijn beëindigd (WHO, 2025). ICD-11 is ontworpen voor statistiek, beleid, bekostiging, monitoring en internationaal vergelijkbare rapportages. Het groepeerde klinische concepten in gestandaardiseerde

categorieën en is daarmee expliciet gericht op aggregatie en secundair gebruik. In Nederland laat het ministerie van VWS de ICD-11 vertalen naar het Nederlands door RIVM. Ook wordt een stakeholderanalyse uitgevoerd rond de ICD-11 door Amsterdam UMC. Internationaal bestaat er een veelgebruikte *mapping* tussen SNOMED en ICD-10, maar deze is er nog niet voor ICD-11. Deze is echter wel noodzakelijk om Eenheid van Taal toepassingen⁵ in Nederland over te kunnen laten gaan op ICD-11, zoals de Diagnosethesaurus van DHD en de Landelijke Basisregistratie Ziekhuiszorg (LBZ).

De ICF is in Nederland erkend als conceptueel kader voor een bredere kijk op gezondheid in wet- en regelgeving, zoals rond arbeidsongeschiktheid, maatschappelijke ondersteuning en het VN-verdrag Handicap, en sluit aan bij beleid rond positieve gezondheid, participatie en passende zorg. In richtlijnen en kwaliteitskaders wordt de ICF regelmatig genoemd als referentiemodel. De ICF wordt met name gebruikt in de revalidatiezorg, arbeids- en verzekeringsgeneeskunde, langdurige zorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en in het sociaal domein. De classificatie ondersteunt het beschrijven van functioneren, participatie, omgevingsfactoren en beperkingen, aanvullend op ziekteclassificaties zoals de ICD.

Structurele, landelijke rapportages op basis van ICF-codes uit zorginformatie-systemen zijn echter zeer beperkt. De ICF wordt vaker gebruikt als denk- en ordeningskader (bijvoorbeeld bij verslaglegging of indicatiestelling) dan als verplichte registratie- of rapportagestandaard. Binnen Eenheid van Taal wordt de ICF gezien als aggregatie- en duidingsinstrument voor functioneren. *Mappings* tussen SNOMED en ICF bestaan deels internationaal (of zijn in ontwikkeling), maar zijn in Nederland niet breed geïmplementeerd noch verplicht gesteld.

De *ICHI* is een door de WHO ontwikkelde, relatief nieuwe classificatie voor het rapporteren over zorginterventies. Deze is echter nog niet door de *World Health Assembly* aangenomen. In Nederland maakt het geen onderdeel uit van bestaande declaratie-, bekostigings- of kwaliteitsregistratiesystemen. Bestaande classificaties en stelsels (zoals DBC's, zorgactiviteiten, en sectorspecifieke codestelsels of declaratiestandaarden) vervullen deze rol. ICHI wordt daardoor vooral beschouwd als een strategische optie voor de langere termijn, met name in het licht van internationale vergelijkbaarheid en secundair gebruik. Binnen Eenheid van Taal wordt ICHI gezien als een *potentiële* aggregatieclassificatie voor interventies, aanvullend op referenteterminologiestelsels zoals SNOMED. Om die rol te vervullen is echter structurele *mapping* nodig tussen SNOMED-interventies en ICHI-codes. Dat is (inter)nationaal nog niet gerealiseerd.

Een andere classificatie die niet door WHO wordt gepubliceerd, is de *International Classification of Primary Care* (ICPC; WONCA International Classification Committee, 2025). In Nederland wordt de ICPC-NL, beheerd door NHG, toegepast, met name binnen de huisartsenzorg. In

⁵ Hier worden toepassingen bedoeld die gebaseerd zijn op het principe van eenmalige, gedetailleerde vastlegging aan de hand van een concept uit een van de grondplaat-terminologiestelsels, voor hergebruik verderop in de (zorg)keten voor aggregatie aan de hand van de rapportagestandaarden.

de periode tot en met 2025 is de ICPC verder gedigitaliseerd, en tegelijk ook gepositioneerd in relatie tot SNOMED en bredere interoperabiliteitsdoelen (Nictiz, 2021). Sinds 2020 werken NHG en Nictiz samen aan afstemming en harmonisatie tussen ICPC-NL en SNOMED.

Verpleegkundige classificatiesystemen: NANDA-I/NIC/NOC (NNN), Omaha systeem

In Nederland zijn verpleegkundige classificatiesystemen primair bedoeld voor klinisch redeneren, het stellen van verpleegkundige diagnoses, het bepalen van interventies, zorgplanning en het evalueren van uitkomsten. Daarnaast worden deze systemen gebruikt voor planning en evaluatie. Veel zorginstellingen werken met de combinatie van *NANDA International* (NANDA-I), *Nursing Interventions Classification* (NIC) en *Nursing Outcomes Classification* (NOC), waarbij verpleegkundige diagnoses, interventies en zorgresultaten systematisch met elkaar worden verbonden, en het klinisch redeneerproces wordt ondersteund. In de wijkverpleging wordt vaak het Omaha System gebruikt, omdat dit systeem aansluit bij de brede, holistische benadering van zorg inclusief de thuissituatie, omgeving, en sociale context. Het Omaha System wordt ook in verpleeghuiszorg en revalidatiezorg gebruikt (Nivel, 2026). Binnen de Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT) is het Omaha System het meest gebruikte classificatiesysteem. Verder maken de gestandaardiseerde classificaties het mogelijk om zorg te registreren, te verantwoorden en te declareren, bijvoorbeeld binnen wijkverpleging of ziekenhuiszorg. In maart 2026 kondigden SNOMED en NANDA-I een samenwerkingsovereenkomst aan die is gericht op het bevorderen van werkpraktijken die het gebruik en de interoperabiliteit van hun terminologiestandaarden ondersteunen. Het doel van de samenwerking is de functionaliteit en interoperabiliteit van klinische informatiesystemen te versterken door relaties te leggen tussen SNOMED en NANDA. Ook binnen de sectortafel VVT lopen initiatieven om de interoperabiliteit en uitwisselbaarheid van verpleegkundige terminologieën zoals NNN en het Omaha System te verbeteren. Hierbij wordt gekeken naar toepassing van de ISO 18104-norm, die een referentiemodel biedt voor de representatie van verpleegkundige diagnoses en interventies. Dit gebeurt in combinatie met post-coördinatie in SNOMED om klinische concepten semantisch eenduidig en flexibel vast te leggen.

DSM-5-TR -Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (text revision)

De DSM-5-TR is een handboek dat wordt gebruikt voor het diagnosticeren en classificeren van psychische stoornissen. De afkorting staat voor *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* en is ontwikkeld door de American Psychiatric Association. Het bevat gestandaardiseerde criteria waarmee professionals kunnen vaststellen of iemand een bepaalde psychische aandoening heeft. Daarnaast geeft het handboek ook diagnostische codes die gebruikt worden voor registratie en administratie. Deze codes zijn afkomstig uit de ICD-10 (van Gool & Hengeveld, 2023). In Nederland wordt de DSM-5-TR gebruikt binnen de GGZ, bijvoorbeeld door psychiaters, psychologen en andere behandelaren. Verder speelt de DSM-5-TR een belangrijke rol in de financiering van zorg. Zorgverzekeraars en

instanties gebruiken DSM-diagnoses om te bepalen of iemand recht heeft op vergoeding van geestelijke gezondheidszorg. De diagnose wordt vaak vastgelegd in het dossier en gekoppeld aan zorgprestaties of behandeltrajecten.

Het overzicht van bovengenoemde terminologie- en classificatiestelsels is geen uitputtende lijst en omvat niet alle bestaande terminologie- en classificatiestelsels, maar beperkt zich tot de stelsels die in de huidige context van de Nederlandse gezondheidszorg het meest relevant zijn. Daarnaast bestaan er terminologieën, coderingen en lokale afspraken die door zorgprofessionals zijn ontwikkeld voor persoonlijk gebruik of toepassing binnen de eigen organisatie of werkprocessen, zonder internationale standaardisatie of brede erkenning. Deze zijn in deze analyse niet afzonderlijk beschreven, maar kunnen in een later stadium relevant blijken bij het uitbreiden van de codesets in de grondplaat van Eenheid van Taal.

3.4 Eenheid van Taal in de ons omringende landen

In het kader van grensoverschrijdende zorg en continuïteit van zorg hebben EU-lidstaten afgesproken dat gezondheidsgegevens van een patiënt uit land A onder voorwaarden opvraagbaar zijn door een zorgverlener in land B, als die patiënt in land B zorg nodig heeft. Dit stond bekend onder de *Cross-Border Healthcare Directive* (2011), maar maakt nu deel uit van de EHDS (MyHealth@EU).

In het licht van de Richtlijn 2011/24 over de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (Europese Unie, 2011) is het belangrijk om te weten hoe Eenheid van Taal in omringende landen is georganiseerd. De kans is het grootst dat Nederlanders in deze landen om zorg vragen, waarbij uitwisseling van patiëntgegevens een rol kan spelen. Het hanteren van verschillende (terminologie)standaarden tussen landen kan ervoor zorgen dat patiëntgegevens niet direct of goed herbruikbaar zijn, met risico's op fouten en inefficiëntie als gevolg. Indien er bijvoorbeeld een nationaal codestelsel wordt gebruikt dat niet aansluit bij de Europese voorkeursstandaard, zoals opgenomen in de Europese MVC, zijn er aanvullende, arbeidsintensieve *mappings* nodig. Daarnaast bestaat de kans dat er in plaats van een gestandaardiseerde code moet worden volstaan met Engelse tekst. Dat draagt niet bij aan Eenheid van Taal en hergebruik van data. De *eHealth Network (eHN) Subgroup on Semantics* voert momenteel discussies over de voorkeursstelsels die mogelijk aan de eHN-richtlijnen worden toegevoegd. Een publicatie met aanbevelingen op basis van deze discussies wordt in 2027 verwacht. In Nederland wordt deze richtlijn geïmplementeerd in het Programma Implementatie Europese Zorgdiensten (PIEZO) (Nictiz, 2022).

Inzicht in (huidige) wetgeving, *governance*, gekozen terminologiestandaarden, implementatiestrategieën en mate van verplichting bij andere lidstaten maakt het mogelijk om verschillen en overeenkomsten te duiden, knelpunten in gegevensuitwisseling te identificeren en aansluiting te vinden bij bestaande oplossingen. Dit ondersteunt een realistische positionering van nationale keuzes binnen de Europese context en vergroot de uitvoerbaarheid van

grensoverschrijdende gegevensuitwisseling. In de onderstaande alinea's lichten we de ontwikkeling rond Eenheid van Taal toe aan de hand van drie voorbeeldlanden: België, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. Deze landen zijn gekozen vanwege hun geografische nabijheid en de directe relevantie voor Nederlandse patiëntenstromen.

3.4.1 *België*

Er is geen specifieke Belgische semantische-interoperabiliteitswet; er wordt gestuurd op interoperabiliteit via eHealth-kaders, richtlijnen en de inrichting van *Health Data Access Bodies* in het kader van de EHDS en nationale eHealth-standaarden. Nationale commissies adviseren over gegevensuitwisseling en standaarden.

In België is semantische interoperabiliteit georganiseerd via een combinatie van standaardeninitiatieven, die vallen onder verantwoordelijkheid van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid (FOD Volksgezondheid), terwijl *governance*-initiatieven zijn belegd bij het eHealth-platform. De FOD Volksgezondheid heeft een Terminologiecentrum ingericht dat het gebruik van terminologiestandaarden, zoals SNOMED, coördineert, faciliteert en stimuleert. België is lid van SNOMED International en ontwikkelt een nationale extensie van SNOMED. Op het gebied van beheer en innovatie wordt samengewerkt met Nederland.

Het eHealth-platform is in België verantwoordelijk voor het vaststellen van functionele en technische standaarden voor elektronische gegevensuitwisseling, waaronder het gebruik van HL7-FHIR als voorkeursstandaard voor nieuwe gegevensuitwisselingen (eHealth Platform, 2025). België kent een landelijke open source referentiedatabase (SAM) die gebruikt wordt voor het identificeren, voorschrijven en declareren van geneesmiddelen.

Implementatiestrategieën zijn gefaseerd opgezet, met prioriteit voor ziekenhuizen en testdata (LOINC) in eerdere fasen; semantische standaarden worden gekoppeld aan technische standaarden, zoals FHIR. De mate van verplichting varieert: standaarden worden aanbevolen en ondersteund via beleidskaders en projecten, met toenemende adoptie van FHIR en SNOMED, maar dit is niet overal verplicht gesteld.

3.4.2 *Duitsland*

Semantische interoperabiliteit valt binnen bredere digitale gezondheidswetgeving, zoals de *Digital Act* (DigiG) en de *Health Data Use Act* (GDNG), die interoperabiliteit, datadeling en gebruik van E-Gezondheidsdata regelen. Deze wetten vormen de basis voor standaardisatie en gegevensuitwisseling binnen digitale dossiers en EPD-systemen als onderdeel van nationale digitale gezondheidsstrategie (BMG, 2025).

In Duitsland is semantische interoperabiliteit vooral vormgegeven via de *Medical Informatics Initiative* (MII), een federaal programma dat klinische data-uitwisseling en gedeelde terminologie ondersteunt als onderdeel van nationale e-health-inspanningen. SNOMED is geïntroduceerd binnen de MII-netwerken en sinds 2021 nationaal toegankelijk, met het *Bundesinstitut für Arzneimittel und*

Medizinprodukte (BfArM, Federaal Instituut voor Medicijnen en Medische Hulpmiddelen) als nationaal release-centrum voor SNOMED-licenties en *governance*. De Duitse overheid bevordert het gebruik van internationale standaarden (zoals SNOMED en andere gecontroleerde standaarden) voor gegevensuitwisseling en onderzoek. Een landelijke verplichting buiten MII-context is nog beperkt; adoptie gebeurt per organisatie of op consortiumniveau, en bredere inzet wordt ondersteund door regionale hubs en projecten onder nationale strategieën. Belangrijke actoren zoals het *Bundesministerium für Gesundheit* (BMG, ministerie van Volksgezondheid) en onderzoeksgemeenschappen dragen bij aan standaardisatie en interoperabiliteit.

3.4.3 Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd Koninkrijk is semantische interoperabiliteit wettelijk verankerd via de *Health and Social Care Act 2012* in combinatie met nationale *Information Standards Notices* die SNOMED verplicht stellen als klinische terminologie-standaard voor NHS-zorgverleners. SNOMED is daarmee een juridische vereiste voor consistente codering binnen NHS-informatiesystemen (NHS, 2025).

Daarnaast is semantische interoperabiliteit strategisch verankerd binnen de NHS informatiestandaarden- en interoperabiliteitskaders. SNOMED is de verplichte klinische terminologie voor elektronische patiëntendossiers; het wordt breed gebruikt voor codering van diagnoses, observaties en klinische concepten, ondersteund door de *NHS Terminology Server* en nationale richtlijnen. Daarnaast omvat het stelsel nationaal beheerde classificaties, zoals de *dictionary of medicines and devices (dm+d)*⁶ voor geneesmiddelen en OPCS-4 voor procedures, die ook interoperabiliteit bevorderen (NHS, 2025).

Interoperabiliteit wordt gekoppeld aan FHIR-gedreven uitwisseling en de *NHS Interoperability Toolkit*, met verplichte standaarden voor zorg-IT-leveranciers en leverancierscontracten via nationale beleidskaders. De toepassing van deze standaarden is verplicht binnen NHS-contractuele eisen. Dit zorgt voor brede adoptie en consistentie van semantische interoperabiliteit in de klinische praktijk (NHS, 2025).

3.5 Samenvatting analyse relevante ontwikkelingen Eenheid van Taal

Sinds 2018 heeft de digitalisering van de Nederlandse gezondheidszorg een versnelling doorgemaakt, waarbij Eenheid van Taal steeds bepalender is geworden voor betrouwbare en betekenisvolle gegevensuitwisseling. De Wegiz verplicht vanaf 2024 elektronische gegevensuitwisseling en koppelt deze aan informatiestandaarden, zoals zibs, SNOMED en LOINC. Hierdoor is semantische interoperabiliteit een juridisch verankerde randvoorwaarde geworden voor veilige, efficiënte en foutloze zorgcommunicatie.

Op Europees niveau versterkt de EHDS dit fundament door vanaf 2025 uniforme kaders te introduceren voor zowel primair als secundair gebruik van gezondheidsdata. De EHDS vereist grensoverschrijdende

⁶ <https://digital.nhs.uk/services/terminology-and-classifications/dm-d>

gegevensuitwisseling vanaf 2029, waarmee het belang van eenduidige terminologie en betekenisgeving over landen heen substantieel toeneemt. Dit beïnvloedt direct de Nederlandse tijdslijnen en vraagt nauwe afstemming tussen nationale en Europese standaarden.

Binnen het nationale beleid heeft het ministerie van VWS Eenheid van Taal stevig gepositioneerd in de NVS. De strategie benadrukt dat gegevens alleen effectief gebruikt kunnen worden wanneer zij eenduidig zijn vastgelegd. Dat geldt voor het organiseren van interoperabiliteit (uitgevoerd in de periode 2023–2026), voor netwerkzorg en datahergebruik (voorzien voor de periode 2027–2030) én voor integrale zorg en aansluiting met het sociaal domein (voorzien voor de periode 2031–2035). Het beleidsthema Publiek Houderschap vult dit aan door *governance*, verantwoordelijkheden en afspraken rond standaarden te formaliseren.

Stelselbesluiten zoals het FHIR-besluit en het SNOMED-besluit leggen de technische en semantische basis formeel vast en verplichten sectoren om concrete implementatiestappen te zetten. Tegelijk ontwikkelen informatiemodellen (zibs, openEHR, iStandaarden) en terminologiestelsels (SNOMED, LOINC, UCUM, TZW) zich verder als fundamenteën voor Eenheid van Taal. Ook classificaties zoals ICD-11 en ICF transformeren richting digitale toepassing, al zijn hiervoor nog betere *mappings* met SNOMED nodig.

Gezamenlijk laten deze ontwikkelingen zien dat Eenheid van Taal niet alleen een technische kwestie is, maar een strategische bouwsteen voor een toekomstbestendig, samenhangend en datagedreven gezondheidsinformatiestelsel.

4 Analyse: stand van zaken van de routekaart Eenheid van Taal 2018

In dit hoofdstuk wordt nagegaan hoe er in Nederland navolging aan de aanbevelingen uit het rapport Eenheid van Taal in de Nederlandse Zorg uit 2018 is gegeven. In het rapport worden aanbevelingen gedaan aan het Informatieberaad Zorg over hoe te komen tot implementatie van Eenheid van Taal. Deze aanbevelingen zijn uitgewerkt aan de hand van een routekaart met veertig thematisch gegroepeerde acties.

4.1 Beschrijvende analyse routekaart Eenheid van Taal

In de hiernavolgende secties wordt per letter uit de routekaart Eenheid van Taal toegelicht wat er van de voorgestelde acties is gerealiseerd, in uitvoering is, of nog niet is ingezet. Als uit verkregen informatie blijkt dat de acties grotendeels gerealiseerd zijn of er een goede start is gemaakt, is de letter in het groen weergegeven. Bij deels gerealiseerd of onderhanden werk is de letter oranje gekleurd. En acties die nog niet ingezet zijn, worden rood weergegeven, zie legenda. De beschrijvende analyse is kwalitatief van aard. Er zijn geen kwantitatieve gegevens of een monitor beschikbaar om de uitvoering of voortgang van de acties cijfermatig te onderbouwen.

Daarnaast is in deze beoordeling primair gekeken of een actie daadwerkelijk is uitgevoerd, en in mindere mate wat de resultaten of uitkomsten van die actie zijn geweest. Wanneer bijvoorbeeld als actiepunt was opgenomen dat er een inventarisatie moest worden uitgevoerd, is beoordeeld of deze inventarisatie wel of niet heeft plaatsgevonden. De inhoudelijke bevindingen of kwaliteit van de inventarisatie vielen buiten de scope van deze analyse. De legenda bij de onderstaande tabellen is hier te vinden.

Letter (n = 19)	Thema
Cijfer (n = 40)	Actie
*	Actie grotendeels gerealiseerd of goede start gemaakt
**	Actie deels gerealiseerd of onderhanden werk
***	Actie nog niet ingezet

A – Actie 1:

A	Informatieberaad stelt koers vast.	1 *	Instemmen met routekaart Eenheid van Taal.
---	------------------------------------	--------	--

De routekaart Eenheid van Taal (2018) is formeel vastgesteld en als richtinggevend document geaccepteerd binnen het Informatieberaad Zorg. De uitgangspunten van Eenheid van Taal zijn nadien verwerkt in diverse beleidsdocumenten en programma's, zonder hernieuwde expliciete besluitvorming over de routekaart als geheel (Ministerie van VWS, 2020; Ministerie van VWS, 2024; Ministerie van Financiën, 2026).

B - Acties 2 tot en met 4:

B	Sturen op implementatie zibs in vier grote programma's.	2 ***	Volledige implementatie van de voorgeschreven zibs; toets implementatie zibs op volledigheid.
		3 **	Doorontwikkeling van zibs waarin nog geen Eenheid van Taal oplossing voorgeschreven wordt (voorbeeld zib 'Probleem'); daarna vaststellen.
		4 ***	Herimplementatie van de aangepaste zibs; toets aangepaste zibs op implementatie Eenheid van Taal.

Sturen op de implementatie van zibs is nog niet voldoende gebeurd.
Toetsing op implementatie heeft nog niet plaatsgevonden.

Zibs worden op structurele wijze toegepast binnen de vier grote landelijke programma's: Registratie aan de Bron, MedMij, VIPP-regelingen en MedicatieProces.
Een groot deel van de vastgestelde zibs is gepubliceerd en onderhouden.
De mate waarin deze bouwstenen volledig en uniform worden geïmplementeerd in zorginformatiesystemen, verschilt echter nog per zorgsector en per leverancier.

Voor zibs zonder expliciete Eenheid van Taal-invulling (zoals het Probleem-concept) zijn in de periode na 2018 vervolgstappen gezet via herzieningen en aanvullingen. Hoewel structurele herimplementatie en landelijke toetsing van aangepaste zibs op Eenheid van Taal-conformiteit vindt niet centraal of periodiek plaatsvinden, vindt versiebeheer in de praktijk plaats via periodieke releases die door Nictiz worden beheerd. Hierbij wordt gebruikgemaakt van semantische versienummering (major, minor, patch), consultatierondes met en verzoeken van het zorgveld en duidelijke afspraken over *backward compatibility* en implementatie.

Nictiz heeft het ministerie van VWS eind 2024 geadviseerd over de toekomst van de zibs (Nictiz, 2025) en daarbij geconcludeerd dat zibs nodig blijven 'als duurzame, techniek-onafhankelijke klinische modellen, waarbij maximaal gebruik moet worden gemaakt van de toonaangevende internationale standaarden voor vastlegging en uitwisseling (zoals openEHR en HL7-FHIR) en hun *tooling*. Meer dan nu toegesneden op het realiseren van zorgbrede databeschikbaarheid. Zibs 2.0 zijn daarmee de informatiemodellen waarmee de Nederlandse afspraken voor de toepassing van de internationale standaarden voor zorginhoud zijn vastgelegd.'

C - Acties 5 tot en met 7:

C	Domeinen worden gefaciliteerd bij overstap op SNOMED/LOINC/IDMP.	5 *	Inventariseren welke domeinen in aanmerking (willen) komen voor directe overstap op SNOMED/LOINC/IDMP.
		6 *	Voorlichtingsbijeenkomsten organiseren.
		7 *	Geactualiseerd white-paper publiceren over toepassing SNOMED.

De acties ter ondersteuning van de verschillende domeinen bij de overgang naar SNOMED, LOINC en IDMP zijn grotendeels gerealiseerd of in gang gezet.

Inventarisaties van domeinen met interesse in SNOMED en LOINC zijn uitgevoerd binnen specifieke sectoren (onder andere geboortezorg, huisartsenzorg, laboratoria). Voor IDMP geldt dat in een Europees project genaamd UNICOM, met betrokkenheid van CBG, Z-Index, NEN en Nictiz, is onderzocht hoe IDMP toegepast kan worden in de systemen van betrokken partijen (UNICOM, 2024). Het praktisch in gebruik kunnen nemen van IDMP-terminologie en *identifiers* hangt af van de vorderingen die Europese geneesmiddelenautoriteiten en farmaceutische bedrijven maken bij de Europese implementatie van IDMP. Om een betere inschatting te maken van de impact van IDMP is een *gap*-analyse tussen de G-standaard en de Europese IDMP implementatie noodzakelijk. Een geschikt moment hiervoor zou zijn als er vanuit EMA meer duidelijkheid komt over de '*pharmaceutical product identifiers*' (PhPIDs, ISO 11616), die in de G-standaard gelijkenis hebben met de generiek product kenmerk (GPK).

Voorlichtings- en kennisbijeenkomsten over terminologiestandaarden zijn georganiseerd in programmacontext. Daarnaast organiseert Nictiz een leergang Medische Terminologie waar Eenheid van Taal aan bod komt (Nictiz, 2026).

Hoewel er geen geactualiseerd nationaal White paper over de toepassing van SNOMED is vastgesteld, zijn er de afgelopen jaren wél diverse waardevolle publicaties, handreikingen en position papers verschenen, waaronder de Implementatiestrategie SNOMED [Nictiz, 2024]) of de NVZ Praatplaat belemmeringen en aanbevelingen SNOMED (2023) die belangrijke richting en ondersteuning bieden.

D - Acties 8 en 9:

D	Uitbreiding patiëntvriendelijke termen.	8 *	Inventariseren welke registratiecategorieën (diagnose, verrichting, et cetara) in aanmerking komen voor <i>mapping</i> naar patiëntvriendelijke termen.
		9 *	Beginnen met een afgebakende set termen (bijvoorbeeld anatomische begrippen).

Er zijn initiatieven rond de uitbreiding van patiëntvriendelijke termen geweest binnen specifieke toepassingen (zoals PGO's [persoonlijke gezondheidsomgevingen] en MedMij-informatiestandaarden). Er is gewerkt met beperkte en afgebakende terminologiesets voor begrijpelijke weergave, onder andere met betrekking tot labuitslagen, diagnoses en vaccinaties.

Een van de initiatieven is het project Patiëntvriendelijke termen van Nictiz in samenwerking met Patiëntenfederatie Nederland en MedMij. Het project heeft als doel om de medische taal in patiëntportalen en PGO's begrijpelijker te maken. In 2025 zijn binnen dit project 15.000 SNOMED-concepten voor diagnoses en vaccinaties voorzien van een begrijpelijke uitleg. In de volgende fase wordt het aantal termen verder uitgebreid, met ondersteuning van AI. Daarnaast krijgen, indien mogelijk, ook LOINC-vertalingen een patiëntvriendelijke term.

E - Acties 10 en 11:

E	Eenheid van Taal in overdracht binnen eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn.	10 *	Identificeren van overdrachtsmomenten binnen eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn die in aanmerking komen voor vergroten Eenheid van Taal, eventueel inventariseren van lopende initiatieven hiervan.
		11 *	Pilotprojecten opzetten en uitvoeren.

Overdrachtsmomenten zijn in meerdere programma's geïnventariseerd (onder andere huisarts, ziekenhuis, wijkverpleging, apotheek)⁷. Pilots waarin semantische interoperabiliteit expliciet centraal stond zijn uitgevoerd of lopen binnen afgebakende ketens.

Deze pilots en programma's (eOverdracht voor verpleegkundige patiëntgegevens, Gegevensuitwisseling acute zorg, Medicatieproces en de harmonisatie van ICPC-nl en SNOMED) hebben waardevolle bijdragen geleverd aan de ontwikkeling van Eenheid van Taal. eOverdracht is een landelijke Nederlandse informatiestandaard voor de digitale uitwisseling van verpleegkundige overdrachtsgegevens tussen zorgorganisaties, zoals ziekenhuizen, thuiszorg en verpleeghuizen (NEN, 2026). Vanaf 2018 is eOverdracht stapsgewijs ontwikkeld en getest via regionale implementaties en pilotprojecten. NEN7545 is ontwikkeld als Nederlandse norm ter ondersteuning van gestandaardiseerde elektronische verpleegkundige overdracht. Het doel hiervan is interoperabiliteit en veilige gegevensuitwisseling in de zorg te versnellen, mede in het kader van de Wegiz. Hoewel eOverdracht sinds 2026 actief wordt uitgerold, is de landelijke implementatie nog niet volledig afgerond. De andere programma's zijn afzonderlijk uitgevoerd en vielen niet onder één landelijke Eenheid-van-Taal programmastructuur. Hierdoor was er minder centrale coördinatie en

⁷ Meer informatie over de inventarisatie van overdrachtsmomenten met betrekking tot medicatieoverdracht zijn te vinden in de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten (<https://www.knmp.nl/richtlijnen/overdracht-van-medicatiegegevens-de-keten>) en <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsstandaarden/medicatieoverdracht-overdracht-van-medicatiegegevens-in-de-keten> en op <https://www.samenvoormedicatieoverdracht.nl/kennisbank>.

afstemming, waardoor de samenhang en opschaalbaarheid van de ontwikkelde resultaten mogelijk beperkt werden.

F - Acties 12 tot en met 15:

F	SNOMED, LOINC en IDMP beschikbaar stellen als centraal woordenboek.	12 **	Stel SNOMED in combinatie met LOINC en IDMP beschikbaar als centraal woordenboek voor gebruik in het primaire proces.
		13 *	Leg vast dat bij uitwisselen in de keten bij vastgestelde categorieën van gegevens (een standaard geënt op of <i>gemapped</i> op) SNOMED/LOINC/IDMP gebruikt moet worden.
		14 *	Partijen die over willen gaan naar SNOMED/LOINC/IDMP als terminologiestelsel moeten daarin gefaciliteerd worden (zie ook actie 5).
		15 *	Laat de resterende relevante SNOMED termen vertalen naar het Nederlands.

Het beschikbaar stellen van de drie terminologiestelsels verloopt goed (zie ook 4.3.2). SNOMED wordt al sinds 2007 structureel beschikbaar gesteld via een nationale licentie en beheermodel. LOINC wordt toegepast via de Nederlandse labcodeset. Dat geldt ook voor subsets die per organisatie in gebruik zijn. In 2025 is het LOINC-vertaal- en implementatieproject van start gegaan. IDMP is beleidsmatig gepositioneerd. Implementatie bevindt zich in de ontwikkel- en voorbereidingsfase (zie ook onder C).

Het vertalen van SNOMED-termen naar het Nederlands en het onderhouden van de termen vindt doorlopend en gefaseerd plaats. Daarbij wordt prioriteit gegeven aan termen die direct nodig zijn voor primaire zorgprocessen, kwaliteitsregistraties en informatiestandaarden. SNOMED wordt verder uitgebreid om aanvullende toepassingsgebieden en terminologieën te ondersteunen, waaronder begrippen die zorgprofessionals, zoals verpleegkundigen, gebruiken in hun dagelijkse werkprocessen. Daarmee sluit de terminologie beter aan op de praktijk van zorgdocumentatie en gegevensuitwisseling in de bredere zorgketen.

G - Acties 16 tot en met 20:

G	Stel <i>mappings</i> beschikbaar tussen referentie terminologiestelsels, codestelsels en classificaties die met publiek geld gefinancierd worden. Voor zover deze <i>mappings</i> er nog niet zijn, moeten ze gemaakt worden, in projectvorm. Centrale woordenboek is SNOMED, LOINC & IDMP. Bij het beheer van de <i>mappings</i> moeten gebruikers betrokken zijn.	16 **	Inventariseer welke <i>mappings</i> tussen registratiestandaarden in gebruik zijn; geef aan of er een link is met SNOMED/LOINC/IDMP.
		17 **	<i>Mapping</i> -project: <i>mappings</i> maken tussen 'ontbrekende' in gebruik zijnde terminologiestelsels, codestelsels en classificaties.
		18 ***	Inventariseer bij informatiemanagers van ziekenhuizen, leveranciers, et cetera hoe (bijvoorbeeld bestandsformat) zij behoefte hebben aan <i>mappings</i> voor implementatie in XIS.
		19 **	Maak de <i>mappings</i> centraal beschikbaar en te downloaden (eventueel achter registratiescherm om latere updates toe te kunnen sturen).
		20 **	Betrek gebruikers, wetenschappelijke en beroepsverenigingen en <i>Standards Development Organizations</i> (SDO's) bij de validatie van de <i>mappings</i> en het beheer ervan.

Mappings tussen terminologiestelsels en classificaties zijn ontwikkeld binnen specifieke domeinen en projecten. Er bestaat geen volledig, centraal overzicht van alle *mappings* die in gebruik zijn. In 2025 heeft Nictiz wel een richtlijn uitgebracht voor het opstellen van *mappings* (ook bekend als 'koppelen'; Nictiz, 2025).

Het beschikbaar stellen van *mappings* vindt deels plaats via bestaande voorzieningen zoals de Nationale Terminologieserver; Nictiz, 2025), niet via één uniforme landelijke voorziening. Gebruikers en beroepsgroepen zijn doorgaans betrokken bij validatie binnen afzonderlijke trajecten.

H - Acties 21 en 22:

H	Toets in het Informatieberaad alle nieuwe voorstellen aan de gedefinieerde punten op de horizon.	21 **	Toets in het Informatieberaad, of onderliggende gremia, alle nieuwe voorstellen voor projecten, standaarden en dergelijke aan de grondplaat Eenheid van Taal. Indien er in het voorstel sprake is van standaardisatie van content dan moet het aan de uitgangspunten van Eenheid van Taal voldoen.
		22 ***	Vraag de Architectuurboard de FAIR principes (<i>Findable, Accessible, Interoperable, Reusable</i>) te gebruiken bij het afwegings- en toetsingskader.

Nieuwe projecten of programma's worden door het ministerie van VWS in een aantal gremia beoordeeld op relevantie ten aanzien Eenheid van

Taal. Voorbeelden daarvan zijn: het Informatieberaad en het Digitaal Transitie Orgaan.

FAIR-principes zijn opgenomen in architectuur- en beleidskaders. Een expliciete, formele Eenheid van Taal-toets als vast onderdeel van besluitvorming is niet afzonderlijk ingericht.

I - Acties 23 en 24:

I	Maak Eenheid van Taal een centraal thema binnen het Informatieberaad; het loopt als rode draad door de vier grote programma's heen. Stuur op het (juist) gebruik van zibs, ook buiten de grote programma's om.	23 **	Onderzoek of Eenheid van Taal als focus of thema aan het programma Registratie aan de Bron toegevoegd kan worden; organiseer/faciliteer middelen.
		24 **	Maak gebruik van zibs minder vrijblijvend, ook buiten de grote programma's om (zie ook 1. en 2.).

Eenheid van Taal is binnen het Informatieberaad een centraal thema geworden.

Registratie aan de Bron adresseert Eenheid van Taal impliciet via bronregistratie en hergebruik. Gebruik van zibs wordt breed gestimuleerd via programma's (onder andere Zibs 2.0) en subsidieregelingen, zoals de VIPP-programma's (Versnellingsprogramma's Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional). Binnen het FHIR-besluit worden zib-gebaseerde FHIR-profielen genoemd als het standaard format voor data-uitwisseling. Buiten de programmatische context blijft toepassing van zibs echter grotendeels vrijwillig.

De positie van het Informatieberaad Zorg is in de afgelopen jaren veranderd van besluitvormend naar adviserend. Daarbij is ook een nieuw tactisch uitvoeringsoverleg ingesteld: het Digitaal Transitie Orgaan. Daar wordt uitvoering gegeven aan de afspraken en besluiten die de minister op advies van het Informatieberaad neemt. Dit heeft mogelijk geleid tot minder duidelijke regie, versnipperde implementatie en beperkte afdwingbaarheid van standaarden, zoals zibs, met name buiten de grote landelijke programma's.

J - Acties 25 en 26:

J	Richt een 'showcase-omgeving' in: een plek waar Eenheid van Taal-initiatieven onder de aandacht kunnen worden gebracht. Het voordeel daarvan is dat alleen gemotiveerde partijen dat zullen doen. Beloon lef! - Goede voorbeelden doen volgen: leer van kleine initiatieven. Schaal op indien mogelijk; stel bij indien noodzakelijk.	25 **	Verzamel succesvolle voorbeelden van Eenheid van Taal toepassingen; stel informatie hierover centraal beschikbaar inclusief contactgegevens.
		26 **	Organiseer interoperabiliteit ' <i>showcase events</i> ' (zoals Weekconnect; Connectathon, maar ook MeetUp's) met focus op semantische interoperabiliteit.

Er zijn bijeenkomsten en evenementen georganiseerd waarin semantische interoperabiliteit aan bod kwam (onder andere Connectathons; Standaardisatiecongres). Voorbeelden van toepassingen zijn gedeeld via verschillende kanalen. Er is geen centrale, permanente 'showcase-omgeving' specifiek voor Eenheid van Taal ingericht.

K - Acties 27 en 28:

K	Vergroot het inzicht in Eenheid van Taal (onbegrip/ onwetendheid in het veld verkleinen).	27 **	Zoek binnen geïnteresseerde koepelorganisaties en beroepsgroepen Eenheid van Taal-ambassadeurs; zij kunnen voorlichten en nut van Eenheid van Taal verder propageren in hun achterban (zie ook 4 en 5).
		28 **	Subsidieaanvragen worden getoetst of ze voldoen aan Eenheid van Taal-principes.

Via verschillende netwerken en communities zijn gerichte activiteiten ontplooid met als doel het begrip van semantische interoperabiliteit te bevorderen. Een formeel ambassadeursprogramma voor Eenheid van Taal is niet vastgesteld. Binnen de implementatie van SNOMED is een SNOMED-veldteam ingericht, bestaande uit vertegenwoordigers van de deelnemende sectoren en van een aantal cross-sectoraal acterende beroepsgroepen. Eén van de rollen van het veldteam is 'ambassadeurschap' van SNOMED.

Subsidiecriteria bevatten in toenemende mate interoperabiliteitseisen; expliciete Eenheid van Taal-toetsing verschilt per regeling.

L - Acties 29 tot en met 30a :

L	Adresseer de kritiekpunten op Eenheid van Taal.	29 **	Faciliteer onderzoek naar mogelijkheden om binnen bestaande registratiestructuren contextinformatie op te slaan (denk aan zibs).
		30 **	Maak het belangenveld rondom Eenheid van Taal transparant; maak een overzicht van semantische standaarden die in gebruik zijn in Nederland, inclusief hun <i>use cases</i> , achterliggende businessmodellen en eventuele subsidies (zie ook 16 en 33).
		30a **	Spreek (standaardisatie) organisaties aan op hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de informatievoorziening in de zorg.

Binnen diverse informatiemodelleringstrajecten is onderzoek uitgevoerd naar contextinformatie en modellering. Daarbij komt de beperkte dekking van de grondplaat-terminologiestelsels (gericht op curatieve zorg) regelmatig als aandachtspunt naar voren. De stelsels van de grondplaat Eenheid van Taal kunnen worden uitgebreid en zijn in ontwikkeling. Zo zijn in de afgelopen vijf jaar concepten uit het sociaal domein toegevoegd aan SNOMED. De grondplaat bevat bovendien de concepten die het vertrekpunt vormen voor Eenheid van Taal, waaronder symptomen, diagnoses en procedures. Hoewel overzichten van standaarden beschikbaar zijn, bevinden deze zich verspreid over meerdere bronnen. Ook is informatie over businessmodellen en subsidiestromen niet integraal gebundeld. De gezamenlijke verantwoordelijkheid van betrokken partijen wordt beleidsmatig onderkend.

M – Actie 31:

M	Actievere rol voor wetenschappelijke en beroepsverenigingen.	31 **	Wetenschappelijke en beroepsverenigingen (en andere gebruikers) verlangen van kwaliteitsregisters en softwareleveranciers dat standaarden van de grondplaat, oftewel hun vaktaal, ingebouwd worden (zie ook 20).
---	--	----------	--

Beroepsverenigingen zijn actief betrokken bij de ontwikkeling van informatiestandaarden. Tegelijkertijd worden eisen aan leveranciers veelal sectoraal en niet uniform gesteld. Dat leidt tot uiteenlopende eisen aan leveranciers, met vaak punt-oplossingen als gevolg. Medisch- en zorgprofessionals leveren daarnaast een belangrijke bijdrage door het reviewen van SNOMED- en LOINC-vertalingen, inclusief vakjargon en patiëntvriendelijke termen. Ook worden eindgebruikers uitgenodigd om SNOMED-referentiesets op te stellen, in aansluiting op de werkwijze van het SNOMED-veldteam.

In de Medisch Specialistisch Zorgdomein (MSZ) vervullen de thesauri van DHD deze rol als intermediair tussen de wetenschappelijke verenigingen en het SNOMED *National Release Center* bij Nictiz. Via de

diagnose- en verrichtingenthesaurus worden (voor diverse *use cases*) op deze manier SNOMED-termen binnen de EPD's vastgelegd.

N - Acties 32 en 33:

N	Er zijn veel standaarden en organisaties. We zien internationaal dat steeds meer standaarden samenwerken en sommige opgaan in de grote standaarden SNOMED en LOINC en IDMP (Orphanet, CPT, Radlex). In Nederland ligt verdergaande samenwerking voor de hand. Door de verschillende businessmodellen van standaarden is dit niet gemakkelijk. Het ministerie van VWS, die SNOMED en ICD-10 al financiert, kan bij andere standaarden op meer samenwerking aandringen en daar, indien noodzakelijk, ook financiële consequenties aan verbinden.	32 **	Stimuleer/faciliteer samenwerking tussen standaardisatie organisaties, zoals SDO-NL. Kennis van en ervaring met terminologie en classificatiestandaarden is niet wijdverspreid en erg versnipperd. Stimuleer dat deze mensen samenwerken om zo aan schaalvergroting te kunnen doen.
		33 **	Maak een overzicht van de semantische standaarden inclusief businessmodellen en eventuele (onderzoeks)subsidies van diverse partijen (zie ook 16 en 30).

Samenwerking vindt plaats via overlegstructuren, zoals SDO-NL binnen Nederland. Op internationaal niveau vindt nog weinig structurele samenwerking plaats. Wel bestaan er werkgroepen met betrekking tot de EHDS: de Subgroup on Semantics en de Semantic Taskforce. Verder wordt er ook samengewerkt op het gebied van SNOMED-LOINC, SNOMED-ICD, SNOMED-OPENEHR (openEHR, 2025).

Vertegenwoordigers uit het verpleegkundig domein zijn eveneens actief betrokken geweest bij de integratie van classificaties, terminologieën en zibs in het verpleegkundig proces, ten behoeve van primaire registratie en gegevensuitwisseling. Dit gebeurde onder meer in werkgroepen met uitvoerende partijen vanuit Nictiz, ministerie van VWS, V&VN, Stichting Omaha System Support en Stichting Verpleegkundige Diagnostiek, Interventies en Resultaten (VDIR).

Structurele bundeling van standaarden en businessmodellen is niet gerealiseerd. En overzichten van standaarden en financiering zijn onvolledig en verspreid beschikbaar (o.a. Nictiz, Zorginstituut Nederland).

O - Acties 34 tot en met 37:

O	Implementatie van Eenheid van Taal kan niet zonder de softwareleveranciers. Het aanpassen van software zodat het ook met gedeelde woordenboeken kan omgaan (de grondplaat) is een investering. Lang niet alle leveranciers zullen (meteen) baat hebben bij implementatie van internationale standaarden of innovatieve mogelijkheden, zoals AI, die eerder binnen bereik komen.	34 **	Gebruikersgroepen (zoals zorginstellingen) en leveranciers gaan in overleg over (on)mogelijkheden van lokale toepassing van semantische interoperabiliteit, en gewenste/beschikbare implementatie-ondersteuning.
		35 **	Leveranciers kunnen door subsidies gestimuleerd worden te investeren.
		36 **	Door regelgeving die voorschrijft dat standaarden van de grondplaat gebruikt moeten worden bij uitwisseling in de keten (zie ook 14) is het ook mogelijk de leveranciers de nodige aanpassingen te laten maken (zie ook 29 en 38).
		37 **	Gebruik van internationale standaarden vergroot kansen op innovatie en kansen op de internationale markt. Betrek het ministerie van Economische Zaken bij dit proces.

Er zijn goede stappen gezet om softwareleveranciers te betrekken bij Eenheid van Taal. Overleg tussen gebruikers en leveranciers vindt vooral plaats binnen programma's. En subsidies hebben indirect bijgedragen aan investeringen in interoperabiliteit. Volgens de nieuwe implementatiestrategie kunnen leveranciers echter niet direct worden gefinancierd voor brede implementatie. Financiering is uitsluitend mogelijk binnen de context van *proof-of-concepts* en *pilots*.

Regelgeving (zoals Wegiz) borgt gebruik van standaarden, zonder expliciete Eenheid van Taal-verplichting. De wet verplicht dat zorgorganisaties standaarden gebruiken voor gegevensuitwisseling, maar schrijft niet expliciet voor dat iedereen die gegevens ook inhoudelijk precies op dezelfde manier moet interpreteren (Eenheid van Taal).

Internationale standaardisatie wordt actief beleidsmatig ondersteund, onder andere in de NVS en door de Directie Informatiebeleid van het ministerie van VWS. Hoewel het ministerie van Economische Zaken nog niet inhoudelijk betrokken is bij zorgdata-standaarden, kan het via digitaliseringsbeleid wel innovatie en interoperabiliteit in bredere zin stimuleren en daarmee een indirecte, randvoorwaardelijke rol spelen.

P – Actie 38:

P	Om leveranciers te faciliteren bij de overgang naar Eenheid van Taal valt te overwegen een nationale terminologieservice beschikbaar te maken. Met een terminologieservice kunnen leveranciers in de overgangsfase mappings tussen standaarden ophalen om zo zorginformatie te kunnen versturen (primair proces) of om te verwerken (secundair proces).	38 *	Onderzoek de mogelijkheid/wenselijkheid van een terminologieservice waarmee leveranciers en andere gebruikers standaarden en mappings tussen standaarden kunnen ophalen om zo zorginformatie te kunnen versturen (primair proces) of om te verwerken (secundair proces), zoals de mappingtool in de geboortezorg.
---	---	---------	---

Verkenningen en sectorale oplossingen voor terminologieservices zijn uitgevoerd. Er is een landelijke, generieke terminologieservice als uniforme voorziening ingericht (Nationale Terminologieserver).

Q – Acties 39 en 40:

Q	Onderzoek of Eenheid van Taal past in het kader van standaarden voor de kwaliteit van zorg.	39 **	Onderzoek of er draagvlak is om semantische interoperabiliteit deel uit te laten maken van standaarden van kwaliteit van zorg;
		40 **	Onderzoek de mogelijkheid partijen een inspanningsverplichting voor Eenheid van Taal op te leggen: -Zou het bijvoorbeeld deel uit kunnen gaan maken van een NEN-norm? -Een andere mogelijkheid is de verplichting om in elke informatiestandaard verplicht een paragraaf over Eenheid van Taal op te nemen. -Leveranciers kunnen aan kwaliteitseisen gehouden worden door het aantonen van de semantische interoperabiliteit van een toepassing: aantonen dat het werkt zoals de leverancier zegt. -Een <i>governance</i> -structuur die gebruik van de grondplaat en <i>mappings</i> overziet en overzicht heeft over de diverse Eenheid van Taal-toepassingen lijkt aangewezen. -Onderzoek of LOINC/SNOMED/IDMP en de WHO-FIC- classificaties op de lijst van open standaarden van Forum Standaardisatie horen te staan (onder een nieuw kopje 'Zorgstandaarden') in het kader van het -pas toe of leg uit'-principe.

De relatie tussen semantische interoperabiliteit en kwaliteit van zorg is verkend (Piera-Jiménez et al., 2025; Li et al., 2022). Eenheid van Taal is niet formeel opgenomen in kwaliteitsnormen of NEN-standaarden.

Internationale terminologiestelsels zijn (nog) niet aangewezen als 'pas toe of leg uit'-standaarden, maar zijn wel een uitgangspunt bij de toepassing van standaarden in de Wegiz (Handreiking standaarden en normen in relatie tot de Wegiz, 2024).

R - Acties 41 t/m 44:

R	Overgang ontwikkel- / realisatiefase naar beheerfase grondplaat (voor Eenheid van Taal-toepassingen gericht op het primaire proces): evaluatiemoment	41 **	Toets of de grondplaat aangepast moet worden.
		42 **	Onderzoek per zorgdomein wat de stand van zaken is van de implementatie van Eenheid van Taal.
		43 **	Onderzoek de eerste opbrengsten van Eenheid van Taal bij de <i>early adopters</i> en andere Eenheid van Taal-toepassingen.
		44 **	Inventariseer zorgonderdelen waar opgeschaald kan worden of bijgesteld moet worden.

De overgang van ontwikkel-/realisatiefase naar beheerfase is volop in ontwikkeling. Evaluaties van toepassingen en voortgang vinden plaats binnen projecten. Tot op heden is er geen landelijk evaluatiemoment voor de grondplaat als geheel vastgesteld. Onderhavig rapport kan daartoe wellicht een aanzet vormen.

Het ministerie van VWS heeft besloten regie te nemen op de ontwikkeling van standaarden, door een stelsel van standaarden in te richten, het houderschap hiervan op zich te nemen en Nictiz aan te wijzen als tijdelijk stelselbeheerder. Eén van de instrumenten om sturing te geven aan hergebruik en samenhang, is het toetsen van standaarden aan stelselcriteria. Deze criteria maken knelpunten zichtbaar, zoals het ontbreken van generieke standaarden of het gebruik van verschillende versies. Voor elk knelpunt worden verbeteracties opgesteld om de samenhang te versterken. De stelselcriteria zijn in eerste instantie gericht op het stelsel van standaarden. De stelselcriteria liggen momenteel bij het ministerie van VWS ter vaststelling. De verwachting was dat dit in het eerste kwartaal van 2026 zou plaatsvinden.

De opschaling wordt vormgegeven per sector of use-case. De zes sectoren die waren aangewezen om transformatieplannen te ontwikkelen, vervullen daarbij een voortrekkersrol. Medio 2025 leverden zij hun transformatieplannen op aan het ministerie van VWS, waarmee een belangrijke mijlpaal in het opschalingsproces is gerealiseerd.

S - Acties 45 tot en met 48:

S	Implementatie van de WHO-familie van internationale classificaties als semantische interoperabiliteitsstandaard voor het produceren van vergelijkbare gegevens uit het secundaire proces.	45 **	Valideren van de <i>mappings</i> tussen grondplaat-terminologiestelsels en de relevante WHO-classificaties (indien nog nodig; zie ook 17).
		46 **	Gebruikers voorlichten en ondersteunen bij het duaal gebruik van de grondplaat in het primaire proces en de WHO-classificaties voor afleiding voor het secundaire proces.
		47 ***	Beheersysteem opstellen voor onderhoud aan bovengenoemde <i>mappings</i> : formuleren wanneer en hoe vaak <i>mappings</i> kunnen wijzigen (voor classificaties is stabiliteit belangrijk).
		48 **	Up-to-date houden van de verschillende WHO-classificaties (codes en vertaling).

De implementatie van de WHO-familie van internationale classificaties is in gang gezet, maar is nog niet voldoende gerealiseerd om breed vergelijkbare gegevens uit het secundaire proces te kunnen produceren. De WHO-classificaties (zoals ICD-10 en ICF) worden structureel onderhouden door het RIVM, en worden gebruikt door diverse partijen voor statistische rapportage over doodsoorzaken (CBS), ziekenhuis ontslagdiagnoses (DHD) en andere statistieken.

Mappings tussen terminologie en classificaties bestaan voor specifieke toepassingen, zoals tussen SNOMED en ICD-10 voor onder andere de Diagnosethesaurus van DHD. Er bestaat nog geen *mapping* tussen SNOMED en ICD-11; noch tussen SNOMED en ICF of ICHI. Het beheer en de actualisatie van classificaties zijn ingericht, maar het integrale beheer van *mappings* is nog beperkt. Nictiz heeft in 2025 een advies over stelselcriteria in consultatie gebracht (Nictiz, 2025).

4.2**Samenvatting analyse routekaart Eenheid van Taal**

De routekaart Eenheid van Taal is sinds 2018 gedeeltelijk en gefragmenteerd uitgevoerd. Veel acties zijn daadwerkelijk in uitvoering genomen, of reeds gerealiseerd, met name op het gebied van:

- informatiemodellering (zibs);
- terminologiestelsels (SNOMED, LOINC);
- *pilots* en sectorale toepassingen.

De uitvoering van de routekaart heeft niet plaatsgevonden onder één samenhangend, expliciet aangestuurd Eenheid van Taal-programma, maar via meerdere parallelle beleids- en implementatietrajecten. Hierdoor lijkt sprake van brede voortgang op onderdelen, maar beperkte centrale regie, toetsing, monitoring en evaluatie op het niveau van de routekaart als geheel.

5 Evaluatie en perspectief op Eenheid van Taal

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst de kernwaarden en uitgangspunten die de basis vormen voor Eenheid van Taal. Vervolgens worden de tot nu toe behaalde resultaten uiteengezet met meer aandacht voor specifieke sectoren. Daarna gaan we in op de ervaringen en verwachtingen van de deelnemers aan de interviews, focusgroepen en werksessies. We beschrijven de knelpunten en risico's die zij ervaren, maar bespreken ook de kansen en succesfactoren die nodig zijn om Eenheid van Taal succesvol te implementeren.

5.1 Kernwaarden en uitgangspunten

Er is sprake van Eenheid van Taal als informatie voor de ene zorgverlener of patiënt dezelfde betekenis of bedoeling heeft als voor de andere wanneer deze informatie elektronisch wordt uitgewisseld. Bij het elektronisch vastleggen en uitwisselen van gezondheids- en zorginformatie is het daarom noodzakelijk dat zowel binnen als tussen informatiesystemen gebruik wordt gemaakt van een gedeelde context: afspraken over welke termen kunnen worden gebruikt en op welke manier. Eenheid van Taal vormt de basis voor semantische interoperabiliteit, zodat gezondheidsgegevens eenduidig kunnen worden begrepen wanneer ze worden uitgewisseld tussen verschillende zorgverleners en systemen.

Uit de interviews, focusgroepen en werksessies komt een overeenstemmend beeld naar voren dat Eenheid van Taal breed belangrijk wordt gevonden. Deelnemers voelen zowel de urgentie als de noodzaak om hiermee aan de slag te gaan, en er is duidelijk draagvlak om gezamenlijk stappen te zetten. Ook uit de migratieplannen van de zes eerdergenoemde sectoren⁸ blijkt dat zij de noodzaak van Eenheid van Taal erkennen en accepteren dat implementatie ervan noodzakelijk is. De coronapandemie droeg ook bij aan het besef dat snelle uitwisseling van gegevens noodzakelijk is: *"...zodat data sneller kan stromen dan een infectieziekte zich verspreidt"*.

Sinds de inwerkingtreding van de EHDS op 26 maart 2025, is het duidelijk geworden dat Eenheid van Taal niet langer uitsluitend een nationale opgave is. De inzet op het bevorderen van Eenheid van Taal moet verbreed worden en dient ook structureel aan te sluiten bij de ontwikkelingen binnen de Europese Unie.

5.2 Opbrengsten

Zoals in hoofdstuk 4 is beschreven, zijn er al veel activiteiten uitgevoerd of processen in gang gezet, maar veel belanghebbenden benadrukken het langzame tempo waarmee open standaarden en digitale oplossingen in de zorg worden ingevoerd. Ze noemen de lange doorlooptijden, het uitblijven van zichtbare voordelen, en het gebrek aan directe

⁸ De zes sectoren die deelnemen aan het IZA-Uitvoeringsakkoord Gegevensuitwisseling zijn de medisch specialistische zorg, huisartsenzorg, paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie, diëtetiek, optometrie en huidtherapie), geestelijke gezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Zie ook paragraaf 3.2.3, onder SNOMED-Besluit.

meerwaarde voor zorgprofessionals (knelpunten worden verder beschreven in 6.3). Er zijn verschillende initiatieven geweest om digitale informatie-uitwisseling te bevorderen (VIPP-programma's), maar (blijvende) opbrengsten uit deze initiatieven zijn beperkt gebleken wanneer het gaat om Eenheid van Taal. Een recenter initiatief, opgericht om databeschikbaarheid in de zorgsector te verbeteren, is CumuluZ. CumuluZ is een intersectoraal *use-case* gedreven uitvoerings- en opschalings- en leermechanisme voor databeschikbaarheid en semantische interoperabiliteit. Het is een samenwerkingsverband tussen NFU (universitaire ziekenhuizen), NVZ (algemene en categorale ziekenhuizen en revalidatiecentra), ActiZ (ouderenzorg), LHV en NHG (huisartsen), InEen (eerstelijnszorg), met medewerking van de Nederlandse GGZ. Hoewel nog niet duidelijk is welke concrete resultaten dit initiatief zal opleveren, is wel duidelijk dat de sector met elkaar communiceert en samenwerkt om stappen te zetten richting databeschikbaarheid en meer Eenheid van Taal.

Er zijn niet alleen verschillen *tussen* sectoren in verwezenlijking van Eenheid van Taal – niet elke sector is even ver – ook *binnen* sectoren zijn er verschillen tussen zorginstellingen en bij leveranciers. Het is lastig hier een totaalbeeld van te krijgen, omdat weinig kwantitatieve informatie beschikbaar is over het aantal zorgprofessionals of zorginstellingen dat gedeeltelijk of volledig gebruikmaakt van de aanbevolen grondplaatstandaarden, en over de voortgang bij het realiseren van Eenheid van Taal in de praktijk.

Hoewel LOINC en UCUM in het veld overwegend worden geaccepteerd, zijn beide standaarden nog niet volledig geïmplementeerd in de praktijk. Om de adoptie beheersbaar te maken, wordt binnen de laboratoriumdomeinen gewerkt met kernsets per (sub)domein. Deze gefaseerde benadering voorkomt dat laboratoria in één keer alle bepalingen moeten coderen. Door eerst een subset te coderen (bijvoorbeeld serologie) kunnen ontbrekende of niet-passende codes tijdig worden gesignaleerd en opgelost, en wordt samenwerking met belanghebbenden, zoals beroepsverenigingen, leveranciers en redactieraden aanzienlijk eenvoudiger.

In vergelijking met SNOMED en LOINC is de implementatie van IDMP het minst ver gevorderd. Er moeten in het veld nog duidelijke afspraken worden gemaakt. Er is een start gemaakt door middel van het Europees UNICOM project (*Up-scaling the global univocal identification of medicines*). In 2024 liep dit project af. Vanuit Nederland waren het CBG, Z-Index, de NEN en Nictiz bij UNICOM betrokken.

De kennis over en het toepassen van informatiemodellering om informatie vast te leggen in de zorg is sinds het verschijnen van het Eenheid van Taal-rapport, in 2018, toegenomen. Daarbij hebben verschillende sectoren verschillende voorkeuren, op basis van ontwikkelgeschiedenis en informatiebehoefte. Zo voorziet KIK-V een model voor verantwoordingsinformatie in de verpleeghuiszorg, het GGM in een model voor gegevens van gemeenten en zibs in een model voor klinische informatie. In Nederland lijkt het gebruik van openEHR toe te nemen. Een aantal regio's, waaronder Zuid-Limburg, Noord-Nederland en de Gelderse Vallei, werken ermee als basis voor regionale

dataplatformen. Deze groei komt vooral door de behoefte aan betere regionale samenwerking en het kunnen opbouwen van een longitudinaal patiëntendossier. In die context wordt openEHR gezien als aanvullend op standaarden, zoals FHIR en de zibs: FHIR voor uitwisseling, en openEHR voor consistente klinische registratie. Bij de uitwerking van de EHDS wordt informatiemodellering toegepast aan de hand van EU-brede Logical Information Models, die de semantische basis vormen voor de gegevenscategorieën en verplichtingen binnen de EHDS en als uitgangspunt dienen voor verdere technische specificaties.

In het kader van patiëntvriendelijke termen is gewerkt aan MeerMed (Ministerie van VWS, 2025). MeerMed heeft tot doel om meer gezondheidsgegevens uit verschillende zorgsectoren te ontsluiten in de PGO's en draagt daarmee bij aan veilige, betrouwbare en gebruiksvriendelijke databeschikbaarheid voor de patiënt. De focus van het MeerMed-team ligt op concrete implementatie-ondersteuning in de huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, de ggz, geboortezorg en langdurige zorg.

5.3 Huidige knelpunten en belemmeringen

Tijdens de interviews, focusgroepen en werksessies zijn verschillende knelpunten en belemmeringen naar voren gekomen. Deze knelpunten en belemmeringen laten zien waar het huidige systeem nog tekortschiet, maar ook waar waardevolle aanknopingspunten zijn voor verbetering.

5.3.1 Organisatorische en beleidsmatige knelpunten

Gebrek aan duidelijke governance en beleid

In meerdere interviews en werksessies kwam duidelijk naar voren dat er volgens de deelnemers onvoldoende sturing en regelgeving is om invoering/gebruik van standaarden af te dwingen. Veel stakeholders hebben behoefte aan leiderschap, duidelijke beleidskaders en financiële ondersteuning vanuit de overheid (zoals het ministerie van VWS). Tegelijkertijd geven zij aan dat de behoefte aan sturing breder is dan alleen de *governance* van het ministerie van VWS. Ook bij andere betrokken partijen ontbreken heldere rollen, verantwoordelijkheden en afspraken, waardoor partijen terughoudend blijven en implementatie vertraagt. Alleen als alle partijen hun rol in de *governance* erkennen en met verve vervullen kan er succesvol worden geïmplementeerd. Werken conform de standaarden voelt volgens sommigen nog te vrijblijvend. Een deelnemer vindt *"de huidige governance erg hoog over. Het is niet duidelijk wie je moet bellen als je echt iets veranderd wil hebben"*. Werken op basis van vertrouwen werkt niet als werken aan verandering te vrijblijvend is en niemand als eerste actie wil ondernemen.

Binnen Nederland bestaat de behoefte aan duidelijke regie, en omdat Eenheid van Taal sinds de invoering van de EHDS ook een Europese aangelegenheid is geworden, is het van belang dat de nationale ontwikkelingen goed worden afgestemd met de Europese context. Een deelnemer beschreef dit als volgt: *"Je loopt het risico dat we in Nederland keuzes maken die later niet blijken te passen binnen Europa. En zelfs als we in Nederland wél de juiste keuzes maken, moeten we er*

ook voor zorgen dat Europa daar op dezelfde manier over na gaat denken — en dát ontbreekt nog weleens.”

Sectorspecifieke barrières

Het doel van Eenheid van Taal is niet dat iedereen exact hetzelfde systeem gebruikt om data te registreren, maar dat iedereen elkaar goed kan begrijpen. Dit geldt zowel binnen sectoren als tussen sectoren. Toch bestaan er nog verschillende knelpunten die de samenwerking tussen sectoren in de weg staan. Veel van de barrières die in 2018 in het RIVM-rapport werden genoemd, blijken nog steeds actueel. Hoewel de consensus over de noodzaak van Eenheid van Taal inmiddels is toegenomen en de kennis over informatiemodellering, terminologiestelsels en classificaties duidelijk is gegroeid, blijven een aantal zorgen en belemmeringen bestaan.

Het concept van een uniforme terminologie werkt niet overal even goed. Wat in de medisch-specialistische zorg passende concepten of termen zijn, sluit niet altijd aan op de werkprocessen in verpleging, preventie en het sociaal domein. De registratie van gegevens is in de sectoren doelgericht ingericht. De beoogde doelen bepalen welke gegevens noodzakelijk zijn, hoe deze worden vastgelegd en welke standaarden daarbij worden toegepast. Voorwaarde is dat de gegevensregistratie past binnen en geen belemmering vormt voor het primaire proces, dat leidend blijft.

Deelnemers aan de werksessies gaven aan dat de dekking van de grondplaat momenteel nog onvoldoende is voor hun sector. Zoals een deelnemer zei: *“Het werkt niet als je alleen vanuit techniek of standaard het proces afdwingt. Begin vanuit het primaire proces.”* Voor verpleegkundigen geldt bijvoorbeeld dat zij werken met classificatiestructuren die SNOMED niet biedt: *“In het verpleegkundig proces zitten echt classificaties... dat doet SNOMED niet, dat is alleen een woordenboek.”* Ook welzijnsgerichte en preventieve sectoren herkennen deze mismatch: *“SNOMED sluit niet aan bij ons dagelijks taalgebruik... welzijnsbehoeften kan ik er niet in kwijt.”* Volgens deelnemers is de dekking van de grondplaat nog niet voldoende om gebruik door *alle* sectoren in gezondheid en zorg te ondersteunen.

Daarnaast spelen verschillen in middelen, doelen en registratieniveaus een grote rol. Een huisarts werkt met andere diagnostische middelen en met een ander detailniveau dan een medisch specialist, terwijl zij elkaars informatie wél moeten kunnen begrijpen. Daardoor kunnen sectoren niet zomaar dezelfde termen gebruiken. Binnen sectoren wordt gezocht naar oplossingen, maar voor echte samenhang is ook afstemming tussen sectoren cruciaal. Pas wanneer standaarden recht doen aan de diversiteit van zorg- en preventieprocessen, kan Eenheid van Taal ondersteunend zijn in plaats van belemmerend.

In de ggz is een stroming zorgaanbieders die minder hechten aan formele diagnosestelling en meer toewerken naar ‘vraaggestuurde zorg’. In plaats van een diagnose met behulp van de DSM-5-TR te formuleren, stellen sommige behandelaren liever de hulpvraag van de patiënt centraal. Deze benadering kan standaardisatie bemoeilijken, omdat SNOMED (tot nog toe) is afgestemd op het eenduidig coderen van diagnose-termen.

Financiële en organisatorische beperkingen

Uit interviews blijkt dat er brede erkenning is dat sectorbrede standaardisatie voordelen oplevert, maar dat het ook de vraag oproept hoe de kosten eerlijk verdeeld moeten worden. Zoals een geïnterviewde aangaf: *"Het levert ons allemaal iets op, dus iedereen zal ook zijn eigen deel moeten meebetalen."* Tegelijkertijd wordt benadrukt dat de huidige financiering van informatiestandaarden *"nog steeds heel versnipperd is"*, waardoor investeringen vaak ad-hoc (subsidies) en onvoldoende geborgd zijn (niet levensvatbaar na afloop van subsidie). Dit leidt tot een situatie waarin *"iedereen vóór standaardisatie is, maar niemand precies weet wie het moet betalen."* Vooral kleinere zorgorganisaties ervaren financiële druk bij het implementeren en actualiseren van systemen voor nieuwe standaarden. Deelnemers van de werksessies verwachten kosten voor het vernieuwen van systemen, maar ook voor het trainen van de gebruikers. Naast zorgen over kosten om nieuwe systemen te implementeren, zijn er ook geïnterviewden die zorgen hebben over structurele kosten die hoger blijven. *"Er zijn simpelweg financiële middelen nodig om dit [gebruik LOINC] goed te kunnen doen. Je moet het onderhouden; het is geen kwestie van één keer iets inrichten en dan ben je klaar."*

Onduidelijkheden over structurele financiering leveren een handelingsverlegenheid op, waarbij bovendien onduidelijk is welke kosten in de toekomst zullen ontstaan en wie deze zal dragen, waardoor het voor veel organisaties moeilijk is om langetermijninvesteringen te plannen, prioriteiten te stellen en noodzakelijke stappen richting implementatie daadwerkelijk te zetten.

5.3.2 Operationele en technische knelpunten

Compatibiliteits- en interoperabiliteitsproblemen

Binnen sectoren bestaan momenteel verschillende (semantische) standaarden voor gegevensuitwisseling. In de praktijk worden deze standaarden niet altijd uniform toegepast en regelmatig gecombineerd met sectorspecifieke of leveranciersspecifieke datamodellen, wat leidt tot een gebrek aan uniformiteit. Dit kan ertoe leiden dat gegevens tussen systemen niet altijd eenduidig uitgewisseld of geïnterpreteerd kunnen worden. Dit verhoogt niet alleen de complexiteit, maar brengt ook financiële risico's met zich mee voor leveranciers. Wanneer hun systemen niet meer compatibel zijn of worden uitgefaseerd, kan dit leiden tot verlies van investeringen en een verminderde marktpositie. De variatie in implementatie vergroot daarnaast de complexiteit van interoperabiliteit en kan zorginstellingen afhankelijk maken van bestaande systemen en gegevensstructuren (zogenaamde *legacy* problemen).

Het bovenstaande kan worden samengevat als: oude technologie staat vernieuwing in de weg. Zo lang bestaande systemen nog 'werken', is de urgentie om over te stappen op een nieuwe standaard laag. *"Nou ja, [er is oude technologie] wat ook gebruikt kan worden en dan is de noodzaak om dingen echt anders te gaan doen een stuk kleiner."*

Sommige belanghebbenden ervaren daarnaast nog veel interpretatieruimte bij het gebruik van zibs: *"blijkbaar is er in de huidige formuleringen toch ruimte waardoor mensen zaken anders kunnen"*

interpreteren en dus ook anders kunnen uitvoeren. Het zou daarom helpen om dit strakker te formuleren. Daarnaast zouden we ons zelf ook consequenter aan de gemaakte afspraken kunnen houden, want dat gebeurt nu niet altijd even consistent.”

Mappen

Het proces om verschillende standaarden met elkaar te verbinden, ook wel ‘*mappen*’ genoemd, vormt een aanzienlijke uitdaging. Dit proces is technisch ingewikkeld, foutgevoelig en vraagt veel tijd en middelen. Fouten in het *mappen* kunnen leiden tot incorrecte gegevensuitwisseling en verstoringen in de bedrijfsprocessen. Hierdoor ontstaat er een rem op innovatie en samenwerking tussen organisaties, omdat de technische drempels en de benodigde inspanningen groot zijn.

Binnen zorginstellingen wordt nog veel met interne, lokale omschrijvingen gewerkt, waardoor laboratoria een translatieserver nodig hebben om de omschrijvingen om te zetten naar LOINC-codes voor uitwisseling. Het omzetten van alle interne codes naar LOINC is een grote en arbeidsintensieve operatie, die laboratoria alleen uitvoeren op momenten dat er toch al grote systeemwijzigingen plaatsvinden, bijvoorbeeld als het Laboratorium Informatie Systeem (LIS) wordt vernieuwd. *“We zijn nog steeds afhankelijk van een translatieserver, en hebben intern nog steeds onze eigen omschrijvingen nodig. Het omzetten van al die interne beschrijvingen is voor laboratoria een enorme exercitie; sommige labs hebben het gedaan en dat was echt ontzettend veel werk.”*

Ook de omvang en complexiteit van SNOMED brengt praktische uitdagingen met zich mee: *“Met het grote aantal mogelijke SNOMED-termen is het zaak om alleen de echt relevante concepten te tonen. Anders kan de software log en onoverzichtelijk worden.”*

Als het gaat over de initiatieven over grensoverschrijdende gegevensuitwisseling voor de continuïteit van zorg – vanaf 2029 verplicht onder de EHDS – worden ook knelpunten ervaren. *“Zij leggen eigenlijk het fundament voor de andere domeinen. Maar hoe leeft dat nu in Nederland — dat wij straks gegevens moeten gaan aanleveren aan het [Nationaal Contactpunt voor eHealth] en deze ook over de grens moeten versturen, volgens alle Europese vereisten en met gebruik van Eenheid van Taal? Op dit moment zijn nog maar heel weinig organisaties aangesloten op het [Nationaal Contactpunt voor eHealth]. En als we echt gegevens willen uitwisselen, betekent dat dat uiteindelijk alle zorgorganisaties moeten worden aangesloten. Nu zijn dat er maar een handvol. Het keer tienduizend doen is dus een enorme opgave. Dat is echt een grote uitdaging.”*

“Alle landen hebben patiënten met vergelijkbare klachten als in Nederland, dus de informatiebehoefte is overal aanwezig. Daarom moeten we precies achterhalen wat Europa bedoelt. Vervolgens kunnen we beoordelen of onze zibs dat al afdekken en of we die informatie ook daadwerkelijk kunnen aanleveren. Als bepaalde elementen ontbreken, zullen we onze modellen moeten uitbreiden. Het is geen probleem als we in Nederland extra gegevens vastleggen voor eigen gebruik, maar

het is wél essentieel dat we in ieder geval kunnen aanleveren én ontvangen wat de internationale standaard voorschrijft."

5.3.3 Vaardigheden, betrokkenheid en vertrouwen

Behoefte aan ondersteuning en training

De invoering van nieuwe standaarden en systemen vraagt van zorgprofessionals verandering in hun werkwijze. In de praktijk is de ondersteuning echter vaak beperkt, waardoor zorgverleners niet altijd over de digitale vaardigheden of training beschikken om terminologiestelsels goed te gebruiken. Dit leidt tot onzekerheid en weerstand. Zoals een deelnemer zei: *"[Als je de] gemiddelde verpleegkundige op straat vraagt: wat is SNOMED? Dan kijken ze je met klapperende oren aan."* Ook worden sommige veranderingen als groot en ingrijpend ervaren: *"Het schakelen van NHG-tabellen naar SNOMED... dat zijn echt megastappen met grote gevolgen, daar ziet men als een berg tegenop."*

Anderzijds is binnen de VVT-sector de toepassing van grondplaatterminologie(ën), informatiemodellering en semantische interoperabiliteit ook nog niet overal ver gevorderd. Zowel leveranciers als zorgprofessionals beschikken vaak nog niet over voldoende kennis en ervaring om deze standaarden effectief toe te passen. Er is een duidelijke behoefte aan training en ondersteuning, zodat zorgprofessionals Eenheid van Taal goed kunnen benutten in hun dagelijkse praktijk. Hoewel dit nu in de VVT is gesignaleerd, gelden deze uitdagingen in vergelijkbare vorm ook voor andere zorgsectoren.

De veranderingen zullen voor sommige zorgprofessionals omvangrijker zijn dan voor anderen. Een deelnemer illustreert dit als volgt: *"Ik zie nog vaak dat een verpleegkundige eerst registreert en dan handmatig het overdrachtsformulier invult."* Dit maakt duidelijk hoe belangrijk het is om tijdig te signaleren wie (bij)scholing nodig heeft. Tegelijkertijd vormen de aanhoudende personeelstekorten in de zorg een extra complicerende factor. Door hoge werkdruk en structureel tijdgebrek hebben zorgprofessionals vaak onvoldoende ruimte om aan veranderingen te werken of om trainingen te volgen die nodig zijn om nieuwe standaarden te leren gebruiken.

Weerstand tegen verandering en beperkte betrokkenheid

Voor sommige deelnemers vormt angst voor toenemende administratieve last, veroorzaakt door het verplicht registreren volgens gestandaardiseerde formats, een belangrijk knelpunt. Zij ervaren de registratie als omslachtig en zien weinig direct voordeel, wat de weerstand tegen verandering versterkt. Zonder zichtbare meerwaarde voor de individuele zorgprofessional wordt het moeilijker om brede betrokkenheid bij de veranderingen te realiseren.

Verandering vraagt altijd iets van mensen, zeker wanneer werkprocessen al jarenlang zijn ingesleten en de huidige systemen in hun ogen nog goed werken. Dit leidt tot weerstand, maar ook tot frustratie wanneer het gevoel ontstaat dat er veel wordt gesproken zonder dat dit resulteert in concrete verbeteringen of succesvolle voorbeelden. Een deelnemer benoemt in dit verband *"dat mensen zich niet gehoord voelen"*.

Vertrouwen en betrouwbaarheid vormen samen een van de drie fundamenteën van de NVS, maar de deelnemers ervaren nog belangrijke knelpunten op dit vlak. Het gaat om vertrouwen in het systeem, maar ook om vertrouwen in de kwaliteit en betrouwbaarheid van de data zelf. Zoals een deelnemer het verwoordde: *"Vertrouwen in data groeit niet alleen door [gebruik van] dezelfde termen—het gaat om de context waarin data wordt verzameld."* Een ander benadrukte: *"Je kunt praten over Eenheid van Taal, maar hoe vertrouw je de data die je gebruikt? Daar zijn we [...] nog niet."* Ook bestaat er zorg over de vraag wie verantwoordelijk is wanneer informatie uit andere bronnen wordt (her)gebruikt en verder wordt verrijkt, terwijl later blijkt dat de oorspronkelijke gegevens onjuist waren.

Daarnaast zijn er situaties waar er weinig of geen gegevensuitwisseling plaatsvindt met andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld in zeer gespecialiseerde of niet-zorgverzekeringswet-gefinancierde zorg. Hierdoor wordt de meerwaarde van SNOMED voor deze zorgprofessionals minder zichtbaar. Dit kan hun betrokkenheid bij de implementatie verminderen.

5.4 Risico's

Naast knelpunten en belemmeringen kwamen uit het deskresearch en de interviews, focusgroepen en werksessies ook risico's naar voren met betrekking tot Eenheid van Taal.

Risico's voor de zorgverlener/gebruiker. Hoewel het werken met Eenheid van Taal uiteindelijk bedoeld is om zorgprofessionals te ondersteunen en te ontlasten, zien ze nog beren op de weg. Deze ervaren risico's verdienen aandacht, omdat ze het draagvlak en succes van de implementatie bepalen. Kwaliteit en betrouwbaarheid van data wordt meermaals genoemd. Wanneer zorgprofessionals twijfelen aan de bruikbaarheid van geregistreerde gezondheidsgegevens, voelen zij risico's voor hun eigen professionele verantwoordelijkheid. Datakwaliteit, onduidelijkheid over definities en foutgevoelige *mapping*-processen kunnen leiden tot onzekerheid over de juistheid van informatie die zij gebruiken in de dagelijkse zorgverlening. Ten slotte speelt het gebrek aan beschikbare middelen en mensen een rol. Als implementatie- en scholingscapaciteit onvoldoende is, ontstaat het risico dat professionals wel verantwoordelijkheden krijgen, maar niet de ondersteuning die nodig is om zich nieuwe werkwijzen eigen te maken.

Risico's op sectorniveau en voor de kwaliteit van zorg. Uit het onderzoek kwam naar voren dat op sectorniveau diverse risico's bestaan die de kwaliteit van zorg en de realisatie van interoperabiliteit kunnen vertragen. Allereerst gaat het uitfasen van verouderde systemen, zoals EDIFACT-standaarden, onvoldoende snel. Daardoor lopen instellingen het risico Europese deadlines niet te halen wanneer zij niet tijdig worden voorbereid. Daarnaast wordt de voortgang bemoeilijkt door de fragmentatie van ontwikkelinitiatieven: losse *pilots* die niet worden opgeschaald leiden ertoe dat sectoren elk hun eigen koers varen. Zonder een stevige afstemmingsstructuur bestaat het risico dat afzonderlijke sectoren keuzes maken die de beoogde semantische interoperabiliteit ondermijnen en gegevensuitwisseling doen stagneren. Verder speelt de verhouding tussen primair en secundair gebruik van

data een belangrijke rol. Als de registratie van gezondheidsgegevens in de spreekkamer niet wordt ingericht met secundaire doeleinden, zoals onderzoek, planning of monitoring, in gedachten, ontstaat extra registratielast en neemt de betrouwbaarheid van secundaire analyses af.

Risico's op systeemniveau. Een belangrijke constatering voor het ministerie van VWS en de landelijke implementatie is dat de tijdslijnen van de EHDS en NVS niet synchroon lopen. Europese verplichtingen worden al vastgelegd en ingevoerd, terwijl nationale kaders, keuzes en implementatiebesluiten nog in ontwikkeling zijn. Hierdoor ontstaat een risico op suboptimale afstemming, noodzaak tot aanpassing van al gemaakte keuzes en mogelijk inconsistent beleid.

5.5 Kansen

Uit alle interacties met deelnemers kwamen de volgende kansen voor Eenheid van Taal naar voren.

5.5.1 *Voor de zorgprofessional: minder registratielast en meer gebruiksgemak en innovatie*

Wanneer Eenheid van Taal op een zorgvuldige en brede manier wordt geïmplementeerd, en de bijbehorende systemen gebruiksvriendelijker worden ingericht, ontstaat ruimte voor belangrijke verbeteringen in efficiëntie in de praktijk. Een van de meest verwachte effecten is een vermindering van de registratielast: zorgprofessionals kunnen sneller, consistent en met minder dubbel werk gegevens vastleggen. Een deelnemer zei daarover: *"Als we het goed inregelen... systemen gebruiksvriendelijk worden, en verpleegkundigen minder registratielast hebben, levert dat heel veel tijd en geld op."*

Om deze uitdagingen aan te pakken, zien belanghebbenden vooral kansen in betere nationale samenwerking, duidelijke plannen en een praktische aanpak waarbij iedereen betrokken wordt. Ze benadrukken het belang van oplossingen die echt waarde opleveren en zorgen voor minder administratie en meer gebruiksgemak. Ook is het belangrijk om goede afspraken te maken over de kosten en iedereen op tijd aan tafel te hebben, inclusief softwareleveranciers. De overtuiging is groot dat standaardisatie veel kan opleveren, al zijn er in de praktijk nog wel wat stappen te zetten, vooral rond het aansluiten van Eenheid van Taal op de werkprocessen, de kwaliteit van gegevens en inrichting rondom beheer en *governance*.

Sinds het verschijnen van het eerste rapport Eenheid van Taal heeft het gebruik van AI een sterke ontwikkeling doorgemaakt. Met de aankondiging van het programma Realisatie AI in de zorg (oktober 2025) onderstreept het ministerie van VWS het belang van goede randvoorwaarden voor AI-toepassingen, waaronder eenduidige en gestandaardiseerde gegevens. Daarmee sluit het programma aan bij de doelstellingen van Eenheid van Taal.

Nieuwe toepassingen, zoals het automatisch omzetten van vrije tekst naar SNOMED-codes, bieden kansrijke mogelijkheden om de registratiepraktijk te ondersteunen en datakwaliteit te verbeteren. Tegelijkertijd vraagt het gebruik van AI-ondersteuning om zorgvuldigheid en duidelijke kaders. Systemen die automatisch coderen of adviseren, moeten uitgebreid getest, gevalideerd en continu

gemonitord worden voordat grootschalige inzet verantwoord is. Alleen dan kunnen zorgprofessionals erop vertrouwen dat de uitkomsten correct, consistent en veilig zijn. Daarnaast ontstaat door betere koppelingen en meer uniforme registratie van gezondheidsgegevens een rijkere gegevensbasis. Dat maakt nieuwe vormen van onderzoek mogelijk, eventueel ook met behulp van AI-technieken. Hierdoor kan de zorgsector in de toekomst beter leren van data én sneller patronen of kansen signaleren. AI in de vorm van beslissingsondersteuning heeft veel baat bij datakwaliteit. De SNOMED- en LOINC-ontologie zijn daarbij ook van grote waarde.

In de JGZ worden kansen gezien om professionals beter te ondersteunen. Door gestandaardiseerde registratie en de koppeling met een context-database krijgen professionals direct toegang tot relevante richtlijnen, wat *evidence-based* handelen ondersteunt zonder de noodzaak van extra registratielast. Dit leidt tot minder dubbel werk, betere gegevensuitwisseling en sneller inzicht in het dossier, terwijl professionele afweging centraal blijft staan.

Ten slotte kan Eenheid van Taal dienen als vliegwiel voor snellere innovatie en betere digitale zorg. Door uniformiteit wordt het voor leveranciers makkelijker om nieuwe functionaliteiten in te bouwen.

5.5.2

Sterkere basis voor onderzoek, beleid en medicatieveiligheid

Door primaire gegevens eenduidig vast te leggen, ontstaat een solide basis voor secundair gebruik, zoals onderzoek, monitoring en beleidsontwikkeling. Dit is op langere termijn noodzakelijk om de zorg doelmatiger en toekomstbestendiger te maken. De EHDS plaatst secundair gebruik bovendien expliciet binnen de Europese scope, wat vraagt om duidelijke verantwoordelijkheden en afstemming tussen nationale en internationale partijen. Gestandaardiseerde registratiesystemen, zoals IDMP voor medicatiegegevens, kunnen daarnaast grote voordelen opleveren voor medicatieveiligheid (farmacovigilantie). Denk aan beter inzicht in medicatietekorten, eenvoudiger uitwisseling van gegevens tussen landen en meer mogelijkheden voor geautomatiseerd toezicht op bijwerkingen. Met grotere datasets zijn zeldzame signalen eerder op te pikken. Door uniforme en betrouwbare data beschikbaar te maken, kunnen zorgprofessionals, beleidsmakers en onderzoekers beter inspelen op actuele en toekomstige gezondheidsvraagstukken.

5.5.3

Kansen voor zorggebruikers

Voor zorggebruikers die in verschillende sectoren zorg ontvangen kan het heel waardevol zijn als hun gegevens eenduidig worden geregistreerd en uitgewisseld. Wanneer gezondheidsgegevens consistent, volledig en op dezelfde manier worden vastgelegd, kunnen zorgverleners sneller een totaalbeeld vormen, beter onderbouwde beslissingen nemen en veiliger continuïteit van zorg bieden. Beter registratie draagt daarmee direct bij aan hogere kwaliteit van zorg, minder fouten en een meer samenhangende ondersteuning rond de zorggebruiker. Dit speelt zeker in de jeugdgezondheidszorg, waar ouders, verzorgers en jongeren vaak met veel verschillende professionals en organisaties contact hebben. Ze hoeven niet telkens opnieuw hun verhaal te doen als hun gegevens veilig, volledig en

betekenisvol uitgewisseld kunnen worden. Samen met PGO's zou dit de eigen regie kunnen vergroten.

Het gebruik van patiëntvriendelijke termen hoeft geen groot obstakel te zijn. In een van de interviews werd verwezen naar een focusgroep waarin patiënten aangaven dat zij graag patiëntvriendelijke termen willen zien, maar niet als dat ten koste gaat van de medische inhoud of specificiteit. Zelfs als dat betekent dat ze soms iets moeten opzoeken, vinden ze dat niet erg.

5.6 Kritische succesfactoren

Op basis van de geïdentificeerde knelpunten en risico's komen vier kritische succesfactoren naar voren die als randvoorwaarde gelden voor het realiseren van een effectieve en duurzame Eenheid van Taal. Het betreft een duidelijke en gedragen *governance*, versterkte samenwerking en communicatie tussen betrokken partijen, een hoog gebruiksgemak in de uitvoering, en co-creatie. Deze factoren vormen gezamenlijk de noodzakelijke basis om de beoogde harmonisatie daadwerkelijk te laten slagen.

5.6.1 *Heldere governance en beleid als randvoorwaarde voor succesvolle implementatie*

Hoewel er inmiddels brede bewustwording en consensus is over het belang van Eenheid van Taal, blijft de daadwerkelijke voortgang achter op de gemaakte afspraken en op de routekaart uit 2018. Deelnemers van interviews en werksessies geven aan dat dit komt doordat duidelijke regie ontbreekt. Hoewel de NVS nu op hoofdlijnen de *governance* beschrijft, bleef deze in de afgelopen jaren, volgens de deelnemers, te vrijblijvend. De *governance* rondom Eenheid van Taal kent meerdere lagen en is verdeeld over een breed veld aan betrokken partijen.

Op strategisch niveau bepaalt het ministerie van VWS als eerstverantwoordelijke de landelijke koers. Het formuleert de kaders, prioriteiten en uitgangspunten voor gegevensuitwisseling. Verandering begint op dit niveau. De partijen waarvan verandering wordt verwacht geven aan dat duidelijke regie van het ministerie wenselijk is. Naast het ministerie van VWS zijn er op dit niveau partijen die een adviserende rol hebben, zoals onder andere Nictiz, Zorginstituut Nederland, VNG, en RIVM. Daarnaast laat het ministerie zich adviseren door bestuurlijke adviesorganen, zoals het Informatieberaad Zorg. Sectoroverstijgend beleid en sectoroverstijgende besluitvorming worden steeds noodzakelijker nu veel sectoren concrete stappen gaan zetten voor implementatie. Niet in alle sectoren wordt op dezelfde wijze invulling gegeven aan het houderschap van informatiestandaarden, terwijl deze standaarden juist sectoroverstijgend moeten functioneren. Verschillen in implementatie tussen sectoren leiden daardoor tot knelpunten in interoperabiliteit en onvoldoende borging van keuzes en besluiten over sectorgrenzen heen. In domeinen waar dit al beter is georganiseerd, zoals bij medicatie-overdracht (2026), blijkt dat integrale expertgroepen en sectoroverstijgende autorisatieorganen effectief kunnen zijn om keuzes vanuit diverse perspectieven af te wegen.

Het tactische niveau vertaalt de strategische kaders naar standaarden, werkprocessen, programma's en implementatieafspraken. Dit gebeurt door beroepsverenigingen, leveranciersverenigingen, veldorganisaties (regionale samenwerkingsorganisaties [RSO's]) en diverse andere overlegstructuren. Hier ontstaat de verbinding tussen beleid en praktijk. De behoefte aan regie op samenhang is juist op dit niveau groot. Zonder duidelijke regie bestaat het risico dat initiatieven versnipperen en dat standaarden onvoldoende worden geharmoniseerd. Daarnaast blijkt uit ervaringen dat voortgang soms afhankelijk is van individueel leiderschap. Een enkele persoon of enkele organisatie die verantwoordelijkheid pakt, prioriteiten herijkt en stappen concreet maakt, kan de impasse doorbreken. Er is behoefte aan organisaties die een gefaseerde aanpak opzetten en bepalen waar de impact laag genoeg is om al te kunnen starten. Dit kunnen regionale projecten zijn. Op dit niveau moet ook aandacht zijn voor de integratie tussen het sociale, medische en preventieve domein.

Op het operationele niveau worden veranderingen daadwerkelijk in de praktijk gebracht. Zorgprofessionals, applicatiebeheerders en andere uitvoerende medewerkers implementeren nieuwe afspraken, passen registratie van gezondheidsgegevens aan en borgen dat digitale processen aansluiten op de dagelijkse zorg. Dit niveau heeft eveneens verantwoordelijkheden: implementatie staat of valt met hun betrokkenheid en vakinhoudelijke toetsing. Zonder voldoende ondersteuning, tijd en duidelijkheid over standaarden komt implementatie niet van de grond. In de verpleegkundige zorg zouden *Chief Nursing Information Officers* (CNIO's) een essentiële schakel kunnen zijn tussen het operationele en tactische niveau, in samenwerking met de kennishouders van de terminologiesystemen (Stichting VDIR en Stichting Omaha System Support) en vertegenwoordigers van zorgprofessionals en zorgaanbieders. Voor andere zorgprofessionals kunnen bijvoorbeeld *Chief Medical Information Officers* (CMIO's) en klinische informatici deze rol hebben.

5.6.2 *Effectieve samenwerking, communicatie en afstemming binnen de gehele keten*

Eenheid van Taal vraagt om nauwe samenwerking én tijdige afstemming tussen alle betrokken partijen in de keten. In de praktijk blijkt echter dat softwareleveranciers vaak laat worden betrokken of zelfs worden verrast door nieuwe keuzes. Dat leidt tot versnipperde en uiteenlopende implementaties. Gebrek aan tijdige communicatie zorgt ervoor dat niet iedereen weet wat eraan komt, waardoor een wildgroei aan oplossingen kan ontstaan. Succes van innovatie wordt uiteindelijk vaak bepaald door de aandacht die op werkvloerniveau aan implementatie wordt besteed. De combinatie van gebruiksgemak en implementatieondersteuning is in heel veel gevallen de sleutel voor acceptatie op werkvloerniveau. Bovendien blijkt dat veel opmerkingen uit de interviews en werksessies niet zozeer duiden op nieuwe knelpunten, maar vooral op onbekendheid met bestaande standaarden, instrumenten en lopende initiatieven. Hierdoor werk soms dubbel uitgevoerd of blijven bestaande oplossingen onderbenut. Dit laat zien dat er meer structurele en toegankelijke communicatie nodig is om het werkveld goed te informeren en beter gebruik te laten maken van wat al beschikbaar is.

Het is daarom essentieel om het gesprek tussen leveranciers, zorgaanbieders en andere ketenpartners veel eerder te starten en om alle lagen uit het vijflagenmodel structureel te betrekken. Daarbij helpt een communicatieaanpak die minder vanuit beleidstaal en meer vanuit concrete use-cases, werkprocessen en praktische meerwaarde wordt vormgegeven, zodat voor de gebruikers duidelijk wordt hoe standaarden en verplichtingen de zorg daadwerkelijk kunnen ondersteunen. Ook het delen van richtlijnen, werkinstructies en casestudies draagt bij aan uniformiteit en kennisoverdracht, zowel binnen als tussen sectoren. Heldere communicatie, training en een iteratieve implementatieaanpak waarin feedback uit de praktijk zichtbaar wordt verwerkt, zijn cruciale voorwaarden om draagvlak te creëren en de administratieve belasting te minimaliseren.

5.6.3

Gebruiksgemak als cruciale factor voor draagvlak onder professionals

Het succes van Eenheid van Taal staat of valt met het gebruiksgemak van de systemen waarin zorgprofessionals dagelijks werken. Wanneer terminologie niet intuïtief is geïntegreerd, of wanneer professionals talloze zoekstappen moeten doorlopen, wordt het werken ermee al snel ervaren als een extra administratieve last. In een optimale situatie presenteert het systeem een beknopte en relevante lijst met termen, ondersteund door automatische suggesties, slimme filters of op AI-gebaseerde aanbevelingen. Daarnaast maken specifieke groepen, zoals verpleegkundigen en verzorgenden, al gebruik van internationale gestandaardiseerde terminologiestelsels, zoals Omaha System, NANDA-I, NIC en NOC, op basis waarvan zij de besluitvorming in het verpleegkundig proces documenteren. Deze horen leidend te blijven, waarbij er binnen SNOMED gezocht moeten worden naar een bijpassende ontologie voor dergelijke concepten.

Tegelijkertijd blijkt dat de overstap van bestaande systemen naar nieuwe, gestandaardiseerde oplossingen groot kan zijn. Het is logisch dat professionals dan weerstand voelen. Daarom werkt het beter om kleine, haalbare stappen te zetten in plaats van in een keer grote sprongen te maken. Leveranciers en gebruikers moeten hierin gezamenlijk optrekken. Zij moeten vroegtijdig met elkaar in gesprek over gebruiksvriendelijkheid, ontwerpkeuzes en praktische gevolgen. Leveranciers geven aan dat zij soms geen keuzes durven te maken, omdat onduidelijk is 'wat precies moet', of omdat de huidige situatie nog ruimte laat voor veel verschillende oplossingen ("*je kunt doorgaan met ICD-10 als je daaraan gewend bent*"). Hierdoor ontstaat vertraging, niet door onwil, maar door gebrek aan richting en duidelijkheid.

5.6.4

Co-creatie om de betrokkenheid te vergroten

Echte vooruitgang ontstaat wanneer zorgprofessionals zelf worden betrokken bij het ontwerp van de interface en bij het selecteren van relevante subsets. Zij weten als geen ander welke termen nodig zijn in de dagelijkse praktijk. Naast zorgprofessionals kunnen ook leveranciers en inhoudelijk experts betrokken worden, wat kan resulteren in meetbare voordelen van gegevensuitwisseling met behulp van Eenheid van Taal. Dit vraagt om nauwe samenwerking, een iteratieve implementatieaanpak en ruimte voor feedback. Door mensen uit het werkveld te laten meedenken, wordt niet alleen het systeem beter, maar groeit ook het draagvlak, omdat de nieuwe werkwijze aansluit bij hun praktijk, niet omgekeerd.

6 Veranderopgaven

In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste aanpassingen die nodig zijn om de implementatie van Eenheid van Taal tot een succes te maken. Deze aanpassingen helpen het gat te dichten tussen de huidige stand van zaken rond Eenheid van Taal en de gewenste situatie, op basis van de visie uit het rapport uit 2018 en de NVS. In die gewenste situatie worden gezondheidsgegevens in het Nederlandse gezondheidsinformatiestelsel eenduidig vastgelegd en beschikbaar gesteld voor hergebruik op basis van een van de grondplaatsterminologieën, zodat zorg, onderzoek, beleid en secundair gebruik semantisch interoperabel kunnen plaatsvinden.

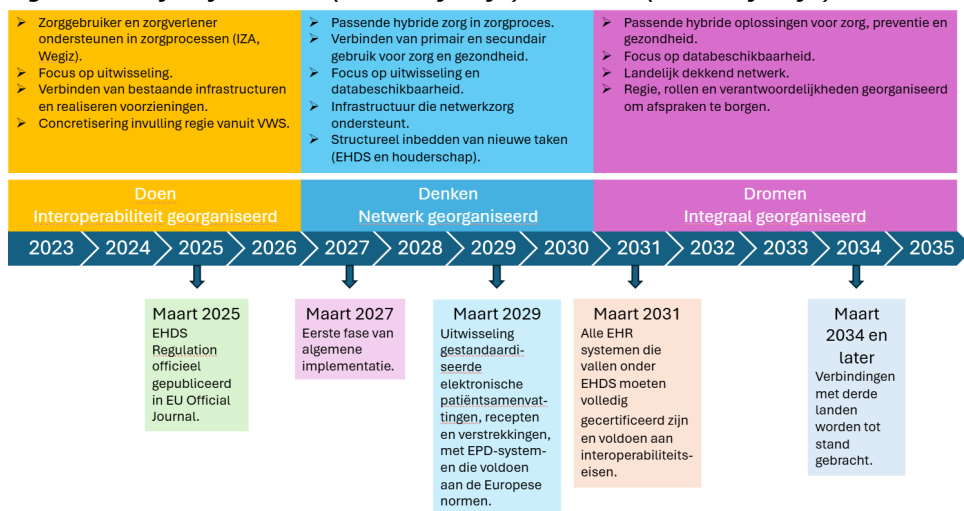
We verkennen hoe nieuwe tijdslijnen kunnen helpen om realistische stappen te definiëren, hoe expliciete doelen helderheid en samenhang creëren, en hoe het dichten van bestaande gaten in processen, rollen en middelen voorkomt dat doelen niet worden gehaald. Daarnaast bespreken we hoe we het draagvlak voor deze verandering kunnen vergroten en hoe een sterkere inbedding in de organisaties zorgt voor continuïteit en eigenaarschap. Tot slot gaan we in op het bredere ecosysteem van databeschikbaarheid dat noodzakelijk is om duurzaam, efficiënt en toekomstgericht te kunnen werken.

6.1 Nieuwe tijdshorizon

Afgaande op de stand van zaken rond Eenheid van Taal en de beoogde verwezenlijking ervan voor de NVS en de EHDS is de veranderopgave groot, en zijn de tijdslijnen krapper geworden door tussenkomst van verplichtingen voortvloeiend uit de EHDS (zie ook paragraaf 5.4 Risico's). Het is belangrijk om te benadrukken dat de doelen uit de NVS voor een groot deel overlappen met de doelen van de EHDS (zie figuur 6.1). De tijdslijnen van de EHDS zijn hierbij leidend, omdat Europese wetgeving in dit geval boven nationale wetgeving gaat.

Voor primair gebruik verplicht de EHDS de EU-lidstaten om er uiterlijk in 2029 voor te zorgen dat burgers hun gezondheidsgegevens digitaal kunnen inzien en delen. Ook moeten dan patiëntsamenvattingen en voorschrift en verstrekking van medicatie in ieder geval digitaal beschikbaar te zijn. Uiterlijk maart 2027 stelt de Europese Commissie belangrijke uitvoeringshandeling vast. Daarnaast moeten lidstaten dan de Europese Commissie informeren over de aanwijzing van een *Digital Health Authority* en een *Health Data Access Body* in hun land. De Nederlandse wetten en besluiten moeten dienend zijn aan de EHDS. Dit betekent dat bestaande nationale tijdslijnen, zoals vastgelegd in de NVS, moeten worden herzien en zo nodig verschoven, zodat zij synchroon lopen met de implementatiefasen van de EHDS.

Figuur 6.1 Tijdslijnen NVS (boven tijdslijn) en EHDS (onder tijdslijn)



6.2 Helderheid verschaffen

Het is voor veldpartijen nodig dat er op het gebied van Eenheid van Taal door het ministerie van VWS meer helderheid wordt verschaft over de verhouding tussen nationale verplichtingen, zoals uit de Wegiz, en de Europese verplichtingen uit de EHDS. Deze verplichtingen lopen niet synchroon. Er is meer helderheid nodig over de specifieke doelen voor sectoren en betrokkenen, de tijdslijnen waarbinnen deze gerealiseerd dienen te worden, en de wijze waarop sectorale samenhang en verschillen zich daartoe verhouden, zoals ook in bovenstaande paragraaf aangehaald is.

Vooralsnog is er vanuit het veld alleen behoefte om UCUM als extra terminologiestelsel toe te voegen aan de grondplaat. Daarnaast wordt verwacht dat de bestaande terminologieën verder worden uitgebreid en verbeterd met relevante concepten uit andere systemen, (zoals NIC, NOC, NANDA, Omaha systeem en DSM-5-TR), en met termen uit de welzijnsgerichte, preventieve en sociale domeinen. Hierdoor sluit de grondplaat beter aan op de behoeften van verschillende stakeholders. Door deze beperkte aanpassingen blijft de huidige grondplaat de basis vormen voor de verdere ontwikkeling en implementatie. Heldere aanwijzingen over de toepassing en implementatie van de onderdelen van de grondplaat (in het bijzonder SNOMED) zijn nodig voor de zes aangewezen sectoren, zodat zij doelgericht kunnen verder werken en de tijdslijnen kunnen halen.

Bij het vastleggen en uitwisselen van gezondheidsgegevens in Nederland wordt in beginsel gekozen voor internationale standaarden boven nationale standaarden. Dit uitgangspunt kan nog helderder in regelgeving en afspraken worden vastgelegd, en moet mogelijk strenger worden toegepast. Dit bevordert interoperabiliteit, sluit aan bij Europese ontwikkelingen en voorkomt dat nationale oplossingen onnodige belemmeringen vormen voor grensoverschrijdende gegevensuitwisseling. Hanteer internationale standaarden als uitgangspunt en kies alleen voor nationale uitwerkingen of aanvullende standaarden wanneer blijkt dat internationale standaarden onvoldoende aansluiten op de Nederlandse zorgpraktijk ('pas toe of leg uit'). Zorg er

in die gevallen voor dat nationale keuzes zoveel mogelijk in lijn blijven met internationale ontwikkelingen en draag actief bij aan verdere internationale standaardisatie. Breng daarnaast de verschillende ontwikkellijnen van informatiemodellering samen, zodat informatiemodellen sectoroverstijgend op een uniforme, consistente en herbruikbare manier kunnen worden toegepast.

Softwareleveranciers hebben baat bij meer duidelijkheid over het al dan niet verplicht toepassen van (semantische) standaarden binnen het Nederlandse zorginformatielandschap. In de huidige situatie geven leveranciers aan dat zowel het ontbreken van duidelijke regelgeving als het sterk gefragmenteerde veld van informatiestandaarden en implementaties het voor hen risicovol maakt om substantieel te investeren in de structurele ondersteuning van semantische standaarden in hun producten. Hierdoor blijven noodzakelijke investeringen in functionaliteit voor gestandaardiseerde registratie en uitwisseling van gegevens soms uit. Heldere landelijke kaders en een voorspelbaar implementatiepad, bijvoorbeeld aan de hand van een uitvoeringsagenda waarin het gebruik van standaarden expliciet wordt voorgeschreven en sectoroverstijgend wordt toegepast, bieden leveranciers meer zekerheid. Dit stimuleert investeringen in interoperabele oplossingen en draagt bij aan een versnelling van de implementatie van Eenheid van Taal in de praktijk.

Op basis van de EHDS is al in grote lijnen duidelijk welke gezondheidsgegevens uiterlijk maart 2029 digitaal uitwisselbaar moeten zijn binnen de Europese Unie. Het gaat daarbij in ieder geval om een eerste set zogenoemde prioritaire categorieën van elektronische gezondheidsgegevens, waaronder patiëntsamenvattingen, elektronische recepten en verstrekkingen. Deze gegevens moeten binnen en tussen lidstaten digitaal beschikbaar kunnen worden gesteld volgens Europese interoperabiliteitsafspraken, waarbij gebruikgemaakt wordt van gemeenschappelijke technische en semantische standaarden. Tegelijkertijd is voor geen enkele gegevenscategorie volledig uitgewerkt welke specifieke implementatiestandaarden verplicht zullen worden toegepast. De Europese Commissie stelt hiervoor nadere technische uitvoeringshandelingen vast, waarin onder meer de exacte datasets, terminologiestandaarden en uitwisselingsspecificaties worden bepaald. Deze nadere uitwerking wordt op korte termijn gepubliceerd, zodat lidstaten en leveranciers tijdig duidelijkheid krijgen over de precieze eisen voor de implementatie, voordat de verplichtingen rond 2029 ingaan.

Nederland kan zich nu al voorbereiden op de verplichtingen die voortvloeien uit de EHDS door systematisch te analyseren hoe de Europese gegevenssets zich verhouden tot bestaande Nederlandse informatiestandaarden, met speciale aandacht voor de voorgeschreven semantische standaarden. Voor de patiëntsamenvatting betekent dit dat moet worden onderzocht welke gegevens vanuit de Europese Unie worden vereist en hoe deze zich verhouden tot de verschillende toepassingen van de BgZ die in Nederland worden gebruikt. Daarnaast moet worden onderzocht of voor de verschillende gegevenselementen uit de Patiëntsamenvatting, te weten medicatiesamenvatting, diagnose, verrichtingen, allergieën, en medische hulpmiddelen, één van de grondplaat-terminologiestelsels kan worden gebruikt. Door

overeenkomsten en verschillen tijdig in kaart te brengen, kan worden bepaald waar aanpassingen of harmonisatie nodig zijn. Eenzelfde analyse is nodig voor de Europese uitwisseling van elektronische recepten en verstrekkingen, waarbij de vereisten voor *ePrescription* en *eDispensation* worden vergeleken met de informatiestandaarden en gegevensmodellen die in Nederland binnen het medicatiedomein worden toegepast, onder andere in het Programma Medicatieproces. Door deze analyses tijdig uit te voeren, kan Nederland gericht toewerken naar aansluiting op de Europese afspraken en wordt voorkomen dat noodzakelijke aanpassingen pas vlak voor de implementatiedeadline moeten plaatsvinden.

Hetzelfde geldt ook voor de gegevenselementen uit de tweede groep prioritaire categorieën van elektronische gezondheidsgegevens, te weten medische beelden en beeldverslagen, laboratoriumresultaten en ontslagbrieven, die vanaf maart 2031 verplicht digitaal moeten worden uitgewisseld.

6.3 Gaten dichten

De analyse in de voorgaande hoofdstukken 3, 4, en 5 laat zien dat de afgelopen jaren belangrijke stappen zijn gezet in de ontwikkeling en toepassing van semantische standaarden voor gegevensuitwisseling in de zorg. Tegelijkertijd bestaan er nog lacunes die de realisatie van volledige semantische interoperabiliteit belemmeren. Het dichten van deze lacunes is noodzakelijk om de beoogde Eenheid van Taal in gezondheid en zorg te realiseren en om gegevensuitwisseling op nationaal en Europees niveau duurzaam te ondersteunen.

Op termijn moeten de onderdelen van de grondplaat *alle* vormen van zorg die gezondheids- en zorgprofessionals bieden, kunnen ondersteunen. In de eerste fase ligt de focus op de zes aangewezen sectoren. De implementatie binnen de preventieve sector en het sociaal domein volgt daarna, zodat ook deze domeinen uiteindelijk op een samenhangende en gestandaardiseerde wijze kunnen aansluiten. Uit de analyse komen drie samenhangende typen lacunes naar voren: *governance*, dekking en capaciteit.

Governance

De ontwikkeling, het beheer en de toepassing van semantische standaarden vereisen duidelijke afspraken over rollen, verantwoordelijkheden en besluitvorming. Hoewel er initiatieven zijn om publiek houderschap van standaarden te versterken, is de regie op de samenhang tussen verschillende standaarden en initiatieven nog niet overal eenduidig belegd. Dit kan leiden tot overlap, versnippering of onduidelijkheid over welke standaarden leidend zijn.

Daarnaast bestaat er een kloof tussen beleidsambities en de toepassing van standaarden in de praktijk. In beleid en strategie wordt het belang van gestandaardiseerde terminologieën en informatiemodellen breed onderschreven, maar de implementatie verloopt nog ongelijkmatig tussen sectoren en organisaties. Versterking van *governance* – inclusief duidelijke regie, transparante besluitvorming, monitoring en structureel beheer van standaarden – kan bijdragen aan een samenhangend en duurzaam stelsel van semantische afspraken.

Dekking

Een andere lacune is de inhoudelijke dekking en harmonisatie van terminologieën en informatiemodellen. Hoewel verschillende terminologiestelsels en informatiemodellen beschikbaar zijn, is de aansluiting tussen deze instrumenten niet altijd volledig of consistent. In sommige domeinen ontbreken nog adequate terminologieconcepten of *mappings* of *mergings* tussen stelsels, terwijl in andere gevallen verschillende interpretaties van begrippen of gegevensstructuren voorkomen.

In meerdere sectoren wordt ervaren dat de grondplaat-terminologiestelsels, zoals SNOMED en IDMP, nog niet alle termen bevat die nodig zijn voor een volledige en betekenisvolle registratie. Het stelsel biedt echter de mogelijkheid om deze hiaten te dichten door nieuwe concepten toe te voegen aan de internationale versie, waarmee meteen een oplossing wordt geboden voor grensoverschrijdende gegevensuitwisseling. Een gecoördineerde, sectorbrede aanpak kan ervoor zorgen dat grondplaat-terminologiestelsels structureel beter aansluiten op de praktijk en daarmee de kwaliteit van vastleggen en beschikbaar stellen wordt versterkt.

Ook de toepassing van UCUM vraagt aandacht. Hoewel deze systematiek niet was opgenomen in de oorspronkelijke Visie Eenheid van Taal (2018), is zij inmiddels geïntegreerd in onder meer de Nederlandse Labcodeset en Europese specificaties. Omdat UCUM een systematiek is en geen vaste lijst kunnen fouten, zoals typefouten of onjuiste hoofdletters, optreden. Correcte toepassing en validatie zijn daarom belangrijk. Een bredere en meer structurele inzet in informatiesystemen is wenselijk, ook vanwege het belang voor standaarden, zoals FHIR en zibs, en voor (internationaal) onderzoek en gegevensuitwisseling.

Capaciteit

Tot slot vormt capaciteit een belangrijke randvoorwaarde voor het realiseren van semantische interoperabiliteit. Het ontwikkelen, implementeren en beheren van semantische standaarden vraagt specifieke expertise op het gebied van terminologiebeheer, informatiemodellering en gegevensstandaardisatie. Niet alle organisaties beschikken momenteel over voldoende kennis, middelen of capaciteit op deze gebieden. Verder moeten zorgverleners voldoende capaciteit hebben voor training en ruimte krijgen om te leren hoe zij nieuwe werkwijzen moeten toepassen. Bij het gebruik van bestaande SNOMED-data door bijvoorbeeld datascientists en onderzoekers ontbreekt het aan kennis en de juiste hulpmiddelen. Dat is een kans op meerwaarde die nu grotendeels onbenut blijft.

Daarnaast zijn praktische implementatie-instrumenten, zoals richtlijnen, validatievoorzieningen en referentie-implementaties, nog niet overal beschikbaar of breed toegepast. Dit kan het voor zorgorganisaties en leveranciers lastig maken om standaarden op een consistente manier te implementeren.

Het versterken van kennis, samenwerking en implementatie-ondersteuning kan bijdragen aan een bredere en meer uniforme toepassing van semantische standaarden. Daarmee worden belangrijke

voorwaarden gecreëerd voor verdere ontwikkeling van semantische interoperabiliteit in de Nederlandse zorg.

6.4 Draagvlak uitbreiden

Uit de knelpunten blijkt dat er op bestuurlijk niveau inmiddels sprake is van groeiend draagvlak voor Eenheid van Taal, maar dat dit bij individuele zorgprofessionals en bij softwareleveranciers nog aanzienlijk versterkt moet worden.

Om draagvlak te vergroten is het belangrijk dat gebruikers meer invloed kunnen uitoefenen op de ontwikkeling en implementatie. Het betrekken van zorgprofessionals en leveranciers in praktische pilots kan daarbij helpen: door actief mee te werken, ervaren zij niet alleen de meerwaarde, maar kunnen zij ook bijdragen aan oplossingen, bijvoorbeeld daar waar het gaat om gebruiksgemak. Daarnaast werkt het motiverend wanneer zij kunnen zien hoe collega-professionals in pilots laten zien hoe de nieuwe werkwijze in de praktijk functioneert. Een verre stip op de horizon kan voor veel betrokkenen te abstract of te ver weg voelen. Draagvlak wordt daarom versterkt wanneer leidende partijen zorgen voor een duidelijke focus, met kleinere en concreet herkenbare stappen die vooruitgang laten zien.

Het is echter belangrijk te onderkennen dat een *one-size-fits-all*-benadering in de zorg niet altijd werkt. Door per sector afspraken te maken die recht doen aan de specifieke context, cultuur en werkprocessen, maar wel binnen gedeelde kernwaarden en uitgangspunten, kan het draagvlak aanzienlijk worden vergroot. De huidige grondplaat is toereikend om medische en zorginhoudelijke aspecten eenduidig te definiëren en te categoriseren, maar schiet tekort voor bredere, niet-medische factoren, zoals persoonlijke zorg, sociaaleconomische omstandigheden, leefomgeving en maatschappelijke participatie, terwijl juist deze factoren een grote invloed hebben op gezondheid. Voor deze domeinen is een aanvullende uitwerking van begrippen nodig om de lading te dekken en integrale duiding mogelijk te maken. Dit vraagt ook om domein- en sectoroverstijgende samenwerking, waarbij langdurige zorg, curatieve zorg, publieke gezondheid en infectieziektenbestrijding elkaar weten te vinden.

Het blijven gebruiken van eigen, sectorspecifieke, Nederlandse semantische standaarden door middel van *mappings* of *mergings* naar één van de internationale grondplaat-terminologiestelsels zou een manier kunnen zijn om het draagvlak uit te breiden, en om partijen in ieder geval in beweging te brengen. Tot op heden is dit een werkwijze die sterk afgeraden wordt, omdat het nadelen met zich meebrengt in termen van benodigd extra beheer van de *mappings* en het mogelijke verlies van informatie wanneer concepten niet exact gemapt kunnen worden. Bovendien maken internationale ontwikkelingen en regelgeving het waarschijnlijk dat Nederlandse partijen op termijn alsnog volledig moeten overstappen op uniforme, gestandaardiseerde codestelsels.

In situaties waarin organisaties ervoor kiezen hun eigen, sectorspecifieke of Nederlandse semantische standaarden te blijven gebruiken, blijft het mogelijk deze te hanteren *binnen de eigen organisatiecontext*. In dat geval is het echter noodzakelijk dat *merging*

van deze standaarden aan een van de grondplaat-terminologiestelsels plaatsvindt. Daarmee wordt in ieder geval bewerkstelligd dat er betekenisvol wordt uitgewisseld in één van de grondplaat-terminologiestelsels. Met andere woorden: een eigen, sectorale standaard gebruiken mag binnen de context van je eigen organisatie, zo lang de gegevens die je uitwisselt met andere partijen, zowel nationaal als internationaal, maar het format hebben van één van de grondplaat-terminologiestelsels.

Tegelijkertijd geldt daarbij wél dat deze organisaties dan zelf verantwoordelijk zijn om naleving van geldende wet- en regelgeving te waarborgen en de benodigde, adequate *mappings* te onderhouden. Dit brengt zowel organisatorische als financiële consequenties met zich mee. Naarmate internationale regelgeving en Europese kaders, zoals binnen het Europese datalandschap, verder worden uitgewerkt, zal het gebruik van internationaal gestandaardiseerde terminologieën en informatiemodellen steeds meer voordelen bieden op het gebied van interoperabiliteit, efficiëntie en compliance.

6.5 Goede inbedding realiseren

Voor een succesvolle implementatie van Eenheid van Taal (zie 5.6.1) is een stevige en duurzame organisatorische inbedding noodzakelijk. Dit vraagt om helder dossiereigenaarschap en opdrachtgeverschap, inclusief een duidelijke visie en strategie voor de komende jaren. Gezien de korte tijdslijnen waarbinnen resultaten worden verwacht, is tijdige besluitvorming en een realistische fasering van activiteiten essentieel om zorgvuldige implementatie en brede adoptie mogelijk te maken. Even belangrijk is dat er een robuuste technische basis wordt geborgd, met goed beheer van terminologieën, doorontwikkeling van voorzieningen en ondersteuning bij planning en implementatie, bijvoorbeeld via een centrale loketfunctie.

Het veld heeft de afgelopen jaren laten zien dat het zonder voldoende ondersteuning, structuur en duidelijke regie onvoldoende in staat is om deze gezamenlijke verantwoordelijkheid structureel te organiseren. Eenheid van Taal vraagt daarom om zorgvuldig *rentmeesterschap*, met sterke regie en vooruitziend vermogen in de aanloop naar de EHDS-implementatie. Hoewel de precieze vorm nog moet worden bepaald, ligt het voor de hand dat een organisatie met mandaat, juridische ondersteuning en sectoraal gezag deze rol op zich neemt, met het ministerie van VWS als systeemverantwoordelijke de regie houdt. Heldere afspraken op nationaal of desnoods sectoraal niveau over rollen in het standaardenlandschap (zoals eigenaar, houder, opdrachtgever), actualisatie en release, en versiebeheer van semantische standaarden zouden onder deze organisatie geborgd kunnen worden.

Om versnippering te voorkomen, is het essentieel om beheerafspraken vroegtijdig en duidelijk te verankeren in samenwerkingsafspraken. Domeinoverstijgende afstemming is hierbij cruciaal. Zonder een georganiseerde structuur voor samenwerking en besluitvorming bestaat het risico dat referentiesets uiteenlopen, voor wat betreft gebruikte methodologie/scope, en gegevensuitwisseling tussen sectoren stagneert. Dit zou haaks staan op het doel van interoperabiliteit. Het koppelen van

referentiesetontwikkeling aan registratieadvies en kwaliteitsindicatoren kan helpen om consistentie, kwaliteit en toepasbaarheid sectorbreed te borgen.

Het beleidsthema Publiek Houderschap, zoals belegd bij het ministerie van VWS, adresseert al een aantal van bovenstaande punten. Het ministerie werkt hierin samen met veldpartijen aan een stelsel van standaarden en ondersteunt hiermee de formalisering van sectoroverstijgende afspraken, rollen, taken en verantwoordelijkheden volgens landelijke normen (zoals NEN7522), de landelijke implementatie van semantische standaarden uit de grondplaat en technische standaarden. Het organiseren van de totstandkoming van een gezamenlijke, sectoroverstijgende uitvoeringsagenda Eenheid van Taal zou een onderwerp kunnen zijn dat ook past binnen dit beleidsthema. Voor veel sectoren liggen er nog grote opgaven rondom de implementatie van LOINC, SNOMED, IDMP, FHIR en informatiemodellen. Als partijen hierin samen kunnen optrekken, is dat efficiënt en bevordert dat de uniformiteit van implementatie.

Tot slot vraagt een goede inbedding ook om structurele financiering voor zowel implementatie als beheer. Sectorplannen benadrukken de noodzaak van investeringen in vakmanschap, digitale vaardigheden, het optimaal gebruiken van elektronische dossiers en het verbeteren van de *user interface*. Ook het op orde brengen en houden van de datahuishouding vereist substantiële middelen, tijd en aandacht. Dit moet verder onderzocht worden.

6.6 Naar een ecosysteem van databeschikbaarheid

Om de kwaliteit en uitwisselbaarheid van gegevens te verbeteren, is het noodzakelijk toe te werken naar een gedeeld ecosysteem rond de patiënt waarin iedere sector registreert op een wijze die past bij de eigen praktijk én die veilige, betekenisvolle gegevensuitwisseling ondersteunt. Dit ecosysteem gaat uit van gebruik van data tijdens de hele levensloop van een patiënt. In zo'n ecosysteem kunnen gegevens tussen sectoren stromen zonder verlies van kwaliteit of betekenis. Dit vraagt een verandering in denken: data zijn niet alleen van waarde voor de zorgverlener die deze primair vastlegt, maar ook voor andere zorgverleners in het vervolg van het zorgproces, patiënten en hun mantelzorgers, én voor secundaire gebruikers, zoals onderzoek en beleid.

Op termijn wordt dit ecosysteem vergroot tot een structuur die over landsgrenzen heen reikt en veilige en betekenisvolle gegevensuitwisseling binnen de gehele Europese Unie mogelijk maakt. Dit sluit aan bij het principe van '*free movement of data and information between Member States*', zoals beoogd in de Europese datastrategie (Europese Commissie, 2020). Hiervoor is het essentieel dat data worden gezien als een waardevolle hulpbron die lidstaten op een verantwoorde manier met elkaar kunnen delen en benutten. Een Europees interoperabel ecosysteem versterkt hiermee niet alleen de continuïteit van zorg over grenzen heen, maar ook de mogelijkheden voor onderzoek, innovatie en beleidsvorming op EU-niveau.

Voor duurzaam gebruik van de grondplaat-terminologiestelsels – en daarmee het bevorderen van Eenheid van Taal in Nederland – is een stabiele, goed toegeruste beheeromgeving nodig met bijbehorende beheertools (zoals een nationale terminologieserver), en een omgeving waarin continu gewerkt kan worden aan dienstverlening voor en met veldpartijen (bijvoorbeeld aan domein-specifieke referentiesets) en waarin *alle* semantische standaarden op nationaal niveau kunnen worden beheerd en geactualiseerd.

Bij duurzaam gebruik van de grondplaat-terminologiestelsels en het toewerken naar een ecosysteem van databeschikbaarheid hoort ook het op elkaar afstemmen en in lijn brengen van de verschillende informatiemodelleringsinitiatieven, zoals Zibs, openEHR, KIK-V en het Gemeentelijk Gegevensmodel. Om niveau 3 van de NVS te bereiken – waarbij binnen de gehele gezondheid en zorgsector gegevens interoperabel moeten kunnen worden uitgewisseld – moeten de verschillende informatiemodellen nauwer op elkaar gaan aansluiten. Daarbij is het van belang dat deze modellen niet alleen aansluiten op nationale behoeften, aansluitend op de uitgangspunten van registratie aan de bron, maar ook geschikt zijn voor grensoverschrijdende gegevensuitwisseling binnen het Europese gezondheidsinformatielandschap, zoals voorgesteld in de Europese *Joint Action XT-EHR*.

Voor een duurzame ontwikkeling van Eenheid van Taal in gezondheid en zorg is Nederland ook afhankelijk van internationale ontwikkelingen waarop slechts beperkt directe invloed kan worden uitgeoefend. Een belangrijk voorbeeld hiervan is de relatie tussen SNOMED International en de WHO en de verdere inhoudelijke en technische verbinding tussen SNOMED en ICD-11. Een duurzame samenwerking tussen deze organisaties en een robuuste koppeling tussen terminologiestelsels en classificatiestelsels is essentieel om klinische registratie, statistiek en internationale vergelijkbaarheid blijvend met elkaar te verbinden, op een manier zoals dat nu ook gebeurt via de verbinding tussen SNOMED en ICD-10. Het belang van deze verbinding geldt ook voor SNOMED en LOINC en SNOMED en NANDA-1. Hoewel Nederland hier slechts beperkt directe invloed op heeft, kan Nederland als lidstaat wel actief bijdragen aan de richting en versnelling van ontwikkelingen. Door actief deel te nemen aan internationale gremia, samenwerking met andere landen te zoeken en nationale implementaties zo in te richten dat zij aansluiten bij internationale ontwikkelingen, kan Nederland bijdragen aan deze ontwikkeling en tegelijkertijd de afhankelijkheid van externe besluitvorming zoveel mogelijk beheersbaar houden.

7 Handelingsperspectieven

De analyse in de voorgaande hoofdstukken laat zien dat er de afgelopen jaren belangrijke stappen zijn gezet in de ontwikkeling en de toepassing van semantische standaarden in de Nederlandse zorg. Tegelijkertijd blijkt dat verdere voortgang richting een duurzaam en breed gedragen stelsel van Eenheid van Taal niet vanzelf tot stand komt. De veranderingopgaven die in hoofdstuk 6 zijn geïdentificeerd – het werken met een nieuwe tijdshorizon, het verschaffen van helderheid, het dichten van gaten, het uitbreiden van draagvlak, het realiseren van een goede inbedding en de gestage ontwikkeling van een ecosysteem van databeschikbaarheid – vormen daarom het uitgangspunt voor de handelingsopties in dit hoofdstuk.

7.1 Doelstelling en prioriteiten

In tabel 7.1 hieronder zijn de veranderingopgaven uit hoofdstuk 6 gekoppeld aan mogelijke handelingsopties. Ook wordt aangegeven welke knelpunten of belemmeringen uit hoofdstuk 6 worden geadresseerd. De handelingsopties in dit hoofdstuk beogen gezamenlijk de voorwaarden te creëren voor een duurzaam en samenhangend stelsel van Eenheid van Taal, onder regie van het ministerie van VWS als systeemverantwoordelijke. Met dit stelsel kunnen gezondheidsgegevens eenduidig worden vastgelegd, uitgewisseld en hergebruikt binnen het Nederlandse gezondheidsinformatiestelsel en in de Europese context.

De handelingsopties zijn geordend naar tijdshorizon en geven richting aan de verdere ontwikkeling van Eenheid van Taal in Nederland. Daarbij geldt dat acties op korte termijn vooral gericht zijn op het creëren van randvoorwaarden en duidelijkheid – onder andere om te voldoen aan Europese verplichtingen – terwijl acties op middellange en lange termijn gericht zijn op opschaling, structurele inbedding en de realisatie van een breder ecosysteem van databeschikbaarheid. De gekozen tijdshorizon weerspiegelt daarmee de complexiteit en de doorlooptijd van deze acties, en niet het moment waarop ermee kan of moet worden gestart.

Tabel 7.1 Handelingsopties Eenheid van Taal naar tijdshorizon 2026 - 2035+

Veranderopgave <i>Nieuwe tijdshorizon</i>	Korte termijn (tot 2029)	Middellange termijn (2029–2035)	Lange termijn (na 2035)
	1a. Ontwikkel op korte termijn een nationale uitvoeringsagenda Eenheid van Taal (2026–2035) waarin nationale prioriteiten worden afgestemd op de tijdslijnen van de EHDS en de NVS. (adresseert knelpunt: onzekerheid over toekomstige richting en Europese ontwikkelingen)	1b. Actualiseer de uitvoeringsagenda periodiek op basis van Europese interoperabiliteitsspecificaties en nieuwe internationale standaarden, zodat nationale implementatiepaden blijven aansluiten bij Europese ontwikkelingen. (adresseert knelpunt: risico op afwijking van internationale ontwikkelingen)	1c. Borg structurele internationale afstemming van nationale semantische standaarden met Europese en mondiale ontwikkelingen, zodat Nederlandse datasets blijvend interoperabel zijn met internationale gezondheidsdata-infrastructuren.
<i>Helderheid verschaffen</i>	2a. Voer vóór 2027 een landelijke analyse uit van de aansluiting tussen EHDS-gegevenscategorieën en bestaande Nederlandse informatiestandaarden (zoals BgZ) en stel een harmonisatieplan op met prioriteiten voor aanpassing of ontwikkeling. (adresseert knelpunt: gebrek aan samenhang tussen standaarden)	2b. Ontwikkel nationale richtlijnen voor consistente toepassing van terminologiestelsels, informatiemodellen en informatiestandaarden binnen en tussen zorgsectoren. (adresseert knelpunt: variatie in toepassing van standaarden)	2c. Zorg voor een stabiel en transparant stelsel van semantische standaarden waarin nationale en internationale standaarden duidelijk op elkaar aansluiten en periodiek worden geactualiseerd.
<i>Gaten dichten</i>	3a. Richt uiterlijk in 2028 een nationale <i>governance</i> -structuur voor semantische standaarden in en start een implementatieprogramma dat organisaties ondersteunt met expertise, <i>tooling</i> en implementatierichtlijnen. (adresseert knelpunten: <i>governance</i> -fragmentatie en beperkte implementatiecapaciteit)	3b. Identificeer vóór 2030 lacunes in terminologische dekking en ontwikkel gerichte uitbreidingen, <i>mappings</i> en referentiesets voor prioritaire zorgdomeinen. (adresseert knelpunt: beperkte dekking van terminologiestelsels)	3c. Zorg voor een duurzaam systeem voor beheer en doorontwikkeling van terminologiestelsels en informatiemodellen, inclusief structurele financiering en internationale samenwerking.

Veranderopgave	Korte termijn (tot 2029)	Middellange termijn (2029–2035)	Lange termijn (na 2035)
<i>Draagvlak uitbreiden</i>	4a. Betrek zorgprofessionals en leveranciers actief bij de ontwikkeling en implementatie van semantische standaarden via communities, pilots en sectorale implementatieprogramma's. (adresseert knelpunt: beperkte betrokkenheid van eindgebruikers)	4b. Faciliteer sectoroverstijgende implementatiecoalities waarin zorgorganisaties, leveranciers en standaardisatieorganisaties gezamenlijk werken aan opschaling van semantische interoperabiliteit, door databeschikbaarheid als speerpunt te benoemen. (adresseert knelpunt: verschillen tussen sectoren)	4c. Veranker kennis over semantische interoperabiliteit in opleidingen, professionele richtlijnen en kwaliteitsstandaarden zodat toepassing van standaarden onderdeel wordt van reguliere zorgpraktijk.
<i>Goede inbedding realiseren</i>	5a. Ontwikkel een landelijke monitor voor de toepassing van semantische standaarden en integreer toepassing van standaarden in bestaande beleidsinstrumenten zoals Wegiz-uitwisselingen en informatiestandaarden. (adresseert knelpunten: gebrek aan inzicht in implementatie en vrijblijvende toepassing)	5b. Integreer toepassing van semantische standaarden structureel in wetgeving, certificering van informatiesystemen, vergoeding van zorg en nationale afsprakenstelsels voor gegevensuitwisseling. (adresseert knelpunt: onvoldoende structurele borging)	5c. Zorg dat semantische interoperabiliteit een vast onderdeel vormt van het <i>governance</i> - en financieringsmodel van het gezondheidsinformatiestelsel. Hier kan op korte termijn al een start worden gemaakt met een verkenning van de mogelijkheden.
<i>Ecosysteem van databeschikbaarheid creëren</i>	6a. Stimuleer hergebruik van gestandaardiseerde gegevens binnen bestaande zorgnetwerken en nationale gegevensuitwisselingen. (adresseert knelpunt: beperkte herbruikbaarheid van gegevens)	6b. Ontwikkel infrastructuren en afsprakenstelsels die veilige en semantisch consistente uitwisseling van gegevens tussen zorg, onderzoek en beleid mogelijk maken en sluit daarbij aan bij wat al ontwikkeld wordt in het kader van het Landelijk Dekkend Netwerk. (adresseert knelpunt: fragmentatie van gegevensuitwisseling)	6c. Realiseer een volledig interoperabel ecosysteem van gezondheidsdata waarin semantisch gestandaardiseerde gegevens veilig kunnen worden gebruikt voor zorg, onderzoek, innovatie en beleid.

7.2 Handelingsopties op de korte termijn – 2026-2028

Op de korte termijn dient het veld toe te werken naar de onderdelen die in maart 2029 volgens de EHDS van toepassing zullen worden. Vanaf dat moment treden namelijk de eerste substantiële verplichtingen uit de verordening in werking. Voor het primaire gebruik betekent dit dat alle EU-lidstaten de uitwisseling moeten ondersteunen van de eerste groep prioritaire gezondheidsdatacategorieën, waaronder patiëntsamenvattingen, elektronische recepten en de elektronische verstrekking daarvan. Daarnaast gaan de regels voor secundair gebruik gelden voor het merendeel van de relevante gegevenscategorieën, zoals gegevens uit de elektronische patiëntendossiers.

1a. Ontwikkel op korte termijn een nationale uitvoeringsagenda Eenheid van Taal (2026–2035) waarin nationale prioriteiten worden afgestemd op de tijdslijnen van de EHDS en de NVS. (adresseert knelpunt: onzekerheid over toekomstige richting en Europese ontwikkelingen)

Een dergelijke uitvoeringsagenda beschrijft welke stappen Nederland in de periode tot 2035 zet om te komen tot een samenhangend stelsel van semantische standaarden. De uitvoeringsagenda moet prioriteiten stellen voor gegevensdomeinen en gegevensuitwisselingen, de relatie beschrijven met bestaande beleidskaders zoals de NVS en de Europese verplichtingen uit de EHDS, en een tijdpad bevatten voor ontwikkeling, harmonisatie en implementatie van standaarden – ook over sectoren heen. De agenda wordt opgesteld in samenwerking met relevante veldpartijen en fungeert als richtinggevend document voor verdere beleids- en implementatieactiviteiten.

2a. Voer op korte termijn een landelijke analyse uit van de aansluiting tussen EHDS-gegevenscategorieën en bestaande Nederlandse informatiestandaarden (zoals BgZ en Medicatieproces) en stel een gedragen harmonisatieplan op met prioriteiten voor aanpassing of ontwikkeling. (adresseert knelpunt: gebrek aan samenhang tussen standaarden)

Om te zorgen dat nationale ontwikkelingen aansluiten bij Europese interoperabiliteitseisen, zou zo snel mogelijk een analyse moeten worden uitgevoerd van de relatie tussen Europese gegevenscategorieën en bestaande Nederlandse informatiestandaarden met betrekking tot de geprioriteerde gegevenscategorieën. Dit zijn patiëntsamenvattingen, elektronische recepten en de elektronische verstrekking hiervan (2029) en de tweede groep prioritaire gegevenscategorieën voor primair gebruik, te weten medische beelden, laboratoriumresultaten en ontslagverslagen. Daarbij kan worden gekeken naar de mate waarin bestaande informatiemodellen, grondplaat-terminologiestelsels en reeds in gebruik zijnde informatiestandaarden aansluiten bij de datasets die in Europees verband worden gedefinieerd. Deze analyses kunnen inzicht geven in eventuele verschillen, overlap of lacunes. Ze kunnen worden gebruikt om prioriteiten te bepalen voor harmonisatie of doorontwikkeling. Door deze

aansluiting vroegtijdig in beeld te brengen kan worden voorkomen dat nationale en Europese ontwikkelingen uiteen gaan lopen.

3a. Richt uiterlijk 2028 een nationale *governance*-structuur in voor semantische standaarden, en start een implementatieprogramma dat organisaties ondersteunt met expertise, *tooling* en implementatierichtlijnen. (adresseert knelpunten: *governance*-fragmentatie en beperkte implementatiecapaciteit)

Een belangrijke randvoorwaarde voor verdere ontwikkeling van semantische interoperabiliteit is het duidelijk beleggen van verantwoordelijkheden voor de ontwikkeling, het beheer en de implementatie van semantische standaarden. Op korte termijn kan daarom worden gewerkt aan een *governance*-structuur waarin rollen en verantwoordelijkheden van betrokken partijen helder worden vastgelegd. Daarbij kan onder meer aandacht worden besteed aan het beheer van terminologiestelsels, de ontwikkeling van informatiemodellen, het onderhoud en beheer van *mappings* tussen standaarden en de ondersteuning van implementatie. Door deze verantwoordelijkheden expliciet te organiseren kan meer continuïteit worden gebracht in de ontwikkeling en het beheer van semantische standaarden.

Hoewel er in Nederland al veel semantische standaarden beschikbaar zijn, blijkt de toepassing daarvan in de praktijk niet altijd vanzelfsprekend. De implementatie vraagt vaak aanzienlijke inspanningen van zorgorganisaties, leveranciers van informatiesystemen en de geneesmiddelenautoriteiten (EMA en CBG). Een nationaal implementatieprogramma kan organisaties ondersteunen bij de toepassing van terminologiestelsels, informatiemodellen en informatiestandaarden. Daarbij kan worden gedacht aan het ontwikkelen van implementatierichtlijnen, het beschikbaar stellen van *tooling* en het organiseren van kennisuitwisseling tussen organisaties. Door implementatie actief te ondersteunen kan worden bevorderd dat standaarden niet alleen worden ontwikkeld, maar ook daadwerkelijk worden toegepast.

4a. Betrek zorgprofessionals en leveranciers actief bij de ontwikkeling en implementatie van semantische standaarden via *communities*, pilots en sectorale implementatieprogramma's. (adresseert knelpunt: beperkte betrokkenheid van eindgebruikers)

Voor een succesvolle toepassing van semantische standaarden is het belangrijk dat deze aansluiten bij de dagelijkse praktijk van zorgprofessionals en bij de technische mogelijkheden van informatiesystemen. Het zichtbaar maken van de toegevoegde waarde van standaardisatie van de vastlegging voor de kwaliteit van zorg, evaluatie, en onderzoek is in het belang van de eigen beroepsgroepen. Dit maakt de beroepsverenigingen (van zowel behandelaren als verpleegkundigen) tot belangrijke stakeholders. Daarom kan op korte termijn worden ingezet op

het versterken van de betrokkenheid van zorgprofessionals, leveranciers en andere gebruikers bij de ontwikkeling en implementatie van standaarden door middel van co-creatie. Dit kan bijvoorbeeld door het organiseren van gebruikersgroepen, *communities* of pilots waarin praktijkervaring wordt ingebracht in de verdere ontwikkeling van standaarden. Door deze betrokkenheid te versterken kan het draagvlak voor de toepassing van semantische standaarden worden vergroot.

5a. Ontwikkel een landelijke monitor voor de toepassing van semantische standaarden en integreer toepassing van standaarden in bestaande beleidsinstrumenten zoals Wegiz-uitwisselingen (én straks EHDS-uitwisselingen) en informatiestandaarden. (adresseert knelpunten: gebrek aan inzicht in implementatie en vrijblijvende toepassing)

Om inzicht te krijgen in de voortgang van semantische interoperabiliteit kan op korte termijn een landelijke monitor worden ontwikkeld. Aan de hand van een dergelijke monitor kan worden gevolgd in welke mate terminologiestelsels, informatiemodellen en informatiestandaarden daadwerkelijk worden toegepast in informatiesystemen en gegevensuitwisselingen. Ook kan de monitor inzicht geven in de ontwikkeling van terminologische dekking en in de mate waarin standaarden worden gebruikt in verschillende zorgsectoren. Deze informatie kan helpen om de voortgang zichtbaar te maken en om tijdig bij te sturen waar nodig. Een alternatieve handelingsoptie zou kunnen zijn om aansluiting te zoeken bij de Wet kwaliteitsregistraties zorg (WKZ); deze wet is echter pas gedurende het schrijven van dit rapport in werking getreden. Het is nog onduidelijk of en in welke mate dit een passende route vormt om de implementatie van semantische standaarden te monitoren.

6a. Stimuleer hergebruik van gestandaardiseerde gegevens binnen bestaande zorgnetwerken en nationale gegevensuitwisselingen. (adresseert knelpunt: beperkte herbruikbaarheid van gegevens)

Op korte termijn kan worden ingezet op het stimuleren van hergebruik van gestandaardiseerde gegevens binnen bestaande zorgnetwerken, kwaliteitsregistraties en nationale gegevensuitwisselingen. Het doel hiervan is het creëren van (nog meer) bottom-up behoefte. Daarbij kan uiterlijk rond 2028 bij nieuwe en bestaande landelijke gegevensuitwisselingen expliciet worden vastgelegd dat gebruik wordt gemaakt van gestandaardiseerde terminologieën, informatiemodellen en gegevensdefinities. Daarnaast kunnen zorgorganisaties en leveranciers worden ondersteund bij het toepassen van deze standaarden in informatiesystemen, bijvoorbeeld via implementatierichtlijnen, referentiesets en voorbeeldimplementaties. Door hergebruik van gestandaardiseerde gegevens in bestaande uitwisselingen actief te stimuleren kan worden bevorderd dat gegevens die eenmaal in de zorg worden vastgelegd ook in andere zorgprocessen, ketens en toepassingen

kunnen worden gebruikt. Dit draagt bij aan het verminderen van dubbele registratie en aan een efficiënter gebruik van zorginformatie.

7.3 **Handelingsopties op de middellange termijn - 2029-2035**

In de periode 2029–2035 verschuift de aandacht naar de verdere verbreding en verdieping van de Europese gegevensuitwisseling. Uiterlijk maart 2031 moeten alle EU-lidstaten in het kader van de EHDS de uitwisseling van de tweede groep prioritaire gegevenscategorieën voor primair gebruik operationeel hebben. Hieronder vallen medische beelden, laboratoriumresultaten en ontslagverslagen. Daarnaast worden de regels voor secundair gebruik uitgebreid naar meer complexe gegevenscategorieën, zoals genomische gegevens. Tegelijkertijd wordt gewerkt aan een betere aansluiting met het sociaal domein, zodat gezondheids- en sociale gegevens waar nodig in samenhang kunnen worden gebruikt. Dit vraagt om afstemming tussen verschillende nationale initiatieven en programma's, zodat deze parallel kunnen ontwikkelen en gezamenlijk kunnen toewerken naar een samenhangend ecosysteem voor gegevensuitwisseling. Richting maart 2035 wordt bovendien de internationale component verder uitgebouwd: Landen die geen lid zijn van de Europese Unie en internationale organisaties kunnen zich dan aansluiten bij HealthData@EU voor secundair gebruik (Artikel 75, lid 5, EHDS).

1b. Actualiseer de uitvoeringsagenda periodiek op basis van Europese interoperabiliteitsspecificaties en nieuwe internationale standaarden, zodat nationale implementatiepaden blijven aansluiten bij Europese ontwikkelingen. (adresseert knelpunt: risico op afwijking van internationale ontwikkelingen)

In de periode na 2029 kan de nationale uitvoeringsagenda voor semantische interoperabiliteit periodiek worden geactualiseerd op basis van nieuwe Europese interoperabiliteitsspecificaties en internationale standaardisatieontwikkelingen. Dit kan bijvoorbeeld plaatsvinden in een twee- of driejaarlijkse actualisatiecyclus, waarin wordt beoordeeld in hoeverre nationale standaarden, informatiemodellen en implementatieafspraken nog aansluiten bij de Europese kaders voor gezondheidsdata-uitwisseling. In deze actualisatie kunnen nieuwe prioriteiten worden vastgesteld, bijvoorbeeld wanneer Europese datasets, terminologieën of interoperabiliteitsrichtlijnen worden uitgebreid of aangepast. Door de uitvoeringsagenda structureel te actualiseren kan worden voorkomen dat nationale implementaties zich ontwikkelen in een richting die onvoldoende aansluit bij internationale standaarden.

2b. Ontwikkel nationale richtlijnen voor consistente toepassing van terminologiestelsels, informatiemodellen en informatiestandaarden binnen en tussen zorgsectoren. (adresseert knelpunt: variatie in toepassing van standaarden)

Om variatie in de toepassing van semantische standaarden te verminderen kan op de middellange termijn worden gewerkt aan nationale richtlijnen voor het consistente gebruik van terminologiestelsels, informatiemodellen en informatiestandaarden. Deze richtlijnen kunnen beschrijven hoe standaarden in verschillende zorgprocessen en sectoren worden toegepast en hoe gegevens op een eenduidige manier worden vastgelegd en uitgewisseld. Daarbij kan bijvoorbeeld worden vastgelegd hoe terminologieën worden gebruikt binnen informatiemodellen, hoe *mappings* tussen verschillende standaarden worden beheerd en hoe leveranciers standaarden implementeren in informatiesystemen. Door dergelijke richtlijnen gezamenlijk met veldpartijen te ontwikkelen en beschikbaar te stellen kan meer uniformiteit ontstaan in de toepassing van semantische standaarden in de praktijk. Deze besluiten moeten worden vastgelegd in afsprakenstelsels waar de betrokken sectoren gezamenlijk mee instemmen, inclusief sancties voor het niet naleven van de afspraken. Nadat hierover overeenstemming is bereikt, kan de verantwoordelijkheid voor het waarborgen van de implementatie worden toegekend aan een onafhankelijke groep die toezicht houdt op de naleving.

3b. Identificeer vóór 2030 lacunes in terminologische dekking en ontwikkel gerichte uitbreidingen, *mappings* en referentiesets voor prioritaire zorgdomeinen. (adresseert knelpunt: beperkte dekking van terminologiestelsels)

Hoewel bestaande terminologiestelsels een brede basis bieden voor het vastleggen van zorginformatie, kunnen in specifieke zorgdomeinen nog lacunes bestaan in de terminologische dekking. Op de middellange termijn kan daarom systematisch worden geïnventariseerd in welke domeinen aanvullende concepten, referentiesets of *mappings* nodig zijn, of welke domeinen nieuw in scope komen, zoals bijvoorbeeld het sociaal domein of de openbare gezondheidszorg (hiermee kan op korte termijn al een start worden gemaakt). Op basis van deze inventarisatie kunnen gerichte uitbreidingen worden ontwikkeld, bijvoorbeeld door nieuwe concepten toe te voegen aan bestaande terminologiestelsels, door referentiesets te ontwikkelen voor specifieke zorgprocessen of door *mappings* te maken tussen nationale en internationale terminologieën. Door deze lacunes gericht aan te pakken kan worden bevorderd dat zorginformatie in verschillende domeinen op een consistente en gestandaardiseerde manier kan worden vastgelegd.

4b. Faciliteer sectoroverstijgende implementatiecoalities waarin zorgorganisaties, leveranciers en standaardisatieorganisaties gezamenlijk werken aan opschaling van semantische interoperabiliteit. (adresseert knelpunt: verschillen tussen sectoren)

Om semantische interoperabiliteit daadwerkelijk op te schalen kan het nuttig zijn om sectoroverstijgende implementatiecoalities te organiseren waarin zorgorganisaties, leveranciers, standaardisatieorganisaties en

andere betrokken partijen samenwerken aan de toepassing van standaarden. Deze coalities kunnen zich richten op concrete implementatievraagstukken, zoals de harmonisatie van gegevensdefinities tussen sectoren of de toepassing van terminologiestelsels in sectoroverstijgende gegevensuitwisselingen. Een voorbeeld hiervan is het Platform IZO voor de langdurige zorg. Door gezamenlijk te werken aan deze vraagstukken kan kennis worden gedeeld en kunnen oplossingen sneller worden opgeschaald. Daarnaast kunnen dergelijke coalities bijdragen aan het versterken van het draagvlak voor semantische interoperabiliteit binnen verschillende zorgsectoren.

5b. Integreer toepassing van semantische standaarden structureel in wetgeving, certificering van informatiesystemen, vergoeding van zorg en nationale afsprakenstelsels voor gegevensuitwisseling. (adresseert knelpunt: onvoldoende structurele borging)

Op de middellange termijn kan worden toegewerkt naar een structurele verankering van semantische standaarden in relevante beleidsinstrumenten en afsprakenstelsels. Dit kan bijvoorbeeld door het opnemen van semantische standaarden in wettelijke kaders voor gegevensuitwisseling, in certificerings- of toetsingskaders voor informatiesystemen (onder andere zelfcertificering in het kader van de EHDS) en in nationale afsprakenstelsels rond gegevensuitwisseling. Door deze standaarden expliciet onderdeel te maken van beleids- en reguleringsinstrumenten kan worden bevorderd dat zij op grotere schaal worden toegepast in informatiesystemen en gegevensuitwisselingen. Tegelijkertijd kan zo meer duidelijkheid worden geboden aan zorgorganisaties en leveranciers over de verwachtingen rond het gebruik van semantische standaarden.

6b. Ontwikkel infrastructuren en afsprakenstelsels die veilige en semantisch consistente uitwisseling van gegevens tussen zorg, onderzoek en beleid mogelijk maken en sluit daarbij aan bij wat al ontwikkeld wordt in het kader van het Landelijk Dekkend Netwerk. (adresseert knelpunt: fragmentatie van gegevensuitwisseling)

Om gegevensuitwisseling tussen zorg, onderzoek en beleid beter te ondersteunen kan op de middellange termijn worden gewerkt aan de ontwikkeling van infrastructuren en afsprakenstelsels die semantisch consistente gegevensuitwisseling mogelijk maken. Dit zou kunnen onder de vlag van het LDN of de nationale richtlijnen (hiervoor beschreven bij 2b). Daarbij kan worden gedacht aan voorzieningen voor terminologiebeheer, het beschikbaar stellen van referentiesets en *mappings*, en afspraken over het gebruik van informatiemodellen en gegevensdefinities in verschillende toepassingen. Dergelijke voorzieningen helpen om verschillen in terminologie en gegevensdefinities tussen sectoren en systemen te overbruggen en daarmee bestaande datasilo's te doorbreken. Door dergelijke infrastructuren en afspraken te ontwikkelen kan worden bevorderd dat gegevens die in verschillende contexten worden gebruikt –

bijvoorbeeld in zorgverlening, onderzoek of beleidsmonitoring – op een consistente manier worden geïnterpreteerd en hergebruikt. Dit draagt bij aan een betere benutting van gezondheidsdata voor verschillende maatschappelijke doelen.

7.4 Handelingsopties op de lange termijn - na 2035

Volgens de NVS is de beschikbaarheid van betrouwbare data een vanzelfsprekendheid in het jaar 2035. Burgers, zorgverleners, wetenschappers en de overheid hebben vertrouwen in elkaar en in het zorgvuldig gebruik van data. Er wordt in vertrouwen met elkaar samengewerkt om op een efficiënte manier passende zorg en ondersteuning te leveren. Er zijn afspraken om dit vertrouwen te borgen.

Doorontwikkeling informatiemodellering strategische prioriteit

De NVS en de EHDS formuleren doelen voor de korte en middellange termijn. Het is lastig om te voorspellen welke technologische, organisatorische of maatschappelijke ontwikkelingen over tien jaar relevant zullen zijn. Wat wél duidelijk is, is dat blijvende aandacht nodig is voor de manier waarop data in sectoren wordt vastgelegd, beheerd en overgedragen. Continu monitoren waar verbeteringen mogelijk zijn, waar ontwikkelijnen samen kunnen komen, en waar standaarden moeten worden aangescherpt of uitgebreid, blijft daarmee een essentiële activiteit voor de lange termijn. Daarbij is het van belang dat voor alle betrokken partijen duidelijk is welke taken, rollen en verantwoordelijkheden zij hebben om deze ontwikkeling daadwerkelijk te realiseren.

Naar een data-economie

In lijn met de Europese datastrategie kan ook in Nederland, in aansluiting op de NVS, op langere termijn worden toegewerkt naar een volwassen data-economie. In deze data-economie kunnen gegevens – waar passend en toegestaan – sectoroverstijgend worden gedeeld en hergebruikt. Een dergelijke ontwikkeling maakt het mogelijk om data als strategische grondstof beter te benutten voor innovatie, beleid, onderzoek en dienstverlening, terwijl tegelijkertijd robuuste waarborgen voor privacy, veiligheid en publieke waarden worden gehandhaafd.

1c. Borg structurele internationale afstemming van nationale semantische standaarden met Europese en mondiale ontwikkelingen, zodat Nederlandse datasets blijvend interoperabel zijn met internationale gezondheidsdata-infrastructuren.

Op de lange termijn kan worden toegewerkt naar een structurele en institutionele afstemming van nationale semantische standaarden met Europese en internationale ontwikkelingen. Dit kan bijvoorbeeld door een permanente nationale functie of organisatie te beleggen die verantwoordelijk is voor het volgen van internationale standaardisatie, het onderhouden van relaties met internationale standaardisatieorganisaties (bijvoorbeeld in het geval van de behoefte aan een verbinding tussen SNOMED en ICD-11) en het coördineren van nationale implementatie.

Daarbij kan periodiek worden beoordeeld in hoeverre nationale informatiemodellen, terminologiestelsels en informatiestandaarden nog aansluiten bij internationale specificaties. Door deze afstemming structureel te organiseren kan worden geborgd dat Nederlandse datasets ook op de lange termijn interoperabel blijven met Europese en mondiale gezondheidsdata-infrastructuren.

2c. Zorg voor een stabiel en transparant stelsel van semantische standaarden waarin nationale en internationale standaarden duidelijk op elkaar aansluiten en periodiek worden geactualiseerd.

Om semantische interoperabiliteit duurzaam te ondersteunen kan op de lange termijn worden gewerkt aan een stabiel en transparant stelsel van semantische standaarden. In dit stelsel is duidelijk vastgelegd welke terminologiestelsels, informatiemodellen en informatiestandaarden in Nederland richtinggevend zijn en hoe deze zich tot elkaar verhouden. Daarnaast kan worden voorzien in duidelijke procedures voor wijzigingsbeheer, versiebeheer en periodieke actualisatie van standaarden (releasebeleid). Door deze processen transparant en publiek te organiseren en breed toegankelijk te maken voor betrokken partijen, kan worden bijgedragen aan een stabiele en voorspelbare ontwikkeling van semantische standaarden in het gezondheidsinformatiestelsel.

3c. Zorg voor een duurzaam systeem voor beheer en doorontwikkeling van terminologiestelsels en informatiemodellen, inclusief structurele financiering en internationale samenwerking.

Op de lange termijn is het van belang dat het beheer en de doorontwikkeling van terminologiestelsels en informatiemodellen duurzaam wordt georganiseerd. Dit betekent dat er structurele afspraken worden gemaakt over financiering, *governance* en samenwerking rond het onderhoud en de verdere ontwikkeling van deze standaarden. Daarbij kan worden gedacht aan langjarige financieringsarrangementen, internationale samenwerking rond terminologieontwikkeling en het inrichten van nationale voorzieningen voor terminologiebeheer en informatiemodellering. Door deze activiteiten structureel te organiseren kan worden voorkomen dat de ontwikkeling van semantische standaarden afhankelijk blijft van tijdelijke programma's of projecten.

4c. Veranker kennis over semantische interoperabiliteit in opleidingen, professionele richtlijnen en kwaliteitsstandaarden zodat toepassing van standaarden onderdeel wordt van reguliere zorgpraktijk.

Voor een duurzame toepassing van semantische standaarden is het belangrijk dat kennis over semantische interoperabiliteit onderdeel wordt van de reguliere professionele praktijk. Op de lange termijn kan daarom worden gewerkt aan het opnemen van kennis over terminologiestelsels, informatiemodellen en gestandaardiseerde gegevensregistratie in relevante

opleidingen voor zorgprofessionals, informatici en beleidsmakers. Daarnaast kan semantische interoperabiliteit worden opgenomen in professionele richtlijnen, kwaliteitsstandaarden en accreditatiekaders. Door deze kennis structureel te verankeren kan worden bevorderd dat het gebruik van semantische standaarden een vanzelfsprekend onderdeel wordt van het dagelijks werk in de zorg. Om dit te verankeren in opleidingen moet er al op korte termijn actie worden ondernomen, aangezien de inhoud van opleidingen al meerdere jaren van tevoren vastligt.

5c. Zorg dat semantische interoperabiliteit een vast onderdeel vormt van het *governance*- en financieringsmodel van het gezondheidsinformatiestelsel.

Om semantische interoperabiliteit op de lange termijn te borgen kan deze worden geïntegreerd in het *governance*- en financieringsmodel van het gezondheidsinformatiestelsel. Dit betekent dat verantwoordelijkheden voor het beheer en de implementatie van semantische standaarden structureel worden belegd en dat hiervoor duurzame financieringsmechanismen worden ingericht. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het opnemen van semantische interoperabiliteit in nationale afsprakenstelsels, *governance*-structuren voor gegevensuitwisseling en structurele financiering van ondersteunende voorzieningen. Door deze verankering kan worden voorkomen dat de ontwikkeling van semantische interoperabiliteit afhankelijk blijft van tijdelijke beleidsprioriteiten.

6c. Realiseer een volledig interoperabel ecosysteem van gezondheidsdata waarin semantisch gestandaardiseerde gegevens veilig kunnen worden gebruikt voor zorg, onderzoek, innovatie en beleid.

Uiteindelijk kan worden toegewerkt naar een situatie waarin semantisch gestandaardiseerde gezondheidsgegevens breed en veilig kunnen worden gebruikt voor verschillende maatschappelijke doelen. In een dergelijk ecosysteem kunnen gegevens die in de zorg worden vastgelegd – met inachtneming van privacy- en veiligheidskaders – ook worden benut voor onderzoek, innovatie, kwaliteitsverbetering en beleidsvorming. Semantische interoperabiliteit vormt daarbij een belangrijke randvoorwaarde, omdat deze ervoor zorgt dat gegevens uit verschillende bronnen eenduidig kunnen worden geïnterpreteerd en gecombineerd. Door de ontwikkeling van standaarden, infrastructuren en *governance* op lange termijn op elkaar af te stemmen kan een duurzaam ecosysteem ontstaan waarin gezondheidsdata optimaal kunnen worden benut.

7.5 Monitoring en evaluatie

Op dit moment is de landelijke stand van zaken rondom de implementatie van Eenheid van Taal slechts beperkt inzichtelijk. De zes sectoren die transitieplannen hebben opgesteld, hebben wel analyses gemaakt, maar deze zijn niet altijd even gedetailleerd en ze zijn inmiddels een jaar oud. Hierdoor ontbreekt een actueel en volledig beeld van de voortgang, terwijl

juist dát noodzakelijk is om gericht te kunnen sturen en tijdig knelpunten te signaleren.

Vinger aan de pols

Om monitoring structureel te verbeteren, is het belangrijk dat er meer kwantitatieve gegevens worden verzameld over de adoptie, toepassing en kwaliteit van registratie van gezondheidsgegevens volgens Eenheid van Taal. Een dergelijke monitoring kan bijvoorbeeld uitgewerkt worden als onderdeel van een uitvoeringsagenda Eenheid van Taal, mits indicatoren voor het gebruik van terminologiestelsels, informatiemodellen en FHIR-compatibiliteit worden toegevoegd. Het is daarnaast belangrijk dat er actiever “een vinger aan de pols” wordt gehouden in hoeverre zorgsystemen daadwerkelijk compliant zijn met de afspraken binnen Eenheid van Taal, zowel technisch (FHIR, Zibs) als semantisch (SNOMED, LOINC, IDMP).

Kwaliteitsindicatoren Eenheid van Taal

Op de langere termijn kan het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren bijdragen aan een consistente en objectieve evaluatie van de voortgang. Daarbij is het essentieel dat de technische randvoorwaarden op orde zijn: een kwalitatief goede registratie volgens Eenheid van Taal is alleen mogelijk wanneer systemen, infrastructuur en datakwaliteit dit daadwerkelijk ondersteunen, zoals de kwalificatie-eis van aantoonbare interoperabiliteit van EPD-producten onder de EHDS. Pas wanneer deze basis staat, kan kwaliteitsmonitoring functioneren als een betrouwbare bron van stuurinformatie voor zowel beleidsmakers als zorgaanbieders.

8 Conclusies

In dit rapport gaven we een overzicht van de stand van zaken op het gebied van Eenheid van Taal. Via deskresearch, focusgroepen, expertinterviews en werksessies hebben we een brede en gedeelde kijk ontwikkeld op de voornaamste knelpunten en risico's, maar ook op de kansen en succesfactoren. Daarbij constateren we dat de originele routekaart op onderdelen nog altijd relevant is en uitvoering behoeft.

8.1 Samenvatting belangrijkste inzichten

Een positief uitgangspunt is dat Eenheid voor Taal breed wordt erkend als een belangrijke randvoorwaarde voor het verbeteren van gegevensuitwisseling binnen de zorg. Tegelijkertijd zijn er belangrijke organisatorische en beleidsmatige knelpunten: het gebrek aan heldere governance, onvoldoende regie en versnipperde financiering. Daarnaast maken verschillen tussen zorgsectoren, op het gebied van processen, werkwijzen en informatiebehoeften, het lastig om tot brede standaardisatie te komen. Ook bestaat er terughoudendheid ten aanzien van de toepassing van standaarden en twijfel over de mate waarin interoperabiliteit daadwerkelijk binnen de gestelde tijdslijnen kan worden gerealiseerd. Tot slot is er geen optimale afstemming tussen de nationale kaders (NVS) en de Europese kaders (EHDS). Dit leidt tot onzekerheid over de richting en samenhang van toekomstige ontwikkelingen.

Op operationeel niveau spelen compatibiliteitsproblemen tussen systemen, het gebruik van legacy-systemen, complexe *mapping*-processen en de trage adoptie van nieuwe standaarden een belangrijke rol. Daarnaast is er behoefte aan meer training, ondersteuning en communicatie. Dit is nodig om zorgprofessionals goed te begeleiden bij de overgang naar gestandaardiseerd gegevensgebruik. Weerstand tegen verandering, ervaren administratieve lasten en een gebrek aan vertrouwen in de kwaliteit van gegevens vormen aanvullende belemmeringen voor implementatie. Tegelijkertijd geldt dat de benodigde investeringen voorafgaan aan de baten. Hoewel verwacht wordt dat de sector als geheel op termijn kosten zal besparen, beschikt een aanzienlijk deel van het veld momenteel niet over de financiële en personele middelen om de benodigde transitie tijdig en effectief te realiseren.

Daartegenover staan ook belangrijke voordelen voor patiënten en zorgverleners. Eenheid van Taal kan bijdragen aan betere en beter afgestemde behandelplannen en completere en meer inzichtelijke patiëntdossiers, met patiëntvriendelijke uitleg. Ook kan het bijdragen aan het sneller herkennen van zeldzame aandoeningen. Eenheid van Taal kan de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de zorg verder verbeteren.

Bij de interpretatie van dit advies moet rekening worden gehouden met enkele beperkingen. Door de breedte en de diversiteit van het zorgveld is

het mogelijk dat sommige perspectieven of zorgdomeinen sterker vertegenwoordigd zijn dan andere. Daarnaast ligt de focus vooral op inhoudelijke, organisatorische en technische aspecten, terwijl het veranderkundige perspectief (hoe de transitie in de praktijk gerealiseerd kan worden) minder uitgebreid is uitgewerkt. Ook is het landschap van standaardisatie, gegevensuitwisseling en Europese regelgeving voortdurend in ontwikkeling.

8.2 Belang voor de toekomst

Het uniform en betrouwbaar vastleggen van gezondheidsgegevens vormt de sleutel tot een toekomstbestendig gezondheidsstelsel. Door primaire gegevens eenduidig te registreren ontstaat een stevige basis voor verantwoord secundair gebruik, zoals onderzoek, monitoring en beleidsvorming. Dit maakt het mogelijk om de zorg doelmatiger te organiseren, trends (zoals detectie van medicatietekorten en bijwerkingen) tijdig te signaleren en beter voorbereid te zijn op toekomstige gezondheidsvraagstukken.

Voor burgers en patiënten biedt eenduidige gegevensuitwisseling tastbare voordelen, zeker in domeinen waar veel verschillende professionals betrokken zijn. Dit versterkt de eigen regie, zonder dat dit ten koste gaat van medische precisie of inhoud.

Het perspectief verschuift van individuele zorgsectoren naar een breed, samenhangend gezondheidsinformatiestelsel. Een stelsel waarin zorg, sociaal domein, publieke gezondheid en burgers met elkaar verbonden zijn. Innovaties, zoals spraakgestuurde registratie gekoppeld aan medische terminologie, laten zien dat de sector al stappen zet en dat schaalbare oplossingen binnen handbereik liggen. Tegelijkertijd is het cruciaal dat sectoren niet afzonderlijk nieuwe systemen ontwikkelen, maar gezamenlijk optrekken en gebruikmaken van elkaars inzichten.

Door te investeren in uniforme, betekenisvolle en betrouwbare data bouwen we aan een toekomst waarin het beleid scherper is, onderzoek sterker staat en de zorg veiliger, mensgerichter en veerkrachtiger kan worden georganiseerd.

8.3 Aanbevelingen voor beleid en praktijk

Dit rapport geeft een overzicht van de stand van zaken met betrekking tot Eenheid van Taal in Nederland, schetst de veranderopgave voor de nabije toekomst, en geeft handelingsperspectieven om Eenheid van Taal in Nederland te bevorderen. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de deskresearch en alle feedback die is opgehaald onder belanghebbenden. In de onderstaande paragrafen worden deze aanbevelingen samengevat en per thema geordend.

Strategische koers en internationale afstemming

Ontwikkel op korte termijn een nationale uitvoeringsagenda Eenheid van Taal (2026–2035) waarin nationale prioriteiten worden afgestemd op de

tijdslijnen van de EHDS en de NVS. Actualiseer deze uitvoeringsagenda vervolgens periodiek, op basis van Europese interoperabiliteitsspecificaties en nieuwe internationale standaarden. Zo blijven nationale implementatiepaden aansluiten bij Europese ontwikkelingen. Borg op de lange termijn een structurele internationale afstemming van nationale semantische standaarden met Europese en mondiale ontwikkelingen, zodat Nederlandse datasets blijvend interoperabel zijn met internationale gezondheidsdata-infrastructuren. Hiermee ontstaat een samenhangende ontwikkellijn waarin Nederland zijn nationale koers verbindt aan Europese verplichtingen en internationale standaardisatie.

Ontwikkeling, harmonisatie en beheer van semantische standaarden

Voer op korte termijn een landelijke analyse uit van de aansluiting tussen EHDS-gegevenscategorieën en bestaande Nederlandse informatiestandaarden en stel een gedragen harmonisatieplan op met prioriteiten voor aanpassing of ontwikkeling. Ontwikkel vervolgens nationale richtlijnen voor een consistente toepassing van terminologiestelsels, informatiemodellen en informatiestandaarden binnen en tussen zorgsectoren. Identificeer lacunes in terminologische dekking, zodat gerichte uitbreidingen, *mappings* en referentiesets kunnen worden ontwikkeld voor prioritaire zorgdomeinen. Werk op de lange termijn toe naar een stabiel en transparant stelsel van semantische standaarden, waarin nationale en internationale standaarden duidelijk op elkaar aansluiten en periodiek worden geactualiseerd. Zorg daarnaast voor een duurzaam systeem voor beheer en doorontwikkeling van terminologiestelsels en informatiemodellen, inclusief structurele financiering, nationale voorzieningen en internationale samenwerking.

Governance, sturing en structurele borging

Richt uiterlijk in 2028 een nationale *governance*-structuur voor semantische standaarden in. Hierin moeten verantwoordelijkheden voor ontwikkeling, beheer, onderhoud en implementatie helder zijn belegd. Bouw deze *governance* op de middellange termijn verder uit, door toepassing van semantische standaarden structureel te integreren in wetgeving, certificering van informatiesystemen, vergoeding van zorg en nationale afsprakenstelsels voor gegevensuitwisseling. Versterk daarbij de naleving door afspraken vast te leggen, toezicht te organiseren en verantwoordelijkheden expliciet toe te kennen. Op de lange termijn dient semantische interoperabiliteit een vast onderdeel te vormen van het *governance*- en financieringsmodel van het gezondheidsinformatiestelsel. Zo wordt de ontwikkeling, het beheer en de implementatie duurzaam ondersteund en blijft het niet afhankelijk van tijdelijke programma's of beleidsprioriteiten.

Implementatie, adoptie en kennisontwikkeling

Start op korte termijn een implementatieprogramma dat organisaties ondersteunt met expertise, tooling, implementatierichtlijnen en kennisuitwisseling om de toepassing van terminologiestelsels, informatiemodellen en informatiestandaarden te bevorderen. Faciliteer op de middellange termijn sectoroverstijgende implementatiecoalities waarin

zorgorganisaties, leveranciers, standaardisatieorganisaties en andere betrokken partijen gezamenlijk werken aan de opschaling van semantische interoperabiliteit en het oplossen van implementatievraagstukken. Veranker op de lange termijn kennis over semantische interoperabiliteit in opleidingen, professionele richtlijnen, kwaliteitsstandaarden en accreditatiekaders, zodat het gebruik van semantische standaarden een vanzelfsprekend onderdeel wordt van de dagelijkse praktijk van zorgprofessionals, informatici en beleidsmakers.

Samenwerking, betrokkenheid en draagvlak

Betrek op korte termijn zorgprofessionals, leveranciers en andere gebruikers actief bij de ontwikkeling en implementatie van semantische standaarden via communities, gebruikersgroepen, pilots en sectorale implementatieprogramma's. Vergroot hiermee het draagvlak voor de toepassing van standaarden en zorg ervoor dat deze aansluiten bij de dagelijkse praktijk van zorgverleners en de technische mogelijkheden van informatiesystemen. Breid deze samenwerking op de middellange termijn uit naar sectoroverstijgende implementatiecoalities waarin partijen gezamenlijk werken aan harmonisatie van gegevensdefinities, toepassing van terminologiestelsels en opschaling van semantische interoperabiliteit. Dit bevordert niet alleen kennisdeling, maar het creëert ook een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de verdere ontwikkeling en toepassing van standaarden.

Databeschikbaarheid: monitoring, gegevensuitwisseling en hergebruik van data

Ontwikkel op korte termijn een landelijke monitor voor de toepassing van semantische standaarden en stimuleer tegelijkertijd het hergebruik van gestandaardiseerde gegevens binnen bestaande zorgnetwerken, kwaliteitsregistraties en nationale gegevensuitwisselingen. Gebruik de monitor om inzicht te verkrijgen in de voortgang van implementatie, de toepassing van standaarden en de ontwikkeling van terminologische dekking. Werk op de middellange termijn aan infrastructuren en afsprakenstelsels die veilige en semantisch consistente uitwisseling van gegevens tussen zorg, onderzoek en beleid mogelijk maken, onder andere door voorzieningen voor terminologiebeheer, referentiesets en *mappings* beschikbaar te stellen. Uiteindelijk kan zo een volledig interoperabel ecosysteem van gezondheidsdata ontstaan waarin semantisch gestandaardiseerde gegevens veilig kunnen worden gebruikt voor zorg, onderzoek, innovatie, kwaliteitsverbetering en beleid. Een systeem waarin gegevens – in lijn met de Europese datastrategie en de NVS – sectoroverstijgend kunnen worden gedeeld en hergebruikt.

8.4 Oproep tot samenwerking en actie

Vanaf maart 2029 zijn de eerste verplichtingen uit de EHDS-verordening van toepassing. Alle EU-lidstaten moeten vanaf dan uitwisseling van de eerste groep prioritaire gezondheidsdatacategorieën ondersteunen: patiëntsamenvattingen, elektronische recepten en de elektronische verstrekking daarvan. Om deze Europese deadline te halen is het tijd om op

nationaal niveau gezamenlijk de schouders te zetten onder de implementatie van Eenheid van Taal, met een duidelijke organisatorische inbedding en een financieel kader voor implementatie en beheer. Daarbij moet de praktische uitvoerbaarheid binnen de zorg- en gezondheidssector en de kwaliteit van zorg centraal blijven staan.

9 Bronnen

Amsterdam UMC. (2022). Afwegingen voor publiek houderschap van een stelsel van informatiestandaarden in de zorg. Amsterdam: Amsterdam UMC. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-648c8b21f6d499c48638611a960e58e6deda9200/pdf>

Amsterdam UMC. (2024). Realisatie uitwisseling en beschikbaarheid van laboratoriumgegevens met Eenheid van Taal. Amsterdam: Amsterdam UMC. <https://www.datavoorgezondheid.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2024/12/19/eindrapport-onderzoek-naar-implementatie-van-loinc-in-nederland/Eindrapport+-+Onderzoek+naar+implementatie+van+LOINC+in+Nederland.pdf>

D&A Medical Group. (2022). Impact assessment eenheid van taal. Waardenburg: D&A Medical Group. https://www.eerstekamer.nl/overig/20221215/impact_assessment_eenheid_van_taal/document

eHealth Platform. (2025). Welcome to the eHealth Platform Standards website. Brussel: FPS Public Health, Food Chain Safety and Environment. <https://www.ehealth.fgov.be/standards/kmehr>

European Commission. (2020). A European strategy for data. Brussels: European Commission. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52020DC0066>

European Commission. (2022). Proposal for a regulation on the European Health Data Space (EHDS). Brussels: European Commission.

European Commission. (2025). European Health Data Space Regulation (EHDS). Brussels: European Commission. https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_en

Europese Unie. (2011). Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg. Publicatieblad van de Europese Unie. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=celex:32011L0024>

Europese Unie. (2025). Verordening (EU) 2025/327 betreffende de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens (EHDS). Publicatieblad van de Europese Unie. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=OJ:L_202500327

Federal Ministry of Health. (2025). Digitalisation in healthcare. Federal Ministry of Health.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/topics/digitalisation/digitalisation-in-healthcare>

Gemeentelijk Gegevensmodel. (2025). Gemeentelijk Gegevensmodel.
<https://www.gemeentelijkgegevensmodel.nl/v2.5.0/>

Gool, C. van & Hengeveld, M. (2023). ICD-10-codes in de DSM-5-TR. Amsterdam: Boom Uitgevers.
<https://platform.boompsychologie.nl/artikel/icd-10-codes-in-de-dsm-5-tr/>

HL7 International. (2023). FHIR Release 5 specification. Ann Arbor, MI: HL7 International.

Keizer, N.F. de, Abu Hanna, A., & Zwetsloot-Schonk, J.H.M. (2000). Understanding terminological systems. I: Terminology and typology. Methods of Information in Medicine, 39, 16-21.
https://pure.uva.nl/ws/files/3425359/21469_105809y.pdf

KIK-V. (2026). Programma KIK-V. Diemen: Zorginstituut Nederland.
<https://www.kik-v.nl/>

Li E, Clarke J, Ashrafian H, Darzi A, Neves AL. The Impact of Electronic Health Record Interoperability on Safety and Quality of Care in High-Income Countries: Systematic Review. J Med Internet Res. 2022 Sep 15;24(9):e38144. doi: 10.2196/38144. PMID: 36107486; PMCID: PMC9523524

Ministerie van Financiën. (2026). Rijksbegroting 2025. Memorie van Toelichting - 3.4 Artikel 4 Zorgbreed beleid. Den Haag: Ministerie van Financiën. <https://www.rijksfinancien.nl/memorie-van-toelichting/2025/OWB/XVI/onderdeel/3169761>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020). Outcomedoelen Informatieberaad. Den Haag: VWS.
<https://www.datavoorgezondheid.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2020/03/15/generieke-outcome-doelen-informatieberaad/Outcomedoelen+Informatieberaad+maart+2020.pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). Implementatie FHIR. Den Haag: VWS. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-72d9d941c7ee7ae2c58c236290e152b22939448d/pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023). Nationale visie en strategie voor het gezondheidsinformatiestelsel. Den Haag: VWS.
<https://open.overheid.nl/documenten/ronl-36667024db962a4962d0815e7cf2d3c9596d7255/pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023). Uitleg over de wet. Den Haag: VWS.
<https://www.datavoorgezondheid.nl/onderwerpen/w/wegiz/uitleg-over-de-wet>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). Agenda databeschikbaarheid in de zorg. Den Haag: VWS.
<https://open.overheid.nl/documenten/35882147-e4c9-4273-b76b-6da40528311f/file>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). Handreiking standaarden en normen in relatie tot de Wegiz. Den Haag: VWS.
<https://www.datavoorgezondheid.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2024/04/25/handreiking-normen-standaarden-wegiz-v1.0-2024/Handreiking+normen+standaarden+Wegiz++V1.2+%282024%29.pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). Nationale visie en strategie voor het gezondheidsinformatiestelsel. Den Haag: VWS.
<https://www.datavoorgezondheid.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2024/12/17/nationale-strategie-voor-het-gezondheidsinformatiestelsel/VWS-Nationale+strategie+16-12-2024.pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). Rapport Implementatiestrategie SNOMED in gebruik bij Nederlandse zorgaanbieders. Den Haag: VWS.
<https://open.overheid.nl/documenten/9bc384bf-7017-497b-8d01-54babead4432/file>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). Eenheid van Taal en techniek. Den Haag: VWS.
<https://www.datavoorgezondheid.nl/onderwerpen/e/eenheid-van-taal-en-techniek>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). Meerjarenagenda Wegiz. Den Haag: VWS.
<https://www.datavoorgezondheid.nl/onderwerpen/w/wegiz/uitleg-over-de-wet/meerjarenagenda-wegiz>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). MeerMed: Samenwerken aan databeschikbaarheid voor goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Den Haag: VWS.
<https://www.datavoorgezondheid.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2025/09/08/meermed---samenwerken-aan-databeschikbaarheid/meermed-samenwerken-aan-databeschikbaarheid.pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). Transitieplan Landelijk Dekkend Netwerk. Den Haag: VWS.

<https://www.datavoorgezondheid.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2025/02/17/6b-ldn-transitieplan-0.9/6b+LDN+transitieplan+0.9.pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025).

Zorgakkoorden.nl. Den Haag: VWS. <https://www.zorgakkoorden.nl/>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2026).

Basisgegevensset Zorg. Den Haag: VWS.

<https://www.datavoorgezondheid.nl/onderwerpen/w/wegiz/focus-op-vijf-gegevensuitwisselingen/basisgegevensset-zorg-bgz>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2026). Kamerbrief over implementatie European Health Data Space. Den Haag: VWS.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2026/01/20/kamerbrief-over-stand-van-zaken-implementatie-european-health-data-space>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2026). Kamerbrief over voortgang agenda databeschikbaarheid in de zorg. Den Haag: VWS.

<https://open.overheid.nl/documenten/4df37599-f821-4180-80d9-6e623373c3b4/file>

NEN. (2021). Medische informatica - Ontwikkelen en beheren van standaarden en stelsels van standaarden. Delft: NEN.

<https://www.nen.nl/nen-7522-2021-nl-283706>

NEN. (2026). Gegevensuitwisseling in de zorg - eOverdracht. Delft: NEN.

<https://www.nen.nl/en/nen-7545-2026-nl-350602>

NHS England. (2025). SNOMED. London: NHS Digital.

<https://digital.nhs.uk/services/terminology-and-classifications/snomed-ct>

NHS England. (2025). Interoperability. London: NHS Digital.

<https://www.england.nhs.uk/long-read/interoperability/>

Nictiz. (2021). Belangrijke stap in digitale gegevensuitwisseling tussen huisarts en ziekenhuis. Den Haag: Nictiz.

<https://www.nictiz.nl/nieuws/belangrijke-stap-in-digitale-gegevensuitwisseling-tussen-huisarts-en-ziekenhuis/>

Nictiz. (2022). Patiënten en huisartsen tekenen voor betere zorg over de grens. Den Haag: Nictiz.

<https://www.nictiz.nl/nieuws/elektronische-patientsamenvatting-piezo/>

Nictiz. (2023). Terminologie in het kader van de zibtransitie. Den Haag:

Nictiz. <https://nictiz.nl/app/uploads/2023/06/Terminologie-ihkv-zibtransitie.pdf>

Nictiz. (2023). Zibtransitie. Doel en aanpak. Den Haag: Nictiz.
<https://www.nictiz.nl/document/zib-transitie-doel-en-aanpak-v10-01032023pdf>

Nictiz. (2024). Architectuur-advies zib-transitie. Den Haag: Nictiz.
<https://www.nictiz.nl/document/architectuur-advies-zib-transitie-verder-met-zibs-de-toekomst-van-zibs-in-databeschikbaarheid-versie>

Nictiz. (2024). Implementatiestrategie: SNOMED in gebruik bij Nederlandse zorgaanbieders. Den Haag: Nictiz. <https://www.nictiz.nl/document/snomed-in-gebruik-bij-zorgaanbieders-advies-maart-2024pdf>

Nictiz. (2025). Advies de toekomst van zibs in databeschikbaarheid. Den Haag: Nictiz. <https://www.nictiz.nl/publicaties/toekomst-zibs-databeschikbaarheid/>

Nictiz. (2025). Advies stelselcriteria voor terminologiestelsels in de zorg. Den Haag: Nictiz.

Nictiz. (2025). De nationale terminologieserver. Den Haag: Nictiz.
<https://www.nictiz.nl/wat-we-doen/activiteiten/terminologie/de-nationale-terminologieserver/>

Nictiz. (2025). Het Nictiz lagenmodel. Den Haag: Nictiz.
<https://nictiz.nl/wat-we-doen/zorginformatiestelsel/interoperabiliteit/lagenmodel-3/>

Nictiz. (2025). Nationale Bibliotheek. Consultatie Stelselcriteria. Den Haag: Nictiz.
<https://nationalebibliotheek.nictiz.nl/consultaties/consultatie-stelselcriteria-voor-het-gezondheidsinformatiestelsel/>

Nictiz. (2025). Nederlandse labcodeset. Den Haag: Nictiz.
<https://nictiz.nl/wat-we-doen/activiteiten/terminologie/nederlandse-labcodeset/>

Nictiz. (2025). Richtlijn terminologie koppelen. Den Haag: Nictiz.
<https://www.nictiz.nl/document/20250401-richtlijn-terminologie-koppelen-v20pdf>

Nictiz. (2025). Stelselbeheer. Den Haag: Nictiz. <https://www.nictiz.nl/wat-we-doen/zorginformatiestelsel/stelselbeheer/>

Nictiz. (2026). Leergang Medische Terminologie. Den Haag: Nictiz.
<https://nictiz.nl/kennis/nictiz-academie/leergang-medische-terminologie/>

NIVEL. (2026). Kwaliteit en veiligheid van zorg in 2025: de meningen van verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten, begeleiders en praktijkondersteuners. Utrecht: Nivel.

<https://www.nivel.nl/nl/publicatie/kwaliteit-en-veiligheid-van-zorg-2025-de-meningen-van-verpleegkundigen-verzorgenden>

NVZ. (2023). Belemmeringen voor het gebruik van SNOMED in het ziekenhuis. Utrecht: NVZ. [https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/sites/default/files/2023-](https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/sites/default/files/2023-06/Praatplaat%20belemmeringen%20en%20aanbevelingen%20SNOMED_versie%2012-05.pdf)

[06/Praatplaat%20belemmeringen%20en%20aanbevelingen%20SNOMED_versie%2012-05.pdf](https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/sites/default/files/2023-06/Praatplaat%20belemmeringen%20en%20aanbevelingen%20SNOMED_versie%2012-05.pdf)

openEHR Foundation. (2023). openEHR architecture overview. London: openEHR Foundation.

https://specifications.openehr.org/releases/BASE/development/architecture_overview.html

openEHR Foundation. (2025). openEHR & SNOMED collab. London:

openEHR Foundation. <https://openehr.org/openehr-snomed-collab/>

Programma medicatieoverdracht. (2025). Over het programma Medicatieoverdracht. Den Haag: Programma medicatieoverdracht.

<https://www.samenvoormedicatieoverdracht.nl/programma>

Piera-Jiménez, J., Leslie, H., Dunscombe, R., Pontes, C. (2024). Interoperability in the Context of Integrated Care. In: Amelung, V., Stein, V., Suter, E., Goodwin, N., Balicer, R., Beese, AS. (eds) Handbook of Integrated Care. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-25376-8_101-1

Regenstrief Institute. (2023). LOINC user guide. Indianapolis, IN: Regenstrief Institute.

Registratie aan de bron. (2017). Architectuur vol.1. Basisdocument. De grondbeginselen van zorginformatiebouwstenen en hoe ze gebruikt kunnen worden. Registratie aan de bron.

[https://zibs.nl/images/2/2a/Architectuurdokument Registratie aan de bron - Volume 1 v1.1.pdf](https://zibs.nl/images/2/2a/Architectuurdokument_Registratie_aan_de_bron_-_Volume_1_v1.1.pdf)

RIVM & Nictiz. (2018). Eenheid van Taal in de Nederlandse zorg. Bilthoven/Den Haag: RIVM & Nictiz.

<https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0081.pdf>

SNOMED International. (2022). New collaboration agreement between SNOMED International and LOINC® from Regenstrief. London: SNOMED International. <https://www.snomed.org/news/new-collaboration-agreement-between-snomed-international-and-loinc%C2%AE-from-regenstrief>

SNOMED International. (2023). SNOMED starter guide. London: SNOMED International.

UNICOM. (2024). White paper. Scaling up the univocal identification of medicines for patient safety, better healthcare and public health. UNICOM. <https://unicom-project.eu/wp-content/uploads/2024/04/UNICOM-WHITE-PAPER.pdf>

WONCA International Classification Committee. (2025). WONCA Working Party: International Classification (WICC). WONCA. <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/wicc.aspx>

World Health Organization. (2019). International classification of diseases (ICD-11). Geneva: WHO. <https://icd.who.int>

World Health Organization. (2018). International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: WHO.

World Health Organization. (2021). International classification of health interventions (ICHI). Geneva: WHO.

World Health Organization. (2025). Frequently asked questions. Geneva: WHO. <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/icd-11-implementation>

Zorginstituut Nederland. (2025). Informatiemodel iStandaarden. Diemen: Zorginstituut Nederland. <https://informatiemodel.istandaarden.nl/>

Bijlage 1 Overzicht van focusgroepen, expert interviews, en onderwerpen

Type gesprek	Onderwerp
Focusgroep	Europese implementatie
Focusgroep	Informatiestandaarden
Focusgroep	Meervoudig gebruik, Tehdas 2
Focusgroep	TZW
Focusgroep	AI
Focusgroep	IDMP en G-standaard
Focusgroep	OpenEHR
Focusgroep	Classificatie-standaarden ICPC-ICD10-11
Focusgroep	Europese, internationale ontwikkelingen & <i>governance</i>
Focusgroep	<i>Governance</i> terminologie codestelsels_AI
Focusgroep	LOINC, Nederlandse labcode set, UCUM
Focusgroep	Nationale Visie en Strategie
Focusgroep	SNOMED implementatie
Focusgroep	SNOMED
Focusgroep	Wet Elektronische Gegevensuitwisseling Zorg (Wegiz)
Focusgroep	ZIBS en Zib transitie
Interview	Cumuluz_Twiin_ <i>Governance</i>
Interview	FHIR, FHIR besluit en implementatie
Interview	Patiëntvriendelijke termen en PGO
Interview	Standaardisatie en Publiek Houderschap

Bijlage 2 Verslagen (digitale) werksessies

Datum: 16 en 17 juni

Locatie: Digitaal (MS Teams)

Organisatoren: RIVM en Nictiz

Aanwezigen: Vertegenwoordigers van ActiZ/ActiZ Jeugd, Care by Us, Cumuluz, DHD, Federatie Medisch Specialisten (FMS), GGD GHOR NL, HL7 NL, IKNL, IJsselheem, Kennisinstituut V&VN, KNMP, Kwadrant, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Nivel, Nictiz, NVZ, openEHR NL, RIVM, Santeon, Sector Paramedische Zorg, STZ, V&VN, VWS, VZVZ, Zorginstituut Nederland, de Nederlandse GGZ

1. Introductie

In het kader van het project “Herijking Visie Eenheid van Taal” zijn op 16 en 17 juni 2025 twee werksessies gehouden. Eenendertig stakeholders verbonden aan de zorg, sociaal domein en zorg-ICT deelden hun perspectieven op de ontwikkelingen in het gezondheidsinformatiestelsel sinds 2018 in relatie tot Eenheid van taal, de huidige stand van zaken rond *governance* en beheer, en wierpen een blik vooruit naar de gewenste situatie in 2035 (plateau 3 van de Nationale Visie en Strategie).

2. Agenda

1. Welkom en uitleg (9:30-10:10)
2. Jouw perspectief op Eenheid van Taal – huidige situatie (10:15-11:00)
3. Toekomstperspectief – hoe kunnen we Eenheid van Taal realiseren? (11:10-11:50)
4. Reflectie & afsluiting (11:50-12:00)

3. Samenvatting belangrijkste discussiepunten

3.1 Perspectief op Eenheid van Taal – huidige situatie

- a) **Trage implementatie en uitblijvende voordelen:** Veel opmerkingen benadrukken het langzame tempo waarmee open standaarden en digitale oplossingen in de zorg worden ingevoerd. Er wordt gesproken over de lange doorlooptijden, het uitblijven van zichtbare voordelen, en het gebrek aan directe meerwaarde voor zorgprofessionals.
- b) **Onvoldoende ondersteuning en training:** Zorgprofessionals krijgen vaak niet genoeg training of beschikken niet over de juiste digitale vaardigheden om nieuwe standaarden en technologieën effectief te gebruiken, wat leidt tot werkdruk, frustratie en weerstand tegen terminologiestelsels zoals SNOMED.
- c) **Hoge registratielast:** De toenemende administratieve last, veroorzaakt door het verplicht registreren volgens gestandaardiseerde formats, is een belangrijk knelpunt. Professionals zien weinig voordeel en ervaren de registratie vaak als omslachtig, wat de weerstand tegen verandering vergroot.

- d) **Compatibiliteits- en interoperabiliteitsproblemen:** Verschillende standaarden zijn in gebruik, waardoor uitwisseling van gegevens tussen systemen en sectoren wordt bemoeilijkt. *Mapping* belemmert interoperabiliteit.
- e) **Gebrek aan duidelijke governance en beleid:** Er is onvoldoende sturing en regelgeving om invoering van standaarden af te dwingen. Veel stakeholders hebben behoefte aan leiderschap, duidelijke beleidskaders en financiële ondersteuning vanuit de overheid (zoals het ministerie van VWS).
- f) **Financiële en organisatorische beperkingen:** Vooral kleinere zorgorganisaties ervaren financiële druk bij het implementeren en updaten van systemen voor nieuwe standaarden. De bestaande financiering (bijvoorbeeld subsidies) is ontoereikend voor brede adoptie.
- g) **Sectorspecifieke barrières:** Verschillende zorgsectoren zoals preventieve zorg, verpleging en jeugdgezondheidszorg lopen tegen eigen, specifieke uitdagingen aan bij het gebruik van standaarden zoals SNOMED, waarbij de geboden terminologiestelsels vaak niet voldoende aansluiten op de werkprocessen. Gebruik van een uniforme taal zoals SNOMED blijkt niet passend voor het vastleggen van administratieve gegevens in het sociaal domein.
- h) **Weerstand tegen verandering en beperkte betrokkenheid:** Weerstand onder zorgprofessionals, bestuurders en andere stakeholders vormt een grote belemmering. Sommige groepen zijn nauwelijks betrokken bij invoeringstrajecten, wat de implementatie vertraagt.
- i) **Uitdagingen rondom datakwaliteit en mapping:** Er zijn zorgen over de kwaliteit, bruikbaarheid en betrouwbaarheid van geregistreerde data. Het *mappen* van verschillende standaarden is ingewikkeld, foutgevoelig en tijdrovend.

3.2 Toekomstperspectief

24 uur:

- o Focus op communicatie en betrokkenheid van stakeholders.
- o Het toepassen van 'Eenheid van Taal' in het dagelijks werk.

24 dagen:

- o Start van proactieve ontwikkeling en capaciteitsopbouw.
- o Balans zoeken tussen operationele ondersteuning en strategische planning.
- o Acties gericht op educatie, bewustwording én gezamenlijke prioritering en het ontwikkelen van *roadmaps*.

24 weken:

- o Activiteiten worden gestructureerder en strategischer.
- o Nadruk op systeemverbetering, duurzame ontwerpprincipes en kwaliteitsbewaking.
- o Meer integratie tussen domeinen en systemen en een toename van sectoroverstijgende samenwerking en belangenbehartiging.

24 maanden:

- o Overgang van plannen naar volledige transformatie van het systeem.

- o Introductie van juridische, beleidsmatige en internationale aspecten.
- o Focus verschuift van specifieke tools en processen naar bredere ecosystemen en *governance*.

4. Belangrijkste conclusies

Er is brede consensus in de zorgsector over het belang van Eenheid van Taal en het gebruik van open standaarden om interoperabiliteit, datakwaliteit en efficiëntie te vergroten. De praktijk blijkt echter weerbarstig: implementatie verloopt traag door het ontbreken van *governance* en een verplichtend karakter van Eenheid van Taal, lange doorlooptijden, hoge administratieve lasten en onvoldoende ondersteuning voor zorgprofessionals. Daarnaast zorgen het gebruik van eigen standaarden, afhankelijkheid van IT-leveranciers en gebrek aan regie voor blijvende belemmeringen. Specifieke sectoren, zoals preventie en verpleging, ervaren bovendien extra knelpunten doordat werkprocessen niet altijd worden gedekt door bestaande standaarden. Begrip en context worden nadrukkelijk genoemd in relatie tot Eenheid van taal.

Om deze uitdagingen aan te pakken zien stakeholders vooral kansen in betere nationale samenwerking, duidelijke plannen en een praktische aanpak waarbij iedereen betrokken wordt. Ze benadrukken het belang van oplossingen die echt waarde opleveren en zorgen voor minder administratie en meer gebruiksgemak. Ook is het belangrijk om goede afspraken te maken over de kosten en iedereen op tijd aan tafel te hebben, zoals IT-leveranciers. De overtuiging is groot dat standaardisatie veel kan opleveren, al zijn er in de praktijk nog wel wat stappen te zetten, vooral rond het aansluiten op werkprocessen, de kwaliteit van gegevens en inrichting rondom beheer en *governance*.

Datum: 8 september 2025

Locatie: Social Impact Factory, Utrecht

Organisatoren: RIVM, Nictiz, Ministerie van VWS

Aanwezigen: Vertegenwoordigers van ActiZ, CumuluZ, Amsterdam UMC, aSync Care, DHD, de Nederlandse GGZ, GGD GHOR Nederland, IKNL, Ketenbureau i-Sociaal Domein, LHV, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nederlands Huisartsen Genootschap, Nictiz, NVZ, NZa, RIVM, Santeon, TNO, V&VN, VNG, VWS, Z-Index, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland

1. Introductie

In de opening werd het belang van Eenheid van Taal besproken. Het doel van de bijeenkomst was om gezamenlijk het strategisch plan voor implementatie aan te scherpen

2. Presentaties

VWS begon met een toelichting op de beleidsurgentie en de noodzaak van het project. Daarna presenteerden RIVM en Nictiz de stand van zaken en de ontwikkelingen tot dat moment. Daarbij was er ook uitgebreid aandacht voor de veranderopgave en een toelichting op het strategische plan

3. Werksessie in groepen

De groep werd opgesplitst in kleinere gespreksgroepen, elk met een gespreksleider en een notulist. Er werd gewerkt met post-its en *brownpapers*. De belangrijkste bevindingen worden hieronder weergegeven.

Sessie 1 – de Grondplaat

In sessie 1 werd gediscussieerd over de grondplaat. De kern van de grondplaat moet volgens de deelnemers behouden blijven, met name de basissets, bestaande standaarden en een heldere scope/definitie. Toevoegingen moeten gericht zijn op bredere contexten (sociaal domein, financiën, internationale aansluiting), maar met beleid en in fases. Er is behoefte aan heldere criteria voor wat wel/niet wordt toegevoegd, en een adaptieve structuur zodat uitbreidingen mogelijk blijven.

a) Grondplaat: status, scope en inrichting

Er bestaat onduidelijkheid over de status van de grondplaat en wat er wel of niet op hoort te staan. De grondplaat wordt gezien als waardevol, onder andere voor stelselbesluiten en referentiesets, maar moet klein beginnen en later uitbreidbaar zijn. Er zijn vragen over welke onderdelen behouden of toegevoegd moeten worden. De grondplaat moet groot genoeg zijn om nuttig te zijn, maar niet zo groot dat het *'too big to fail'* wordt. Er moet worden bepaald wat geparkeerd wordt en wat nu al belegd wordt. Belangrijk is dat er randvoorwaarden worden vastgesteld en dat de scope helder is. Doelen van datastromen en van de grondplaat moeten explicieter gemaakt worden.

b) Terminologie, referentiesets en mapping

Er is *governance* nodig op *mappings* van referentiesets, mede door

druk van deadlines. Sectoren werken aan referentiesets die interoperabel moeten zijn met SNOMED. Er is spanning tussen SNOMED implementeren als woordenboek versus het realiseren van Eenheid van Taal. Terminologie uit de grondplaat sluit niet goed aan bij internationale afspraken. De dekking van de grondplaat is nu niet volledig, bijvoorbeeld voor SGC, DOM, langdurige zorg en financiële datastromen. Er is onduidelijkheid over hoe DSM-5, NIC-NOC, DPC-registraties en DIS-stromen moeten worden meegenomen.

c) *Gebruik en verwerking van data*

AI vereist standaardisatie en samenhang met andere ontwikkelingen. AI wordt ingezet om vrije tekst om te zetten naar gestructureerde data, maar dat vereist validatie en goede standaarden voor gebruik. Aanvullende contextuele data, zoals sociale context en metadata, is nodig. Registratie gaat over vastlegging, en verantwoordelijkheid ligt bij zorgverleners.

d) *Governance en verantwoordelijkheden*

Er is behoefte aan duidelijke *governance op mappings*, grondplaatbeslissingen en rolverdeling. Vragen spelen over de juridische verantwoordelijkheid, vooral bij het gebruik van AI. De mate waarin sectoren vergelijkbaar zijn qua informatiebehoefte verschilt, waardoor *governance* complexer wordt.

e) *Sectorale verschillen en datadekking*

Sectoren hebben niet vergelijkbare informatiebehoeften. Voor zeldzame ziekten is uitwisseling zeer relevant, maar de registratielast kan relatief zwaar zijn. De huidige dekking van de grondplaat voldoet nog niet voor preventie en het sociale domein.

f) *Praktische randvoorwaarden*

De EPS moet duidelijk omschrijven wat erin zit. Zorgverleners moeten worden ontzorgd: systemen moeten het werk doen. Eerst moet er duidelijkheid en richting komen over de EHDS. Een portfolio-aanpak via VWS/DICIO kan dienen als samenhangende kapstok.

g) *Eisen*

De grondplaat moet betrouwbare, beschikbare en goed toepasbare data leveren, bruikbaar voor *clinical decision support*, (internationaal) onderzoek en grensoverschrijdende zorg. Data moet ook begrijpelijk zijn voor patiënten. Invoer en gebruik moeten eenvoudig zijn (bijv. in MDO's), aansluiten op PGO-gebruik en bijdragen aan beter geïnformeerde zorg zonder extra registratiedruk voor zorgaanbieders. Toegang tot informatie en dossierinzage wordt belangrijker gevonden dan volledige structurering van data door Eenheid van Taal. Eisen moeten niet te vrijblijvend zijn, maar ook voorkomen dat zorgverleners te veel moeten registreren (verhoging registratielast).

h) *Rollen*

Afhankelijk van de rol verschuift de focus. Zorgverleners willen

vooral directe toegang tot relevante, up-to-date data, terwijl beleidsmakers en onderzoekers vooral brede, sectoroverstijgende databeschikbaarheid nastreven. ICT'ers richten zich op techniek, standaarden en beveiliging. Tegelijk speelt de vraag: "Waar ligt verantwoordelijkheid bij zorgverlener, juridische/*governance* bij AI?" De rol van de zorgverlener verandert daarmee: meer verantwoordelijkheid voor juiste registratie, maar mogelijk ook meer ondersteuning vanuit systemen.

Sessie 2 – Pad naar Eenheid van Taal

In deze sessie werd gesproken over wat er nodig is om naar Eenheid van Taal te komen. Belangrijke mijlpalen zijn:

- 2025: Eerste sectoren compliant met EHDS, plan van aanpak gereed.
- 2026: Adoptie van de BGZ-MSZ als nationale standaard.
- 2027: DHA/HDAB implementatie.
- 2029: Eerste datagroep verplicht gesteld (EU-PS, *ePrescription*, *eDispensation*).
- 2031: Uitbreiding naar lab, imaging, Discharge Report.
- 2035: Alle gegevens beschikbaar voor patiënt/zorggebruik; Eenheid van Taal bereikt.

Er behoefte aan een besluitvormend orgaan. Er is volgens deelnemers een strategische laag boven het Informatieberaad nodig. Er is mandaat en regie nodig. Het moet niet leiden tot extra groepen, maar juist leiden tot integratie en samenhang.

Als er door de Europese Unie geen duidelijke keuzes worden gemaakt dan moet Nederland die zelf maken. De vraag is wie die keuzes dan maakt. Er bestaat een risico dat we als Nederland de verkeerde keuzes maken. Er werd besproken om te werken aan aansluiting op Europese kaders zoals EHDS, EU-PS, *ePrescription/eDispensation*, en het maken van keuzes in geval van uitblijvende Europese directieven.

Regionale initiatieven die zijn gekoppeld aan nationale en EU-kaders zijn een goed begin. Daarna een nationale uitrol en adoptie van standaard, met een centrale regie. De volgende stap is inbedden in Europese afspraken en systemen, met aandacht voor tijdige keuzes als EU niet snel genoeg is.

Voor deelnemers is het belangrijk dat er *proof-of-concepts*/test cases om ervaring op te doen. Hierna kan er opgeschaald worden naar grotere en sectoroverstijgende implementatie.

Wat is er juridisch nodig: Voldoende wettelijke grondslag en sturing (bijv. via WEGIZ, mandaat, regie, besluitvormend orgaan). Voldoende wettelijke kaders, mandaat, regie en besluitvorming.

Wat is er technisch nodig: Ontwikkeling en adoptie van standaarden (FHIR, SNOMED, generieke functies, gebruiksvriendelijke systemen), verplichtstelling van technische componenten (xLa's). Adoptie van (internationale) standaarden, verplichtstelling van technische componenten, gebruiksvriendelijkheid, aansluiting refsets.

Wat is er organisatorisch nodig: Duidelijke *governance* (wie is verantwoordelijk), sectoroverstijgende afspraken, juiste kennis bij professionals, voldoende middelen, integratie van regionale, landelijke en Europese initiatieven. Heldere *governance*, beschikbare middelen, juiste kennis, samenwerking over sectoren en departementen heen, leveranciers betrekken.

4. Afsluiting en reflectie

Tijdens de bijeenkomst over het adviesrapport rond het eenduidig formuleren in de zorg werd opgemerkt dat de aanwezige groep vandaag niet volledig representatief was voor alle betrokken partijen. Tegelijkertijd werd benadrukt dat er binnen het veld al veel initiatieven plaatsvinden. Het is daarom belangrijk om deze activiteiten beter te presenteren en uit te dragen. Ook kwam naar voren dat het verkrijgen van commitment van artsen een cruciale voorwaarde is voor verdere implementatie. Daarnaast werd besproken in hoeverre de opgehaalde input daadwerkelijk aansluit bij de belemmeringen die in de praktijk worden ervaren. Het zichtbaar maken van de opbrengsten, bijvoorbeeld door inzicht te geven in de verhouding tussen baten en kosten, kan helpen om meer draagvlak te creëren. Tot slot werd aangegeven dat er behoefte is aan meer duidelijkheid over de nog openstaande consultaties.

Bijlage 3 Overzicht van ontvangen feedback en verwerking

Voor de publieke consultatie van dit rapport zijn verschillende relevante stakeholders op het gebied van digitale registratie van zorginformatie uitgenodigd om feedback te geven op het conceptrapport. De ontvangen reacties zijn zorgvuldig bestudeerd en waar relevant verwerkt in de definitieve versie van het rapport. Zie onder voor een lijst met organisaties waarvan feedback is ontvangen.

Allereerst zijn redactionele opmerkingen, zoals typfouten, verschrijvingen en tekstuele suggesties die de leesbaarheid en duidelijkheid verbeteren, doorgevoerd. Daarnaast is op basis van inhoudelijke feedback ingezet op het verduidelijken van passages die als onduidelijk werden ervaren en op het aanvullen van ontbrekende toelichtingen, voorbeelden of beschrijvingen.

Meerdere deelnemers gaven aan dat het rapport mogelijk een te sterke focus zou hebben op de *cure*-kant van de gezondheidszorg. Naar aanleiding hiervan is explicieter verduidelijkt dat het rapport betrekking heeft op alle aspecten van de gezondheidszorg, waaronder nadrukkelijk ook de *care*-kant.

Het zorgveld is sterk en continu in ontwikkeling. Dit maakt het nagenoeg onmogelijk om alle initiatieven en meest recente ontwikkelingen volledig en uitputtend te beschrijven. Ook de terminologie rond het onderwerp is aan verandering onderhevig. Begrippen en accenten verschuiven in de tijd, zoals bijvoorbeeld zichtbaar is in het gebruik van termen als gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid. Waar mogelijk is in het rapport gekozen voor actuele en passende terminologie, met het besef dat het gebruik en de betekenis van bepaalde begrippen zich verder zullen blijven ontwikkelen.

Het rapport moet dan ook worden gelezen als een weergave van de stand van zaken op het moment van opstellen: een momentopname die richting geeft, maar geen uitputtend overzicht beoogt te zijn. Waar mogelijk is in het rapport verwezen naar onderzoeken en initiatieven waarvoor reeds openbare rapportages of publicaties beschikbaar zijn. Commentaar dat betrekking had op initiatieven of ontwikkelingen waarover (nog) geen openbaar toegankelijke publicaties zijn verschenen, kon niet in alle gevallen worden overgenomen.

Ten slotte bleek uit de reacties een duidelijke behoefte aan een heldere uitvoeringsagenda, met concrete afspraken over wie welke rol en verantwoordelijkheid op zich neemt. Dit rapport is echter niet bedoeld als uitvoeringsagenda, maar als een advies waarin richting en aandachtspunten worden geschetst.

Wij danken alle betrokkenen voor het aandachtig lezen en de constructieve feedback, die in belangrijke mate heeft bijgedragen aan het verbeteren van dit rapport.

Tijdens de consultatie is feedback ontvangen van de volgende organisaties:

- AR (Actiz/CUM)
- CBG
- CUMULUZ
- DHD
- FMS
- GUPZ
- IJsselheem
- IKNL
- IKNL+StJANSDAL
- i-SocDom
- NANDA
- NELL / HealthBase
- NHG
- NVZ
- RIVM
- SANTEON
- SOSS
- V&VN
- VDIR
- VWS/CZ1
- VWS/CZ2
- VWS/DJ&DMO
- ZINL

Bijlage 4 Begrippenlijst

Begrip	Definitie
AI	Artificial Intelligence (Kunstmatige Intelligentie): technologie die systemen in staat stelt taken uit te voeren die normaal menselijke intelligentie vereisen.
CDA	Clinical Document Architecture: standaard voor het structureren en uitwisselen van klinische documenten.
DHD	Dutch Hospital Data: organisatie die data en medische thesauri binnen het ziekenhuisdomein beheert.
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Text Revision): classificatiesysteem voor psychische stoornissen.
DT	Diagnosethesaurus: een gestandaardiseerde lijst of verzameling van diagnosetermen die wordt gebruikt in de Nederlandse zorg
EHDS	European Health Data Space: Europees beleids- en wettelijk kader voor veilige en gestandaardiseerde uitwisseling van gezondheidsgegevens.
eOverdracht	Elektronische Overdracht (landelijke standaard): standaard voor digitale overdracht van verpleegkundige gegevens tussen zorgorganisaties.
FHIR	Fast Healthcare Interoperability Resources: technische standaard voor het uitwisselen van gezondheidsinformatie via gestandaardiseerde API's en gegevensstructuren.
GGM	Gemeentelijk Gegevensmodel: standaard voor gegevensmodellering en -uitwisseling binnen gemeentelijke informatiesystemen.
GIZO	Gemeenschappelijk Informatiemodel Zorg en Ondersteuning: model voor gestandaardiseerde gegevensuitwisseling in zorg en ondersteuning.
Grondplaat Eenheid van Taal	De combinatie van internationale referentiterminologiestelsels zoals SNOMED, LOINC, IDMP en UCUM die samen de basis vormen voor eenduidige codering van zorggegevens.
ICD	International Classification of Diseases: internationale classificatie van ziekten ontwikkeld door de WHO.

Begrip	Definitie
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health: classificatie van functioneren, beperkingen en gezondheid.
ICHI	International Classification of Health Interventions: internationale classificatie van medische en zorginterventies.
ICPC	International Classification of Primary Care: classificatie voor probleem- en diagnosecodering in de huisartsenzorg.
IDMP	Identification of Medicinal Products: Europese standaard voor identificatie en beschrijving van geneesmiddelen.
IZA	Integraal Zorgakkoord: nationaal akkoord met afspraken over de organisatie en toekomst van de zorg in Nederland.
KIK-V	Keteninformatie Kerngegevens Verbeteren: informatiemodel voor gegevensuitwisseling in de verpleeghuiszorg.
LBZ	Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg: landelijke registratie van ziekenhuiszorgdata.
LOINC	Logical Observation Identifiers Names and Codes: internationale codeset voor laboratoriumtesten en klinische metingen.
<i>Mapping</i>	Het koppelen van termen of codes uit verschillende terminologiestelsels om semantische interoperabiliteit te realiseren.
MSZ	Medisch Specialistisch Zorgdomein: zorgdomein waarin specialistische zorg en bijbehorende informatiestandaarden worden toegepast.
NANDA-I / NIC / NOC (NNN)	North American Nursing Diagnosis Association International / Nursing Interventions Classification / Nursing Outcomes Classification: verpleegkundige classificatiesystemen voor diagnosen, interventies en uitkomsten.
NEN	Nederlandse Norm van Nederlands Normalisatie-instituut: organisatie die Nederlandse normen (zoals NEN 7545) ontwikkelt en beheert.
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap: organisatie die onder andere de ICPC-NL beheert.
NVS	Nationale Visie en Strategie: Nederlands beleidskader voor digitalisering, gegevensuitwisseling en informatiestandaarden in de zorg.
Omaha System	Verpleegkundig classificatiesysteem voor met name verpleeghuiszorg, thuiszorg en revalidatie.

Begrip	Definitie
PGO	Persoonlijke GezondheidsOmgeving: digitale omgeving waarin burgers hun gezondheidsgegevens kunnen inzien, beheren en delen.
PIEZO	Programma Implementatie Europese Zorgdiensten: programma gericht op implementatie van Europese zorgstandaarden en diensten.
Referentieterminologie	Een standaard terminologie die als basis dient voor de uitwisseling en vastlegging van gegevens in meerdere systemen, bijvoorbeeld SNOMED.
SDO	Standards Development Organization(s): organisaties die standaarden ontwikkelen, beheren en onderhouden.
Semantische interoperabiliteit	Het vermogen om gegevens uit te wisselen met behoud van betekenis tussen verschillende systemen en organisaties.
SNOMED	Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms: internationaal referentieterminologiestelsel voor klinische begrippen zoals diagnoses, symptomen en behandelingen.
Sociaal domein	Het brede zorg- en welzijnsdomein waarin sociale ondersteuning, jeugdhulp, maatschappelijke ondersteuning en andere niet-medische zorgactiviteiten worden georganiseerd.
Terminologie / Terminologiestelsel	Een lijst met termen uit een bepaald domein die verwijzen naar specifieke begrippen. Een terminologiestelsel is een overkoepelend systeem van terminologieën, afgestemd op een bepaald doel en domein.
TZW	Thesaurus Zorg en Welzijn: Nederlandse thesaurus met zorg- en welzijnstermen voor eenduidige terminologie.
UCUM	Unified Code for Units of Measure: internationale standaard voor het eenduidig coderen van meeteenheden.
VT	Verrichtingen Thesaurus: een gestandaardiseerde verzameling van termen die worden gebruikt om medische handelingen, behandelingen en procedures te beschrijven binnen de Nederlandse zorg
VVT	Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg: sector van langdurige zorg in instellingen en thuiszorg.

Begrip	Definitie
Wegiz	Wet Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg: Nederlandse wet die elektronische gegevensuitwisseling in de zorg verplicht stelt en reguleert.
Zibs	Zorginformatiebouwstenen: informatiemodellen die definiëren hoe klinische en administratieve zorginformatie semantisch eenduidig moet worden vastgelegd in digitale zorginformatiesystemen, los van techniek of systeem

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

juli 2026

De zorg voor morgen
begint vandaag