



Zorg voor data

Modelimplementatieplan Verrichtingenthesaurus

Versie

2.0, augustus 2026

Auteur(s)

DHD
Kinase

Vertrouwelijkheid

Openbaar

Samenvatting

Deze handreiking ondersteunt zorginstellingen bij de implementatie van de Verrichtingenthesaurus (VT). Het document biedt een praktisch stappenplan om te komen van de huidige registratie van verrichtingen naar een toekomstbestendige situatie waarin de daadwerkelijk geleverde zorg eenduidig wordt vastgelegd met behulp van de VT.

De implementatie van de VT is meer dan een technische omzetting van coderingen. De overgang raakt mensen, werkprocessen, systemen en het gebruik van zorginformatie. Daarom beschrijft deze handreiking de implementatie als een organisatievraagstuk dat vraagt om bestuurlijke verankering, multidisciplinaire samenwerking en een integrale aanpak.

De impact van de VT verschilt per zorginstelling. Factoren zoals de huidige registratiewijze, systeeminrichting, gebruikte codestelsels, rapportages en werkprocessen bepalen welke veranderingen nodig zijn en hoeveel inspanning de implementatie vraagt. Deze handreiking biedt daarom een gestructureerde aanpak om de impact op de eigen organisatie in kaart te brengen en de implementatie daarop af te stemmen.

De handreiking is opgebouwd uit zes opeenvolgende fases:

1. Oriënteren

De eerste fase richt zich op de strategische aanleiding voor de implementatie. Hierin wordt beschreven hoe de VT aansluit op landelijke ontwikkelingen zoals Registratie aan de bron, Eenheid van Taal, SNOMED en databeschikbaarheid. Ook wordt ingegaan op de meerwaarde van de VT voor zorgverlening, kwaliteitsregistraties, onderzoek, sturing en innovatie.

2. Definiëren

In deze fase wordt een eerste projectdefinitie opgesteld. De zorginstelling bepaalt waarom zij de VT wil implementeren, welke doelen worden nagestreefd, welke onderdelen binnen scope vallen, welke uitgangspunten worden gehanteerd en hoe de projectorganisatie wordt ingericht.

3. Analyseren

De analysefase brengt de huidige situatie in kaart. Hierbij wordt onderzocht hoe verrichtingen worden geregistreerd, welke processen en systemen hierbij betrokken zijn, welke codestelsels worden gebruikt en hoe verrichtingengegevens worden toegepast in onder andere declaratie, rapportages, onderzoek en capaciteitsmanagement.

4. Herdefiniëren

De analyse-uitkomsten worden vertaald naar impact op Mens & Proces en EPD & Data. Vervolgens worden doelen, scope, uitgangspunten, projectorganisatie en planning waar nodig herijkt.

5. Implementeren

De implementatie bestaat uit twee parallelle sporen: Mens & Proces en EPD & Data. Hierbij worden onder andere de nieuwe werkwijze uitgewerkt, vertaallijsten opgesteld, systemen ingericht, gebruikers getraind, de nieuwe situatie getest en de livegang voorbereid.

6. Verbeteren

Na livegang verschuift de aandacht naar monitoring, nazorg en optimalisatie. Hierbij wordt gecontroleerd of de registratie, afleiding, rapportages en werkwijze functioneren zoals bedoeld en wordt onderzocht hoe de extra detailinformatie uit de VT verder kan worden benut.

Meer informatie

De hoofdstukken in deze handreiking beschrijven de basisaanpak voor de implementatie van de VT. Voor specifieke onderwerpen is aanvullende verdieping opgenomen in de bijlagen.

Via de [website](#) zijn meer hulpmiddelen beschikbaar voor communicatie en migratie.

Voor vragen of opmerkingen over de Verrichtingenthesaurus in het algemeen of specifiek over deze handreiking kunt u terecht bij de Servicedesk van DHD: info@dhd.nl of 030 273 97 00. [Veelgestelde vragen](#) staan op de website.

Inhoud

Samenvatting	2
1. Oriënteren.....	5
1.1 Meerwaarde van uniforme registratie	5
1.2 Potentie van de Verrichtingenthesaurus	5
1.3 Implementatie als organisatievraagstuk	6
2. Definieren	7
2.1 Doelen, scope en uitgangspunten.....	7
2.1.1 Doelen	7
2.1.2 Scope.....	7
2.1.3 Uitgangspunten	8
2.2 Inrichting van de projectorganisatie.....	8
2.3 Planning en randvoorwaarden	8
3. Analyseren.....	9
3.1 Analyse van mens en proces	10
3.2 Analyse van data en EPD	10
3.2.1 Analyse van data in het EPD.....	10
3.2.2 Analyse van secundair gebruik van data	11
4. Herdefiniëren	12
4.1 Analyse vertalen naar impact.....	12
4.2 Herijken projectdefinitie	14
4.2.1 Herijken doelen, scope en uitgangspunten.....	14
4.2.2 Herijken van de projectorganisatie en planning	15
5. Implementeren.....	17
5.1 Implementatieaanpak.....	17
5.2 Van huidige naar nieuwe werkwijze.....	17
5.3 Van bespreeklijst naar vertaallijst	19
5.4 Van vertaallijst naar ingericht EPD	20
5.5 Testen en trainen	22
5.6 Livegang	24
6. Verbeteren	24
Bijlage A – Achtergrond Verrichtingenthesaurus	26
Bijlage B – Uitgebreide planning VT-implementatie	28
Bijlage C – ADKAR methodiek.....	29
Bijlage D – Proces wijzigingsverzoeken	30

1. Oriënteren

Dit hoofdstuk helpt bestuurders, directies en programmamanagers om te bepalen hoe de implementatie van de Verrichtingenthesaurus past binnen de strategische ambities van de zorginstelling. De focus ligt op de maatschappelijke ontwikkelingen, de meerwaarde van gestandaardiseerde registratie en de potentiële impact op hoofdlijnen.

1.1 Meerwaarde van uniforme registratie

De zorgsector werkt steeds intensiever samen binnen regionale en landelijke netwerken. Daardoor neemt het belang van digitale gegevensuitwisseling, kwaliteitsregistraties, wetenschappelijk onderzoek en datagedreven sturing toe. Met de inwerkingtreding van de European Health Data Space (EHDS)¹ in 2025 worden bovendien hogere eisen gesteld aan de beschikbaarheid en hergebruik van gezondheidsgegevens binnen Europa. Om dit mogelijk te maken is het noodzakelijk dat zorginformatie zowel voor het primaire zorgproces bruikbaar is, als voor andere toepassingen binnen en buiten de eigen organisatie.

Met het programma Registratie aan de bron² is van 2019 tot 2022 gewerkt aan het structureel verbeteren van de registratie en het hergebruik van patiëntgegevens. Het uitgangspunt hierbij is dat gegevens één keer worden vastgelegd en vervolgens voor meerdere doeleinden kunnen worden gebruikt: eenduidig en eenmalig vastleggen voor meervoudig gebruik.

Om dit mogelijk te maken zijn landelijke afspraken nodig over de manier waarop zorginformatie wordt vastgelegd, zodat gegevens tussen zorgverleners, zorginstellingen en systemen op dezelfde manier kunnen worden uitgewisseld en geïnterpreteerd. Dit is het uitgangspunt van Eenheid van Taal³ in de zorg. In 2024 heeft het ministerie van VWS SNOMED CT vastgesteld als landelijke standaard voor medische terminologie.

Voor de registratie van medische verrichtingen wordt invulling gegeven aan deze ontwikkeling met de Verrichtingenthesaurus (VT). De VT ondersteunt zorginstellingen bij het uniform vastleggen van medische verrichtingen en sluit daarmee aan op landelijke en Europese ontwikkelingen. Een nadere toelichting op de opbouw en werking van de VT is opgenomen in Bijlage A.

1.2 Potentie van de Verrichtingenthesaurus

De meerwaarde van de VT is dat de focus verschuift van financiële registratie naar het vastleggen van de daadwerkelijk geleverde zorg. Met behulp van de VT registreren zorgverleners verrichtingen aan de bron, in de medische terminologie die zij in de praktijk gebruiken. Hierdoor ontstaat één uniforme registratie die voor meerdere doeleinden kan worden gebruikt (zie Figuur 1). Denk hierbij aan:

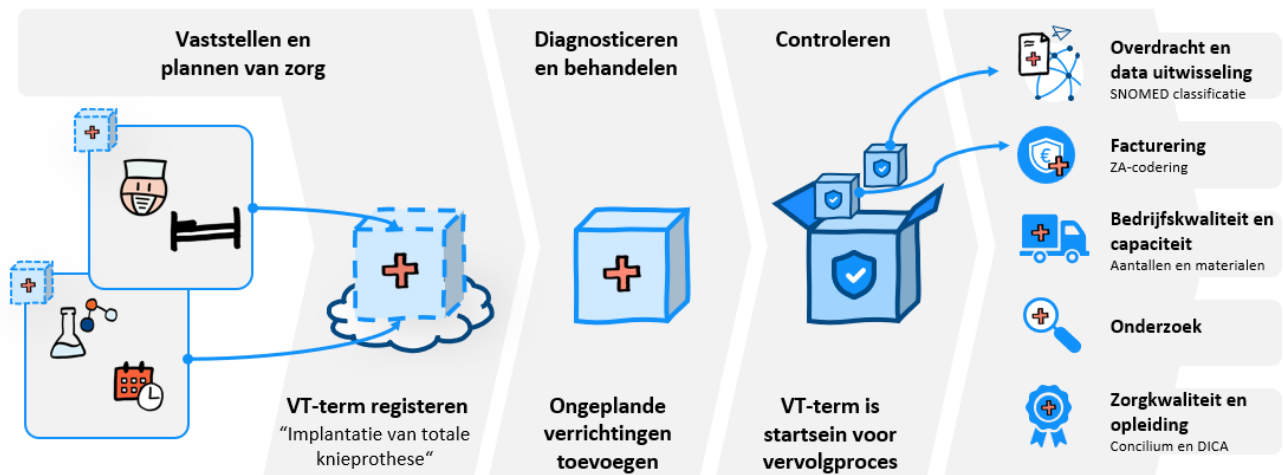
- Internationale data-uitwisseling én patiëntenzorg
- Inzicht in financiële impact van kosten en baten
- Data verzamelen voor toekomstige vergoeding voor nieuwe vormen van zorg
- Capaciteitsmanagement: beschikbare middelen optimaal kunnen benutten (personeel, ruimtes/bedden, materiaal)

¹ www.datavoorgezondheid.nl/onderwerpen/e/european-health-data-space

² www.registratieaanbron.nl

³ www.datavoorgezondheid.nl/onderwerpen/e/eenheid-van-taal-en-techniek

- Data die (regionaal, landelijk en internationaal) gebruikt kan worden voor wetenschappelijk onderzoek
- Detailniveau van geleverde zorg t.b.v. medisch inhoudelijke jaarverslagen en kwaliteitsregistraties
- Toekomstbestendige data die geschikt is voor o.a. AI-toepassingen



Figuur 1: Eenmalig vastleggen van geleverde zorg met uniforme VT-termen voor meervoudig gebruik.

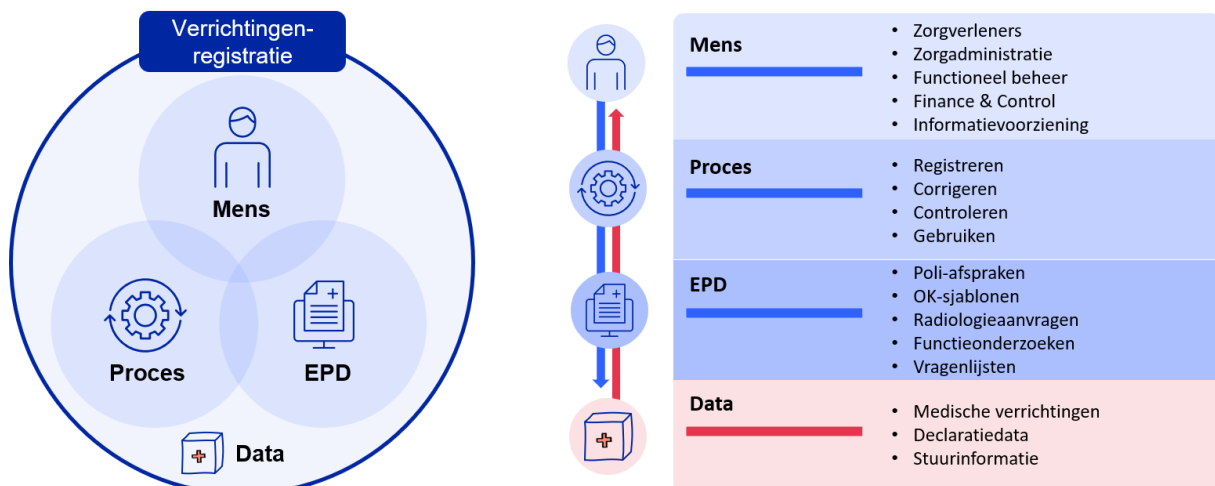
Voor zorginstellingen biedt de VT daarmee niet alleen een nieuwe registratiestandaard, maar ook een fundament voor databeschikbaarheid, datagedreven werken en innovatie.

1.3 Implementatie als organisatievraagstuk

De implementatie van de VT is niet alleen een verandering binnen het EPD, maar vraagt ook om verandering van veel medewerkers in de organisatie, van zorgverlener tot zorgadministratie (zie Figuur 2).

Omdat de implementatie verschillende domeinen binnen de organisatie raakt, vraagt zij om domeinoverstijgende besluitvorming, capaciteit en prioritering. Het is daarom aan te raden het project bestuurlijk te verankeren. Bij voorkeur wordt het project gepositioneerd onder, en gedefinieerd door, de Raad van Bestuur.

Iedere zorginstelling kent een eigen uitgangssituatie. Daarom wordt eerst een globale projectdefinitie opgesteld. Vervolgens wordt de impact op mensen, processen, het EPD en data geanalyseerd. Op basis van deze analyse worden de eerder gemaakte keuzes herijkt en ontstaat een realistisch implementatieplan dat aansluit op de specifieke situatie van de zorginstelling.



Figuur 2. Verrichtingenregistratie raakt mens, proces en EPD en vraagt om een integrale implementatieaanpak.

2. Definiëren

2.1 Doelen, scope en uitgangspunten

Aan de start van het project is het belangrijk om vast te stellen wat de zorginstelling wil bereiken door de VT te implementeren. Daarom wordt een eerste definitie van succes opgesteld. Hierbij wordt bepaald welke doelstellingen de implementatie moet ondersteunen, welke onderdelen van de organisatie binnen scope vallen en welke uitgangspunten richting geven aan de verdere uitwerking van de implementatie.

De doelstellingen worden bewust op hoofdlijnen geformuleerd. De impactanalyse moet later inzicht geven in de gevolgen voor processen, EPD, data en medewerkers en vormt de basis voor verdere besluitvorming en herdefiniëring.

2.1.1 Doelen

Bepaal in deze fase:

- Waarom wil de zorginstelling de VT implementeren?
- Welke meerwaarde wil de zorginstelling realiseren?
- Wanneer wordt het project als succesvol beschouwd?

2.1.2 Scope

Bij de start van het traject wordt uitgegaan van een organisatiebrede implementatie van de VT (big-bang). Een organisatiebrede overgang beperkt de periode waarin meerdere registratiestandaarden naast elkaar worden gebruikt en vereenvoudigt beheer, rapportages en ondersteuning.

De implementatie richt zich op de registratie van medisch-specialistische verrichtingen die binnen de zorginstelling wordt uitgevoerd. Dure geneesmiddelen, GGZ, jeugdzorg, en geriatrie revalidatiezorg (GRZ) zijn niet opgenomen in de VT en vallen daarom buiten scope van de implementatie.

Laboratoriumverrichtingen zijn opgenomen in de VT, maar de standaardisatie van laboratoriumaanvragen en de koppeling met internationale standaarden SNOMED en LOINC zijn nog in ontwikkeling. De actuele stand van zaken kan worden opgevraagd bij DHD.

2.1.3 Uitgangspunten

Tot slot worden de uitgangspunten vastgesteld waarop de VT is gebaseerd. Deze uitgangspunten vormen het vertrekpunt voor de impactanalyse en de implementatie. In een latere fase kan worden besloten hiervan af te wijken wanneer de impact te groot blijkt.

1. **Registratie:** Zorg wordt geregistreerd aan de bron met één uniforme dataset van medisch-inhoudelijke beschrijvingen van geleverde zorg: de Verrichtingenthesaurus.
2. **Inrichting EPD:** Alle dragers van verrichtingen, zoals orders en afspraakcodes, zijn gebaseerd op VT-termen.
3. **Declaratie:** Declaratie volgt automatisch uit de geregistreerde VT-term.

De declaraties en financiële opbrengsten worden niet beïnvloed door de implementatie van de VT. De naamgeving van geregistreerde verrichtingen verandert, maar de geleverde zorg en afleiding naar zorgactiviteiten en zorgproducten blijft gelijk. Bij de implementatie wordt er gemonitord dat de afleiding naar zorgproducten gelijk blijft. Indien afwijkingen ontstaan, wordt onderzocht of dit een fout is in de eerdere registratie of in de nieuwe registratie.

2.2 Inrichting van de projectorganisatie

Wijs een projectleider aan die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de analysefase en de voorbereiding van besluitvorming. De analysefase vraagt om een domeinoverstijgende blik. De impactanalyse kan daarom door verschillende functies worden uitgevoerd, mits deze onafhankelijk naar processen, systemen en gegevensgebruik binnen de organisatie kunnen kijken. Denk bijvoorbeeld aan een projectmedewerker, adviseur informatievoorziening, zorgadministrateur of externe consultant.

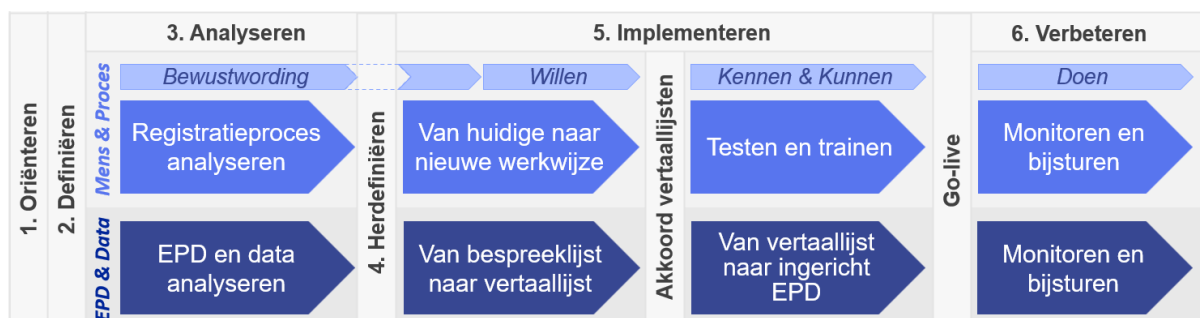
De projectleider of projectmedewerker voert de analyse uit en kijkt zelf mee met vertegenwoordigers van de betrokken domeinen. Betrek in ieder geval vertegenwoordigers die:

- Registreren (behandelaars)
- Inplannen en coördineren (polimedewerkers, medisch secretaresses, planners)
- Software inrichten, technisch testen en beheren (applicatiebeheer, ICT, (decentraal) functioneel beheer, softwareleveranciers)
- Corrigeren, controleren en declareren (zorgregistratie, zorgadministratie, DBC-experts, stafadviseurs)
- Managen, sturen en analyseren (P&C, BI, F&D, onderzoekers, ICM)

2.3 Planning en randvoorwaarden

De implementatie van de VT bestaat uit meerdere fasen. In deze fase wordt nog geen definitieve implementatieplanning opgesteld. Eerst wordt inzicht verkregen in de huidige situatie en de impact van de implementatie. Pas daarna kan worden bepaald welke implementatiestrategie het beste aansluit bij de zorginstelling en welke planning realistisch is.

De implementatie wordt uitgevoerd langs twee samenhangende sporen: Mens & Proces en EPD & Data (zie Figuur 3). De VT raakt zowel de manier waarop zorg wordt geregistreerd als de systemen waarin dit gebeurt. Beide sporen vragen daarom om een analyse en aanpak, nader toegelicht in Hoofdstuk 3. De analysefase brengt voor beide sporen de impact in kaart. Op basis van de analyse worden de uitgangspunten herijkt en wordt bepaald welke activiteiten, capaciteit en doorlooptijd nodig zijn voor de implementatie.



Figuur 3. Fasering van de VT-implementatie met de sporen Mens & Proces en EPD & Data.

Voor het uitvoeren van de analysefase is voldoende capaciteit vanuit de betrokken disciplines nodig. Vanuit praktijkervaring is in Tabel 1 een grove indicatie opgesteld van de benodigde tijdsinzet voor het uitvoeren van de analyse. De benodigde capaciteit voor de implementatie wordt pas bepaald op basis van de analyse-uitkomsten.

Rol	Indicatie
Registreren	± 30 minuten per specialisme
Corrigeren, controleren en declareren	± 2 uur
Managen, sturen en analyseren	± 2 uur
Software inrichten, technisch testen en beheren	± 100 uur
Projectleider / projectmedewerker	± 80 uur

Tabel 1: Indicatie benodigde tijdsinzet voor Fase 3: Analyseren

3. Analyseren

In de analysefase wordt de huidige situatie in kaart gebracht. Het doel is om te begrijpen hoe verrichtingen op dit moment worden geregistreerd, gecontroleerd, gecorrigeerd en gebruikt. Dit is essentieel om de toekomstige situatie en benodigde activiteiten af te stemmen op de praktijk.

Het advies is om de analyse uit te voeren per zorgonderdeel. Een zorgonderdeel wordt apart beschouwd wanneer in de praktijk regelmatig verschillen worden gezien in proces, systeeminstelling of registratiewijze.

Besteed in ieder geval aandacht aan:

- OK
- Polikliniek
- Kliniek
- Spoedeisende Hulp
- Radiologie en radiotherapie
- Laboratoria (indien binnen scope, zie [2.1.2. Scope](#))
- Functieafdelingen
- Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (MKA)
- Paramedische zorg
- Zorglogistiek (consulten, opnamedagen, verpleegdagen e.d.)

Breng per zorgonderdeel zowel het registratieproces als de systeemondersteuning in kaart.

3.1 Analyse van mens en proces

Het doel van de procesanalyse is om inzicht te krijgen in de manier waarop verrichtingenregistratie in de praktijk plaatsvindt. Het is niet noodzakelijk om alle medewerkers of specialismen afzonderlijk te analyseren. Wel is het belangrijk om een representatieve afvaardiging van betrokkenen te betrekken en daarmee alle varianten in kaart te brengen.

De meest waardevolle inzichten ontstaan vaak door registratieprocessen in de praktijk te observeren. Kijk daarbij mee tijdens het zorgproces en op de werkplek van medewerkers die registreren, controleren of corrigeren. Hierdoor ontstaat inzicht in de daadwerkelijke werkwijze, inclusief lokale afspraken, uitzonderingen en handmatige stappen die niet altijd in procesbeschrijvingen zijn vastgelegd.

Breng per zorgonderdeel in kaart:

- **Wie** registreert, corrigeert en controleert verrichtingen?
Bijvoorbeeld: de arts, verpleegkundige, assistent, secretaresse, planner, DBC-consulent?
- **Wat** wordt geregistreerd, gecontroleerd en gecorrigeerd?
Bijvoorbeeld: alle zorg die wordt uitgevoerd, of alleen wat wordt gedeclareerd?
- **Wanneer** in het zorgproces wordt geregistreerd, gecontroleerd en gecorrigeerd?
Bijvoorbeeld: bij het aanvragen, plannen, uitvoeren, administreren, factureren?
- **Hoe** wordt geregistreerd, gecontroleerd en gecorrigeerd?
Bijvoorbeeld: handmatig, via een voorkeurslijst, order, formulier, afspraakcode, of een combinatie hiervan?

3.2 Analyse van data en EPD

3.2.1 Analyse van data in het EPD

Het doel van deze analyse is om de informatieroute van registratie tot verrichting in kaart te brengen. Voer deze analyse per zorgonderdeel uit, samen met applicatiebeheerders, functioneel beheerders en andere medewerkers die betrokken zijn bij de inrichting van de registratie.

Breng per zorgonderdeel in kaart:

- Welke systemen, modules en applicaties worden gebruikt voor registratie?
- Welke dragers van verrichtingen zijn ingericht, zoals orders, afspraakcodes, sjablonen, radiologie- en functieonderzoeken en vragenlijsten? Welke gevolgen heeft vervanging van de huidige verrichtingencodes door VT-termen voor de inrichting?
- Hoe kunnen verrichtingen in bestaande dragers worden vervangen? Handmatig, of in bulk via een import of een databaseactie?
- Welke codestelsels worden gebruikt? CBV, ZA-codes, eigen codes (= lokaal door het ziekenhuis aangemaakte verrichtingcodes) of een combinatie hiervan?
- Welke koppelingen bestaan tussen systemen? Welke informatie wordt verstuurd via de koppeling?
- Welke systemen leveren gegevens aan het EPD en welke systemen gebruiken deze gegevens?

3.2.2 Analyse van secundair gebruik van data

Verrichtingen worden na registratie op verschillende manieren gebruikt binnen en buiten de zorginstelling. Om de impact van de implementatie van de VT te bepalen, is het belangrijk om inzichtelijk te maken waarvoor verrichtingen worden gebruikt en welke afhankelijkheden daarbij bestaan.

Breng per toepassing in kaart:

- welke verrichtingen worden gebruikt;
- welke systemen, rapportages of processen hiervan afhankelijk zijn;
- welke gevolgen een wijziging van codering kan hebben.

Declaratie en financiën

De implementatie van de VT leidt niet tot veranderingen in de geleverde zorg. De opbouw van DBC's blijft gebaseerd op DBC-diagnose- en zorgactiviteitcodes.

Wel is het belangrijk om in kaart te brengen waar verrichtingen worden gebruikt binnen declaratie- en financiële processen. Besteed daarbij met name aandacht aan processen buiten de reguliere DBC-afleiding, zoals:

- prijslijsten en afspraken met derden;
- onderlinge dienstverlening;
- kostprijsberekeningen;
- interne verrekeningen;
- financiële controles.

Capaciteitsmanagement

Verrichtingen kunnen worden gebruikt voor planning, logistiek en capaciteitsmanagement. Wijzigingen in codering kunnen daardoor gevolgen hebben voor processen die indirect afhankelijk zijn van verrichtingenregistratie. Breng in kaart of verrichtingen worden gebruikt voor:

- planning van afspraken, behandelingen of onderzoeken;
- capaciteitsplanning van personeel, ruimtes, bedden of apparatuur;
- OK-planning en berekening van operatieduur;
- voorraadbeheer en materiaalverbruik;
- werklijsten, signaleringen en logistieke processen.

Externe aanleveringen

Onderzoek welke externe partijen gebruikmaken van verrichtingengegevens of verrichtingencodes ontvangen vanuit de zorginstelling. Breng in kaart welke gegevens worden aangeleverd, welke codestelsels worden gebruikt en welke aanpassingen mogelijk nodig zijn bij een overgang naar de VT. Denk hierbij onder andere aan:

- LBZ-aanleveringen;
- kwaliteitsregistraties;
- externe registratiesystemen;
- samenwerkingspartners in de zorgketen.

Wetenschappelijk onderzoek

Verrichtingen worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek, onderzoeksselecties of dataverzoeken. De overgang naar de VT kan gevolgen hebben voor bestaande definities, selecties en trendanalyses. Breng daarom in kaart:

- welke onderzoeken afhankelijk zijn van verrichtingenregistratie;
- welke selecties gebruikmaken van huidige codestelsels;
- waar risico bestaat op een trendbreuk vóór en na implementatie.

Interne sturing en rapportages

Inventariseer samen met BI en/of Planning & Control welke rapportages gebruik maken van verrichtingengegevens en welke codestelsels daarbij worden gebruikt. Breng daarbij in kaart:

- welke rapportages gebruikmaken van CBV-codes, ZA-codes of eigen codes;
- welke dashboards en managementrapportages afhankelijk zijn van verrichtingenregistratie;
- op welk detailniveau wordt gerapporteerd;
- waar mogelijke trendbreuken kunnen ontstaan.

4. Herdefiniëren

De analyse maakt inzichtelijk in hoeverre de huidige situatie aansluit op de uitgangspunten van de VT. Op basis van deze inzichten wordt de impact op Mens & Proces en EPD & Data bepaald. Vervolgens worden de projectdefinitie, planning en projectorganisatie waar nodig herijkt.

4.1 Analyse vertalen naar impact

Gebruik de analyse-uitkomsten om de impact van de implementatie te bepalen. Tabel 2 beschrijft hoe analyse-uitkomsten kunnen leiden tot een beperkte, matige of grotere implementatieopgave.

Analyse		Impact op mens en proces
Mens en proces	Zorgverlener registreert zelf (registratie aan de bron)	- Beperkte impact. De terminologie van de VT sluit aan op de medische praktijk. Communicatie en beperkte instructie zijn meestal voldoende.
	Assistent, secretaresse of DBC-consulent registreert (vaak achteraf)	+ Grotere impact Mogelijk is aanpassing van werkprocessen nodig of extra inzet voor opleiding, testen en ondersteuning.
	Veel automatische registratie (met orders, afspraak-codes, enz.)	- Beperkte impact Gebruikers merken minder van de overgang.
	Veel handmatige registratie	+ Grotere impact Gebruikers merken meer van de overgang naar VT-termen. Meer aandacht voor communicatie en training.
	Registratie gericht op geleverde zorg	- Beperkte impact Zorgverleners en zorgadministratie zijn al gewend de geleverde zorg vast te leggen, los van de declaratie.
	Registratie gericht op declaratie	+ Grotere impact Mogelijk moeten registratieafspraken of werkprocessen worden aangepast.
Data in het EPD	Dragers van verrichtingen (orders, afspraakcodes, enz.) beschrijven de geleverde zorg op detailniveau van de VT (bijv. gebruik Standaard Content in HiX)	- Beperkte impact Orders, afspraakcodes, enz. blijven ongewijzigd. De zorgverlener merkt niets van de wijziging van de achterliggende verrichting. Ook aanvraag-, logistieke en planningsprocessen kunnen behouden blijven.

Dragers van verrichtingen (orders, afspraakcodes, enz.) beschrijven niet de geleverde zorg op detailniveau van de VT (maar bijv. gebaseerd op ZA-codes of eigen inrichting)	+/- Matige impact als de zorgverlener zelf registreert. De dragers van verrichtingen worden aangepast aan de VT. Hoewel de zorgverlener wijzigingen merkt in dragers, weet deze welke zorg is geleverd en kan daardoor doorgaans de juiste registratie selecteren. + Grotere impact als ondersteunende functies registreren. De dragers van verrichtingen worden aangepast aan de VT. Mogelijk is voor hen onduidelijk welke drager zij in de nieuwe situatie moeten selecteren en kan een aanpassing van het werkproces nodig zijn. Daarnaast kunnen wijzigingen nodig zijn in aanvraag-, logistieke en planningsprocessen.
---	---

Tabel 2a: Relatie tussen analyse-uitkomsten en de verwachte impact op Mens & Proces.

Analyse	Impact op data en EPD
Data in het EPD	- Beperkte impact Orders, afspraakcodes, en andere dragers van verrichtingen blijven ongewijzigd. Alleen de achterliggende verrichting hoeven vervangen te worden door VT-termen.
	+ /++ Grotere impact Orders, afspraakcodes en andere dragers van verrichtingen moeten worden aangepast, nieuw worden ingericht en/of in gebruik worden genomen.
	- Beperkte impact Bestaande CBV- en ZA-codes worden vertaald naar VT-termen.
	+/- Matige impact Eigen codes worden vertaald naar VT of een andere inrichting binnen het EPD.
	+ Grotere impact Er moet worden uitgezocht wie de codes gebruikt, welke informatiebehoefte zij ondersteunen en welke oplossing daarvoor geschikt is in de nieuwe situatie.
Secundair gebruik	- Beperkte impact Bestaande systemen kunnen grotendeels ongewijzigd blijven. De VT-registratie kan aanvullend worden gebruikt voor verbeterde rapportages en analyses.
	+ Grotere impact Bestaande systemen moeten worden aangepast naar VT-termen. Rapportages, koppelingen, controles en analyses moeten worden aangepast en getest.

Tabel 2b: Relatie tussen analyse-uitkomsten en de verwachte impact op Data & EPD.

4.2 Herijken projectdefinitie

4.2.1 Herijken doelen, scope en uitgangspunten

Op basis van de analyse-uitkomsten wordt beoordeeld of de projectdefinitie nog aansluit bij de werkelijke implementatieopgave. Op basis van de impact kunnen de uitgangspunten worden aangepast.

Er zijn drie uitgangspunten beschreven:

1. **Registratie:** Zorg wordt geregistreerd aan de bron met één uniforme dataset van medisch-inhoudelijke beschrijvingen van geleverde zorg: de Verrichtingenthesaurus.

Wanneer uit de analyse blijkt dat registratie voornamelijk wordt uitgevoerd door ondersteunende functies, veel handmatig plaatsvindt en/of sterk gericht is op declaratie, kan dit aanleiding zijn om aanvullende projectdoelen op te nemen, zoals het verder standaardiseren van registratieprocessen tussen zorgonderdelen of het organiseren van registratie meer aan de bron.

Als deze aanvullende projectdoelen niet realiseerbaar zijn, kan worden gekozen voor een suboptimale implementatie waarbij (een deel van) de eigen codes blijven bestaan en slechts een deel wordt vervangen door VT-termen.

2. **Inrichting EPD:** Alle dragers van verrichtingen, zoals orders en afspraakcodes, zijn gebaseerd op VT-termen.

Als blijkt dat dragers van verrichtingen de geleverde zorg niet beschrijven op het detailniveau van de VT, dan pas je deze aan zodat zij aansluiten op de uitgangspunten van de VT.

Als de benodigde systeemaanpassingen niet realiseerbaar zijn binnen de beschikbare capaciteit van applicatiebeheer, kan worden gekozen voor een alternatief uitgangspunt waarbij dragers van verrichtingen zoveel mogelijk ongewijzigd blijven en alleen de achterliggende verrichtingen worden omgezet naar VT-termen. Houd er rekening mee dat hiermee een belangrijke meerwaarde van de VT verloren gaat. Zorgverleners zien immers de naam van de drager van de verrichting, zoals een order of afspraakcode, en niet de achterliggende VT-term. Wanneer deze naamgeving niet wordt aangepast, blijven gebruikers werken met de bestaande terminologie en wordt de verbetering die de VT biedt niet zichtbaar in de dagelijkse praktijk. Dit kan leiden tot verwarring, extra vragen en een grotere kans op onjuiste registratie.

DHD raadt deze implementatievariant daarom af. Een belangrijk voordeel van de VT is juist dat zorgverleners registreren in herkenbare, medisch-inhoudelijke terminologie die aansluit bij hun dagelijkse praktijk.

3. **Declaratie:** Declaratie volgt automatisch uit de geregistreerde VT-term.

Als blijkt dat registratie voornamelijk is gericht op declaratie in plaats van op de geleverde zorg, vraagt dit een verandering in werkwijze en denkwijze. Pas processen en afspraken waar mogelijk aan zodat zorgverleners en zorgadministratie registreren welke zorg daadwerkelijk is geleverd, waarna declaratie automatisch volgt uit de registratie.

Als deze verandering niet realiseerbaar is binnen de beschikbare tijd, capaciteit of organisatorische mogelijkheden, kan worden gekozen voor een alternatief uitgangspunt waarbij bestaande declaratieprocessen zoveel mogelijk ongewijzigd blijven. Houd er rekening mee dat hierdoor een deel van de meerwaarde van de VT niet volledig wordt benut en registratie minder goed aansluit op de daadwerkelijk geleverde zorg.

Scope en livegang

In de fase *Definiëren* is uitgegaan van een organisatiebrede (big-bang) implementatie van de VT. Gebruik de analyse-uitkomsten om te bepalen of dit uitgangspunt haalbaar blijft. Kies voor een gefaseerde implementatie als dat technische of organisatorische noodzakelijk is én het betreffende zorgonderdeel onafhankelijk van andere onderdelen kan overgaan. Denk hierbij aan afhankelijkheden van deelsystemen of softwareleveranciers die per zorgonderdeel verschillen. Een gefaseerde implementatie kan ook noodzakelijk zijn wanneer de benodigde inrichting grotendeels handmatig moet worden uitgevoerd door een beperkt aantal beheerders.

Projectomgeving van het EPD

Bepaal op basis van de analyse-uitkomsten of een aparte projectomgeving wenselijk is. Dit kan helpen bij het testen van de VT-inrichting en het trainen van gebruikers voordat de VT in productie beschikbaar wordt gesteld. In veel EPD's is tijdens ad-hoc registratie slechts één verrichtingsset direct beschikbaar, waardoor gebruikers niet gelijktijdig met zowel de huidige verrichtingen als de VT kunnen werken. Houd er rekening mee dat een aparte projectomgeving vaak kosten met zich meebrengt en een freeze kan vereisen. Veel technische aanpassingen kunnen echter ook in bestaande testomgevingen of op de achtergrond worden voorbereid. Een aparte projectomgeving is daarom niet noodzakelijk.

4.2.2 Herijken van de projectorganisatie en planning

Gebruik de impactanalyse om te bepalen welke disciplines een actieve rol moeten krijgen tijdens de implementatie en welke activiteiten de meeste capaciteit en afstemming vragen.

De analyse maakt inzichtelijk waar binnen beide sporen de grootste impact wordt verwacht. Wanneer de grootste impact ligt binnen Mens & Proces, kan extra betrokkenheid van zorgverleners en projectmedewerkers wenselijk zijn. Ligt de impact vooral binnen EPD & Data, dan vraagt dit vaak meer inzet van applicatiebeheer. Controleer daarnaast of de projectorganisatie voldoende mandaat heeft om de benodigde veranderingen door te voeren.

Gebruik de analyse-uitkomsten en gekozen uitgangspunten vervolgens om een implementatieplanning op hoofdlijnen op te stellen. Daarbij is niet alleen de totale tijdsinzet relevant, maar ook wanneer verschillende disciplines betrokken moeten zijn en welke activiteiten afhankelijk zijn van elkaar. Dit staat beschreven in de detail planning in Bijlage B.

Het is niet mogelijk om één algemene doorlooptijd of capaciteitsinschatting voor de implementatie van de VT te geven. Gebruik de impactanalyse daarom als uitgangspunt voor een eigen inschatting. De onderstaande praktijkscenario's in Tabel 3 kunnen worden gebruikt als referentie voor een implementatie met beperkte respectievelijk grotere impact.

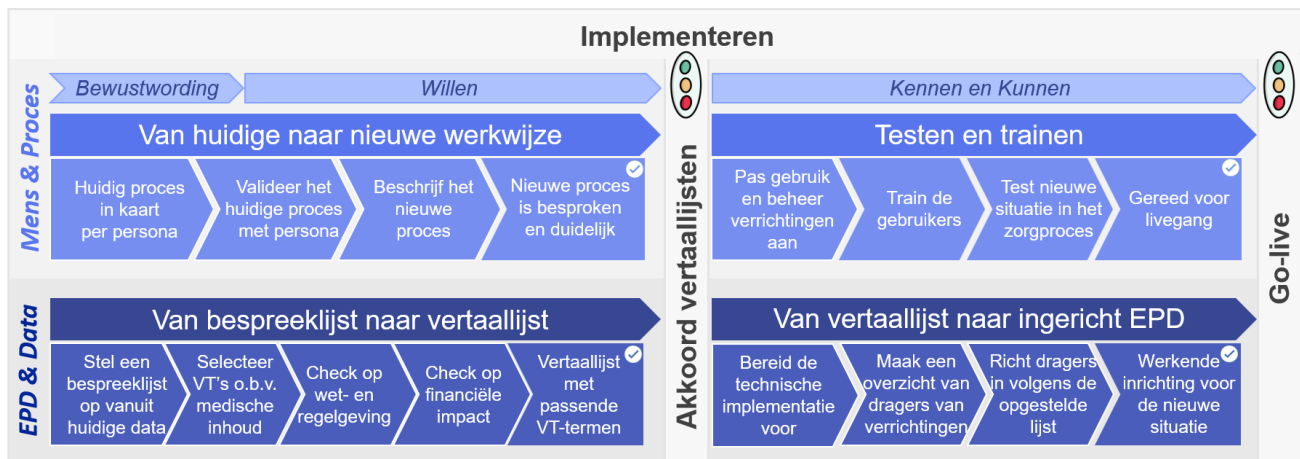
	Scenario 1: Beperkte impact	Scenario 2: Grotere impact
Grootte organisatie	Klein	Groot
Timing	Met update van het EPD	Zonder update van het EPD
Livegang	Big-bang	Gefaseerd
Wijziging in registratieproces	Geen	Aanvraag op basis van verrichting i.p.v. aanvraag met vrije tekst
Totale duur implementatiefase	3 maanden	6 maanden
Tijdsinzet		
Projectmedewerker	200 uur (0.4 FTE)	1200 uur (1.2 FTE)
Applicatiebeheer	100 uur (0.2 FTE)	200 uur (0.2 FTE)
Zorgverleners	1 uur per specialisme	2 uur per specialisme
Zorgregistratie	8 uur per specialisme	8 uur per specialisme
Finance & Control	40 uur	60 uur

Tabel 3: Indicatieve praktijkscenario's voor fases Implementeren en Verbeteren met beperkte en grotere impact. Dit zijn voorbeelden uit de praktijk, de werkelijk benodigde tijdsinzet kan hier vanaf wijken.

5. Implementeren

5.1 Implementatieaanpak

De implementatiefase bestaat uit twee samenhangende sporen: Mens & Proces en EPD & Data. Figuur 4 geeft de belangrijkste stappen, resultaten en go/no-go momenten weer. Acties en resultaten binnen beide sporen zijn afhankelijk van elkaar. De uitgebreidere planning met onderlinge afhankelijkheden tussen activiteiten, rollen en resultaten is opgenomen in Bijlage B. Houd voldoende ruimte in planning en capaciteit om te kunnen inspelen op nieuwe inzichten die ontstaan tijdens de inrichting, validatie en het testen.



Figuur 4: Implementeren op sporen Mens & Proces en EPD & Data uitgewerkt in stappen

Doorloop de beschreven stappen per specialisme. Verschillende specialismen kunnen zich gelijktijdig in verschillende fasen bevinden. Zo kan voor het ene specialisme de vertaallijst worden opgesteld terwijl voor een ander specialisme al wordt getest. De beschreven go/no-go momenten vinden daarom plaats per specialisme of zorgonderdeel en niet uitsluitend op projectniveau.

De implementatie van de VT betekent niet alleen een aanpassing van systemen, maar vaak ook een verandering in werkwijze. Besteed daarom gedurende de implementatie aandacht aan communicatie, betrokkenheid, opleiding, begeleiding en borging. Deze onderwerpen sluiten aan bij de ADKAR-methodiek: Awareness (bewustwording), Desire (willen), Knowledge (kennen), Ability (kunnen) en Reinforcement (doen). Een toelichting op deze methodiek is opgenomen in Bijlage C.

5.2 Van huidige naar nieuwe werkwijze

In de analysefase zijn de verschillende varianten van verrichtingenregistratie in kaart gebracht samen met een aantal vertegenwoordigers van de afdelingen. Om eventuele wijzigingen in de werkwijze zorgvuldig door te voeren, is het belangrijk om voor ieder specialisme eerst goed te begrijpen wie registreert, wat wordt geregistreerd, wanneer dit gebeurt en waarom op deze manier wordt gewerkt. Pas wanneer hierover overeenstemming bestaat, kan een passende werkwijze voor de nieuwe situatie worden ontworpen.

Voer onderstaande stappen uit om tot een nieuwe werkwijze te komen:

1. Huidig registratieproces in kaart per persona

- Gebruik de analyse-uitkomsten als uitgangspunt.

- Werk per specialisme uit welke registratievariant wordt gebruikt.
- Beschrijf per rol wie registreert, controleert en corrigeert, wat wordt geregistreerd, wanneer dit gebeurt en welke hulpmiddelen daarbij worden gebruikt.

2. Valideer het huidige proces met de persona

- Bespreek en valideer de beschreven werkwijze met de betrokken medewerkers.
- Controleer of uitzonderingen, lokale afspraken en handmatige stappen voldoende zijn meegenomen.
- Blijf nieuwsgierig naar de redenen achter bestaande werkwijzen. Onderzoek indien van toepassing welke belemmeringen ervoor zorgen dat zorgverleners niet uniform werken, niet aan de bron registreren of geen gebruik maken van gestandaardiseerde aanvragen.

3. Beschrijf het nieuwe proces

- Werk de gewenste werkwijze uit op basis van de gedefinieerde uitgangspunten.
- Beschrijf per rol wat er verandert, wat de implementatie voor hen oplevert en wat er gelijk blijft.
- Bepaal welke procesmatige en systeemtechnische maatregelen nodig zijn om geconstateerde belemmeringen weg te nemen.
- Leg nieuwe rollen, verantwoordelijkheden, registratiemomenten en registratieafspraken vast.
- Beoordeel welke processen afhankelijk zijn van (historisch uitgevoerde) verrichtingen, zoals OK-planning, capaciteitsmanagement, logistieke processen, rapportages of controles, en leg vast hoe deze in de nieuwe situatie worden ondersteund.

Resultaat: **Nieuwe proces is besproken en duidelijk**

- Bespreek de nieuwe werkwijze met de betrokken medewerkers.
- Zorg dat duidelijk is welke veranderingen worden doorgevoerd en welke gevolgen dit heeft voor de dagelijkse praktijk.

In deze stap ligt de nadruk op *Awareness* en *Desire*.

Awareness - Bewustwording creëren van noodzaak tot verandering

Voor veel betrokkenen start bewustwording al tijdens de analysefase. Gebruik de gesprekken over de huidige en toekomstige werkwijze om goed te begrijpen waarom medewerkers vandaag op deze manier werken, welke knelpunten zij ervaren en welke zorgen zij hebben bij de verandering. Leg daarbij uit waarom de VT wordt geïmplementeerd en wat dit specifiek betekent voor hun dagelijkse werkzaamheden.

Desire - Wens opbouwen om mee te werken aan verandering

Betrek zorgverleners, zorgadministratie en andere betrokkenen actief bij het ontwerpen en valideren van de nieuwe werkwijze. Luister daarbij naar hun behoeften en maak concreet welke voordelen de verandering voor hun rol oplevert. Denk bijvoorbeeld aan minder interpretatieverschillen, duidelijkere registratieafspraken of een betere aansluiting tussen registratie en de daadwerkelijk geleverde zorg. Maak waar mogelijk gebruik van ambassadeurs binnen specialismen om collega's hierin mee te nemen.

5.3 Van bespreeklijst naar vertaallijst

Het doel van deze stap is om vast te stellen welke zorg binnen de zorginstelling wordt geleverd en welke VT-termen deze zorg het beste beschrijven. De vertaallijst vormt de inhoudelijke basis voor de verdere implementatie en bepaalt welke VT-termen uiteindelijk in gebruik worden genomen. De vertaallijst wordt opgesteld per specialisme.

Als tussenstap wordt een bespreeklijst gebruikt: een voorlopige selectie van VT-termen die naar verwachting aansluiten op de geleverde zorg. Deze lijst wordt vervolgens gevalideerd met zorgverleners en gecontroleerd door zorgadministratie en Finance & Control.

Voer hiervoor de volgende stappen uit:

1. Stel een bespreeklijst op vanuit huidige data

- Verzamel per specialisme uitgevoerde verrichtingen (CBV-, ZA- en eigen codes) en bijbehorende dragers van de verrichtingen, zoals orders, afspraakcodes en voorkeurslijstjes.
- Pak als je deze hebt laten uitvoeren ook de data-analyse van de DHD erbij als brondata voor een totaaloverzicht van de gedeclareerde verrichtingen.
- Vertaal CBV- en ZA-codes met behulp van de migratietabel van de DHD naar VT-termen. Deze wordt aangeleverd door de DHD.
- Stel de bespreeklijst waar mogelijk op vanuit de medische context waarin zorg wordt geregistreerd (zie kader 'Bespreeklijst opstellen vanuit medische context').
- Houd de bespreeklijst zo kort en praktisch mogelijk. Het doel is niet om een volledige lijst met historische registraties te beoordelen, maar om vast te stellen welke zorg daadwerkelijk wordt geleverd. Ontbrekende verrichtingen kunnen later altijd worden toegevoegd.
- Vraag een wijziging of nieuwe verrichting aan bij DHD wanneer geen passende VT-term beschikbaar is (zie Bijlage D. voor meer informatie over het aanvraagproces).

2. Selecteer VT's o.b.v. medische inhoud

- Plan de gesprekken met artsen tijdig in. Zeker bij snijdende specialismen, waar de bespreeklijsten omvangrijk kunnen zijn. Overweeg om meerdere korte sessies in te plannen, zodat de bespreeklijst eventueel slimmer kan worden voorbereid en vervolgsessies efficiënter verlopen.
- Bespreek met artsen of de voorgestelde VT-termen de daadwerkelijk geleverde zorg correct beschrijven. Overweeg om 1-op-1 vertalingen achterwege te laten om de lijst werkbaar te houden.
- Vul ontbrekende verrichtingen aan. Vooral bij registratie op basis van financiële codes kan blijken dat meer zorg wordt geleverd dan momenteel wordt geregistreerd.

3. Check op wet- en regelgeving

- Deel de lijst VT-termen met de zorgadministratie.
- Controleer bij welke vertalingen de afleiding van VT naar zorgactiviteiten afwijkt van die van de huidige verrichting.
- Controleer of de gekozen VT-termen voldoen aan wet- en regelgeving.
- Leg vast welke vertalingen moeten worden aangepast en welke verschillen bewust worden geaccepteerd.

4. Check op financiële impact

- Deel de lijst VT-termen met Finance & Control.
- Controleer bij welke vertalingen de afleiding van VT naar zorgactiviteiten afwijkt van die van de huidige verrichting.
- Controleer of verschillen in zorgactiviteiten leiden tot verschillen in zorgproducten.
- Maak een inschatting van de financiële impact van eventuele verschillen.

Resultaat: Een vertaallijst per specialisme met passende VT-termen

- Verwerk de uitkomsten van de inhoudelijke, registratiekundige en financiële toets.
- Leg per specialisme vast welke VT-termen in gebruik worden genomen.
- Laat de vertaallijst accorderen voordat wordt gestart met inrichting van systemen en testen.

Bespreeklijst opstellen vanuit medische context

Stel de bespreeklijst waar mogelijk op vanuit de medische context waarin zorg wordt geregistreerd, zoals poli-afspraken, OK-sjablonen, radiologieaanvragen, functieonderzoeken, orders, vragenlijsten en consultbouwstenen. Hierdoor is vaak direct duidelijk welke zorg wordt geleverd en welke VT-term daarbij hoort.

Door verrichtingen binnen hun zorgproces te vertalen, kan een projectmedewerker met zorginhoudelijke kennis veel verrichtingen voorselecteren. De zorgverlener hoeft vervolgens vooral te controleren of de voorgestelde verrichtingen worden uitgevoerd. Hierdoor wordt de bespreeklijst korter en neemt de benodigde tijdsinzet van zorgverleners aanzienlijk af.

Let op: Vertaal alleen vanuit medische context wanneer deze de geleverde zorg voldoende beschrijft. Bij veel vrije registratie en beperkt gebruik van afspraakcodes, orders of voorkeurslijstjes bestaat het risico dat verrichtingen worden gemist. Wanneer onvoldoende medische context beschikbaar is, kunnen historische productiegegevens worden gebruikt bij het opstellen van de bespreeklijst. DHD biedt hiervoor een [kosteloze data-analyse](#) aan.

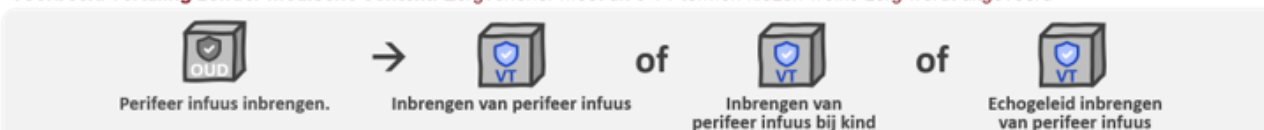
Vertaling zonder medische context (afspraakcodes, orders, sjablonen, enz.)



Vertaling met medische context (a.d.h.v. afspraakcodes, orders, sjablonen, enz.)



Voorbeeld vertaling zonder medische context: Zorgverlener moet uit 3 VT-termen kiezen welke zorg wordt uitgevoerd



Voorbeeld vertaling met medische context: Zorgverlener hoeft niet te kiezen, de keuze was duidelijk a.d.h.v. de afspraakcode



5.4 Van vertaallijst naar ingericht EPD

Het doel van de EPD-inrichting is om de registratie van verrichtingen in het EPD zo eenvoudig mogelijk te maken, waarbij de VT-term altijd het uitgangspunt is. Gebruik hiervoor de vastgestelde vertaallijsten uit de vorige stap.

Voer hiervoor de volgende stappen uit:

1. Bereid de technische implementatie voor

- Maak een projectomgeving van het EPD aan als dit binnen de projectdefinitie is bepaald.
- Laad de VT in en doe standaard aanpassingen in het EPD volgens de implementatiehandleiding van de softwareleverancier.
- Richt testcodes in en toets de verwachtingen die tijdens de impactanalyse zijn vastgesteld.
 - Controleer welke gevolgen de overgang naar VT-termen heeft voor bestaande dragers van verrichtingen, zoals orders, afspraakcodes, sjablonen, radiologie- en functieonderzoeken en vragenlijsten.
 - Test of de gekozen omzettingmethode technisch uitvoerbaar is. Voor HiX-ziekenhuizen is dat handmatige omzetting, importfunctionaliteit, database-acties of de mappingtool.
 - Controleer welke koppelingen gebruikmaken van verrichtingencodes, welke informatie wordt uitgewisseld en welke aanpassingen nodig zijn om de koppelingen te laten functioneren met VT-termen.
- Leg bevindingen vast en werk de technische implementatieaanpak bij waar nodig.

2. Maak een overzicht van dragers van verrichtingen

- Neem de vastgestelde vertaallijst met VT-termen als uitgangspunt.
- Breng per VT-term in kaart via welke drager(s) de verrichting wordt geregistreerd, zoals een order, afspraakcode, functieonderzoek en/of voorkeurslijst.
- Controleer of een bestaande drager kan worden hergebruikt, moet worden aangepast of nieuw moet worden aangemaakt.
- Leg per drager vast welke inrichting nodig is om de geselecteerde VT-term(en) te registreren.
- Let op: Soms is een verrichting in concept al geregistreerd, maar heeft deze nog een conceptstatus omdat de zorg nog moet worden uitgevoerd (voorbeeld: wachtlijst items). De verrichting wordt niet automatisch gewijzigd naar een vervangende VT-verrichting. Bekijk wat er nodig is om deze conceptverrichtingen om te zetten naar VT-termen.

3. Richt dragers van verrichtingen in volgens de opgestelde lijst

- Pas bij 1:1-vertalingen bestaande dragers aan door de huidige verrichting te vervangen door de VT-term.
- Maak nieuwe dragers van verrichtingen aan bij 1:n-vertalingen óf nieuwe verrichtingen.
- Laat bij n:1-vertalingen overbodige dragers vervallen.
- Bij gebruik eigen codes:
 - Pas de inrichting waar nodig aan om de informatiebehoefte van de eigen codes te vervangen.

Voorbeeld: Er werd gebruik gemaakt van eigen gemaakte codes voor zorg die de patiënt zelf moet betalen. Stel nu in de order/afpraakcode de facturatiestroom in dat de patiënt zelf betaalt, en koppel de passende VT-term aan de order/afpraakcode.

- Check bij de softwareleverancier welke aanpassingen nodig zijn als je eigen codes wil behouden in de nieuwe situatie.
HiX-specifieke inrichting: In HiX laat je de eigen codes beginnen met een 'X' om overlap te voorkomen met de VT-ID's van de DHD. Richt de codes in op tariefafdeling VT, indien de codes ad-hoc worden geregistreerd.
- Afhankelijk van de gekozen inrichtings- en omzettingmethode, zet je de nieuwe inrichting direct op vervallen. Bij livegang kan de inrichting (in bulk) worden geactiveerd.
- Zorg dat de inrichting aansluit op de nieuw vastgestelde werkwijze.

Resultaat: Werkende inrichting voor de nieuwe situatie

- Controleer of de inrichting volledig is uitgevoerd.
- Zorg dat de nieuwe registratie van verrichtingen technisch gereed is voor testen.

5.5 Testen en trainen

Het doel van deze stap is om vast te stellen dat gebruikers en processen gereed zijn voor livegang. In deze stap ligt de nadruk op Knowledge en Ability: gebruikers krijgen de kennis die nodig is om de nieuwe werkwijze te begrijpen en oefenen vervolgens met de toepassing ervan in hun eigen werkproces.

Werk hierbij de volgende stappen door:

1. Pas het gebruik van zorgregistratiedata en beheerprocessen aan

- Deel de vastgestelde vertaallijst met beheerders van rapportages, dashboards, controles, kwaliteitsregistraties, externe aanleveringen en andere toepassingen van zorgregistratiedata.
- Pas de in de analyse geïdentificeerde rapportages, koppelingen, controles, registraties en analyses (paragraaf 5.4) aan op basis van de vertaallijst.
- Controleer of overige gewenste stuurinformatie, verantwoording en gegevensuitwisseling behouden blijven.
- Onderzoek welke rapportages, analyses en processen profiteren van de extra detaillering en medisch-inhoudelijke registratie van de VT en pas deze aan naar wens.
- Vernieuw het verrichtingenbeheerproces en stem dit af op de VT. Beschrijf de volgende processen:
 - Zorgverlener kan zorg niet vastleggen en vraagt een verrichting aan bij beheer
 - Beheer vraagt een nieuwe verrichting aan bij de DHD
 - Beheer vraagt een wijziging aan in een bestaande verrichting bij de DHD
 - Beheer neemt de nieuwste VT-uitlevering in gebruik
 - Beheer richt nieuwe en gewijzigde VT-termen in registratieproces
 - *Indien HiX Standaard Content:* Beheer neemt Standaard Content (OK-) verrichtingen in gebruik
- Meld de verrichtingenbeheerders aan bij de DHD als lokaal beheerder voor updates, communicatie en toestemming om wijzigingsverzoeken in te dienen. Dit doe je middels een [machtigingsformulier](#), ondertekend door de Raad van Bestuur.

2. Train de gebruikers

- Stem de omvang van training en communicatie af op de doorgevoerde wijzigingen.
 - Wanneer de werkwijze grotendeels ongewijzigd blijft, registratie aan de bron plaatsvindt en gebruik wordt gemaakt van gestandaardiseerde werkprocessen, zijn communicatie en beperkte instructie vaak voldoende. Zorgverleners weten immers welke zorg zij leveren en de terminologie van de VT sluit aan op de medische praktijk.
 - Wanneer werkprocessen, registratiemomenten of verantwoordelijkheden veranderen, zijn aanvullende trainingen of instructiemomenten mogelijk wenselijk.
- Stel een trainings- en communicatieplan op per doelgroep.
- Stem met vertegenwoordigers van de doelgroep af welke ondersteuning nodig is en welke vorm daarbij past.
- Zet ambassadeurs en vertegenwoordigers vanuit de specialismen actief in voor communicatie, instructie en begeleiding. Zij kunnen de verandering vertalen naar de dagelijkse praktijk van hun collega's en vragen vanuit het werkproces beantwoorden.
- Besteed aandacht aan gewijzigde terminologie, registratieafspraken en het gebruik van nieuwe dragers van verrichtingen.
- Zorg dat gebruikers weten wat verandert, waarom dit verandert en waar zij terecht kunnen met vragen.

3. Test de nieuwe situatie in het zorgproces

- Stem de omvang van het testen af op de doorgevoerde wijzigingen.
 - Wanneer bestaande dragers van verrichtingen grotendeels behouden blijven en alleen omschrijvingen, achterliggende verrichtingen of nieuwe dragers worden toegevoegd, is een beperkte systeemtest vaak voldoende.
 - Wanneer werkprocessen, registratiemomenten, verantwoordelijkheden of de inrichting van dragers van verrichtingen wijzigen, test dan de nieuwe situatie in het volledige zorgproces.
- Controleer of gebruikers de juiste VT-termen kunnen vinden en registreren binnen de beschikbare informatie en hulpmiddelen.
 - Wanneer zorgverleners zelf registreren, kan vaak worden volstaan met een beperkte inhoudelijke validatie. Zij weten immers welke zorg zij leveren en kunnen doorgaans zelf de juiste order, afspraakcode of verrichting selecteren.
 - Wanneer registratie in de nieuwe situatie uitgevoerd blijft worden door ondersteunende functies, zoals secretaresses, assistenten of DBC-consulenten, test dan expliciet of zij voldoende medische context en ondersteuning hebben om de juiste VT-term te registreren. Controleer daarbij ook of werkinstructies, naslagwerken en systeeminrichting voldoende houvast bieden.
- Geef testbevindingen door aan applicatiebeheer, zodat de nodige aanpassingen kunnen worden gedaan in het EPD.

Resultaat: **Gereed voor livegang**

- Zorgverleners, zorgadministratie en andere betrokken gebruikers zijn getraind.
- De nieuwe werkwijze, systeeminrichting en rapportages zijn getest en akkoord bevonden.

- Beheerprocessen voor wijzigingsverzoeken, VT-updates en ondersteuning van gebruikers zijn ingericht.
- De organisatie is gereed voor livegang en doorontwikkeling van de VT.

5.6 Livegang

Bij de livegang wordt de nieuwe inrichting geactiveerd volgens de gekozen omzettingmethode. Informeer betrokken gebruikers vooraf over het moment van livegang en de beschikbare ondersteuning. De benodigde communicatie en ondersteuning zijn afhankelijk van de omvang van de verandering. Bij een beperkte impact kan gerichte communicatie voldoende zijn. Bij een grotere impact kan aanvullende ondersteuning wenselijk zijn, bijvoorbeeld door een rondgang langs poli's, secretariaten en andere afdelingen waar verrichtingen worden geregistreerd.

Richt daarnaast een centrale plek in voor het registreren van vragen, meldingen en verbeter suggesties en zorg dat gebruikers weten hoe zij deze kunnen melden. Denk bijvoorbeeld aan een telefoonnummer, servicedesk of meldpunt. De intensiteit van de ondersteuning is afhankelijk van de impact van de verandering. Monitor meldingen actief en los eventuele knelpunten met prioriteit op.

In de praktijk blijkt de livegang zelf vaak beperkt impactvol. De meeste vragen en aandachtspunten zijn tijdens de implementatiefase al ondervangen door inrichting, testen, communicatie en training. Gebruikers weten waar zij terecht kunnen wanneer zij een verrichting niet kunnen vinden of een verbeter suggestie hebben.

In de periode na livegang ontstaan doorgaans nog enkele verbeterpunten. Deze komen vaak voort uit nieuwe inzichten in rapportages, analyses, financiële processen of registratiecontroles en minder vaak vanuit de dagelijkse registratie door zorgverleners. Deze punten worden opgepakt binnen de verbeterfase.

6. Verbeteren

Deze fase staat in het teken van *Reinforcement*, de laatste bouwsteen van ADKAR. Door resultaten zichtbaar te maken, gebruikers feedback te geven en verbeteringen door te voeren, wordt de nieuwe werkwijze verder verankerd in de organisatie.

Na de livegang verschuift de aandacht van implementeren naar monitoren en bijsturen. In deze fase wordt gecontroleerd of de registratie verloopt zoals bedoeld, of de afleiding naar zorgactiviteiten en zorgproducten ongewijzigd blijft en of de nieuwe werkwijze in de praktijk goed wordt toegepast.

Monitor gedurende een afgesproken periode actief de registratie, rapportages en financiële afleiding. Deze monitoring wordt uitgevoerd door het BI/rapportageteam, de afdeling financiën en/of de zorgadministratie. Besteed aandacht aan (onverklaarbare) verschuivingen in zorgactiviteiten, zorgproducten, productie, financiële resultaten en stuurinformatie. Wanneer afwijkingen worden geconstateerd, onderzoek dan de oorzaak en bepaal of aanvullende maatregelen nodig zijn.

Gebruik de periode na livegang daarnaast om te onderzoeken hoe de verbeterde registratie met de VT beter kan worden benut. De VT biedt een meer gedetailleerde en medisch-

inhoudelijke vastlegging van de geleverde zorg. Hierdoor ontstaan mogelijkheden om rapportages, analyses, kwaliteitsregistraties en stuurinformatie verder te verrijken en beter aan te laten sluiten op de informatiebehoefte van de organisatie.

Houd gedurende de eerste periode na livegang een meldpunt beschikbaar en organiseer periodieke evaluaties met vertegenwoordigers van zorgverleners, zorgadministratie, informatievoorziening en applicatiebeheer. Gebruik de opgedane ervaringen om werkafspraken, inrichting en ondersteuning verder te verbeteren. Reserveer daarbij ook capaciteit vanuit applicatiebeheer voor nazorgwerkzaamheden, zoals het inrichten van aanvullende verrichtingen, aanpassen van afspraakcodes en behandelcodes, converteren van (order)sjablonen en het opschonen van dubbele of niet-gebruikte inrichting.

Bijlage A – Achtergrond Verrichtingenthesaurus

A1. Wat is de Verrichtingenthesaurus

De Verrichtingenthesaurus (VT) is de landelijke standaard voor de registratie van verrichtingen in de medisch-specialistische zorg. De VT bestaat uit een lijst met medisch relevante termen van verrichtingen bij patiënten, in de taal die medisch specialisten in de praktijk gebruiken.

De VT wordt ingelezen in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Verrichtingen kunnen hiermee op een eenduidige manier worden geregistreerd en gekoppeld worden aan internationale standaarden zoals SNOMED en/of LOINC⁴.

DHD heeft de VT ontwikkeld in opdracht van de NVZ en NFU (nu UMCNL), in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen, de Federatie Medisch Specialisten, Nictiz en zorginstellingen. Nieuwe verrichtingen, wijzigingen van omschrijvingen en afleidingen worden afgestemd met de relevante wetenschappelijke verenigingen. Hierdoor sluit de inhoud van de VT aan bij de medische praktijk. De VT is de opvolger van het huidige verouderde Verrichtingenbestand (CBV) en vormt de landelijke standaard voor verrichtingenregistratie in de medisch-specialistische zorg.

A2. Opbouw van de Verrichtingenthesaurus

De VT bevat de volgende onderdelen:

- **Verrichtingentermen.** Elke verrichting bestaat uit een voorkeursterm en kan daarnaast één of meerdere synoniemen bevatten. Voorkeurstermen zijn de gestandaardiseerde omschrijvingen van medische verrichtingen. Synoniemen maken het mogelijk om dezelfde verrichting terug te vinden met de terminologie die in de praktijk wordt gebruikt. Daarnaast kunnen zoektermen worden toegevoegd om de vindbaarheid binnen het EPD te vergroten. De VT bevat zowel medisch-specialistische verrichtingen als aanvullende registratiegroepen, zoals niet-medisch-specialistische verrichtingen, implantaten, protheses, bloedproducten en overige materialen.
- **Specialisme.** Verrichtingen worden gekoppeld aan de specialismen waarvoor zij relevant zijn. Hierdoor ontstaat per specialisme een eigen selectie van verrichtingen die gebruikt kan worden binnen het EPD. Een verrichting kan daarbij aan meerdere specialismen gekoppeld zijn.
- **VT-codes.** Iedere verrichting heeft een unieke VT-code die wordt gebruikt als technische identificatie van de verrichting binnen systemen, bestanden en gegevensuitwisseling. De VT-code heeft geen inhoudelijke betekenis; opeenvolgende codes zeggen daarom niets over de inhoud of relatie tussen verrichtingen.
- **Basis- en uitgebreide lijst.** De VT ondersteunt verschillende detailniveaus van registratie. Daarom wordt onderscheid gemaakt tussen een basislijst en een uitgebreide lijst. De basislijst bevat algemeen gebruikte verrichtingen die voor veel zorginstellingen voldoende detail bieden. De uitgebreide lijst bevat aanvullende specialistische verrichtingen voor situaties waarin een hoger detailniveau gewenst is, bijvoorbeeld binnen topklinische of academische zorg. Op de [Trex](#) en in de bestanden die DHD publiceert bij uitleveringen van de VT kan per specialisme

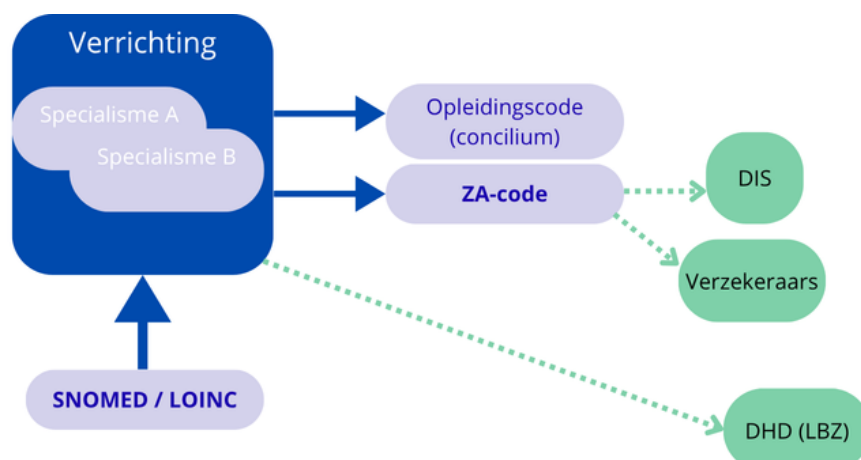
⁴ Koppeling met LOINC is op dit moment nog niet gerealiseerd in de Verrichtingenthesaurus. In afwachting van landelijke implementatie van Nederlandse labcodeset o.b.v. LOINC.

worden bekeken of een verrichting onderdeel uitmaakt van de basislijst of de uitgebreide lijst.

A3. Koppelingen en afleidingen

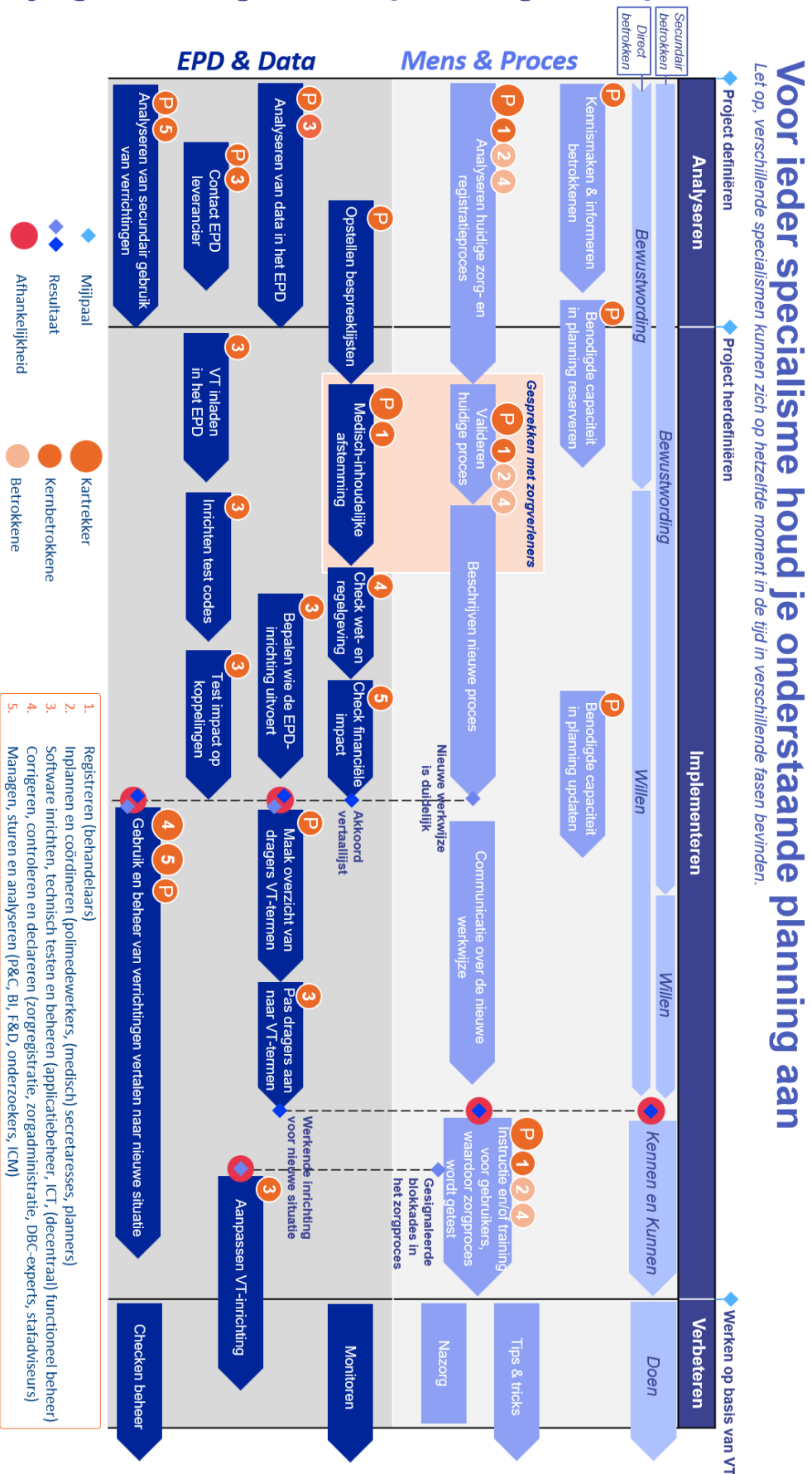
De VT bevat verschillende koppelingen en afleidingen naar andere registratiestandaarden. Hierdoor kan één registratie van geleverde zorg worden hergebruikt voor meerdere doeleinden.

- **SNOMED.** De meeste verrichtingentermen zijn gebaseerd op en gekoppeld aan SNOMED. Hierdoor kunnen verrichtingen worden hergebruikt voor gegevensuitwisseling, kwaliteitsregistraties, onderzoek en andere toepassingen die gebruikmaken van internationale terminologie. Het koppelen van de termen aan SNOMED is een lopend proces in afstemming met Nictiz, waarbij uiteindelijk naar een 100% koppeling gewerkt wordt tussen de VT en SNOMED.
- **Zorgactiviteiten (ZA-codes).** De meeste verrichtingen leiden af naar één zorgactiviteitcode (ZA-code). Deze afleiding wordt gebruikt voor de financiële registratie. Niet iedere verrichting heeft echter een gekoppelde ZA-code. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen wanneer een verrichting uitsluitend een medisch-inhoudelijk doel heeft of wanneer de NZa nog geen passende zorgactiviteit heeft vastgesteld. De afgeleide ZA-code leidt samen met de typerende DBC-diagnose uiteindelijk tot een zorgproduct dat wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraar en wordt gebruikt voor onder andere DIS-aanleveringen.
- **Conciliumcodes.** Voor verschillende specialismen ondersteunt de VT de automatische afleiding naar opleidingscodes (conciliumcodes). Deze codes worden gebruikt door artsen in opleiding tot specialist voor het vastleggen van uitgevoerde verrichtingen in hun opleidingsportfolio. Door de koppeling met de VT hoeft dezelfde verrichting niet apart voor opleidingsdoeleinden te worden geregistreerd.
- **LBZ-aanlevering.** De VT-codes worden, net als voorheen CBV-codes, gebruikt in de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ). Hierdoor blijven verrichtingen beschikbaar voor landelijke registraties, analyses en onderzoek.
- **Visitaties.** Bij visitaties door wetenschappelijke verenigingen kan de VT-registratie gebruikt worden, afhankelijk van het specialisme.



Figuur A1: Schematische weergave: Verrichtingen zijn gekoppeld aan o.a. SNOMED en LOINC, en leiden af naar opleidingscodes (conciliumcodes) en ZA-codes voor registratie in DIS, bij verzekeraars en via DHD in de LBZ.

Bijlage B – Uitgebreide planning VT-implementatie



Bijlage C – ADKAR methodiek

De implementatie van de Verrichtingenthesaurus vraagt niet alleen om technische aanpassingen, maar ook om aandacht voor de manier waarop medewerkers de verandering ervaren en toepassen. Hoewel werkprocessen en rollen vaak grotendeels gelijk blijven, veranderen registratiewijzen, terminologie en soms verantwoordelijkheden. Om deze verandering te begeleiden, kan gebruik worden gemaakt van de ADKAR-methodiek⁵.

De ADKAR-methodiek is een model voor verandermanagement dat helpt om veranderingen succesvol door te voeren binnen organisaties. Het acroniem ADKAR staat voor:

- Awareness | Bewustwording creëren van noodzaak tot verandering
- Desire | Wens opbouwen om mee te werken aan verandering
- Knowledge | Kennis opbouwen over hoe te veranderen
- Ability | Vermogen opbouwen om nieuwe processen toe te passen
- Reinforcement | Verankeren van de verandering

Elk van deze stappen vertegenwoordigt een noodzakelijke bouwsteen voor duurzame gedragsverandering bij individuen. De kracht van ADKAR ligt in de focus op de menskant van verandering. In plaats van alleen processen of systemen te veranderen, richt het model zich op wat mensen nodig hebben om nieuwe werkwijzen te accepteren en te omarmen. Door knelpunten in het veranderproces vroegtijdig te identificeren, kunnen gerichte interventies plaatsvinden.

De meerwaarde van ADKAR is dat het een praktisch en meetbaar raamwerk biedt om veranderingen te begeleiden en de voortgang te monitoren. Het maakt duidelijk waar in het proces extra ondersteuning nodig is, waardoor veranderinitiatieven effectiever en duurzamer worden. Organisaties die ADKAR toepassen, vergroten de kans op succesvolle implementatie van veranderingen doordat medewerkers beter worden meegenomen en ondersteund.

In deze handreiking is ADKAR geïntegreerd in de implementatieaanpak:

- *Awareness* en *Desire* komen terug bij het uitwerken van de nieuwe werkwijze met zorgverleners en andere betrokkenen (zie 5.2 *Van huidige naar nieuwe werkwijze*).
- *Knowledge* en *Ability* staan centraal tijdens het testen, trainen en voorbereiden van de livegang (zie 5.5 *Testen en trainen*).
- *Reinforcement* krijgt vorm in de nazorgfase door monitoring, ondersteuning en continue verbetering (zie 6. *Verbeteren*).

Hiermee biedt ADKAR een praktisch hulpmiddel om de implementatie van de Verrichtingenthesaurus niet alleen technisch, maar ook organisatorisch succesvol te laten verlopen.

⁵ Caredda, S. (2020, 6 februari). *Models: the ADKAR Change Management Model*. Sergio Caredda – Organisation Design, HR and Leadership. <https://sergiocareda.eu/organisation/models/models-the-adkar-change-management-model/>

Bijlage D – Proces wijzigingsverzoeken

D1. Wijzigingsverzoek indienen

De Verrichtingenthesaurus sluit aan bij de actuele medische praktijk. Wanneer een verrichting ontbreekt, een omschrijving moet worden aangepast, een koppeling met een specialisme ontbreekt of een afleiding niet correct is, kan een wijzigingsverzoek worden ingediend bij DHD.

Het aanvraagproces voor wijzigingen in de Verrichtingenthesaurus is vergelijkbaar met het wijzigingsproces voor de Diagnosethesaurus. Omdat wijzigingsverzoeken worden beoordeeld door meerdere partijen en alleen via reguliere uitleveringen beschikbaar komen, is het belangrijk verzoeken tijdig in te dienen. DHD adviseert wijzigingsverzoeken uiterlijk zes maanden voor livegang in te dienen. De doorlooptijd van een wijzigingsverzoek bedraagt doorgaans drie tot zes maanden. Indien nodig kan er tijdelijk een eigen code worden aangemaakt voor een missende verrichting.

Wijzigingsverzoeken worden ingediend via het standaard template op [de site](#) van DHD door een geautoriseerde contactpersoon van de zorginstelling. Tijdens het project is het raadzaam om de ingevulde template te delen met de afgesproken contactpersoon van DHD. Hierdoor kan er makkelijke en snelle afstemming plaatsvinden.

Een duidelijke en goed onderbouwde argumentatie is essentieel voor de beoordeling van een verzoek. Vermeld daarbij concreet waarom een wijziging nodig is, waarom bestaande verrichtingen niet voldoen en in welke medische context de verrichting wordt gebruikt. Wanneer een passende zorgactiviteit bekend is, is het raadzaam deze eveneens op te nemen in het verzoek.

Verzamel verzoeken bij voorkeur per specialisme en zorg dat een inhoudelijk deskundige beschikbaar is voor eventuele aanvullende vragen. Hierdoor kan de beoordeling sneller verlopen en kunnen vragen van DHD of de betreffende wetenschappelijke vereniging direct worden beantwoord.

D2. Beoordeling van wijzigingsverzoeken

Na ontvangst beoordeelt DHD het wijzigingsverzoek op volledigheid, consistentie en aansluiting op de inhoudelijke richtlijnen van de Verrichtingenthesaurus. Indien nodig vraagt DHD aanvullende informatie op bij de indiener.

Vervolgens wordt het verzoek besproken binnen het Wijzigingsoverleg Registratiestandaarden Verrichtingenthesaurus (WORVT). Hier wordt onder andere gekeken naar de toepasbaarheid van het verzoek en de mogelijke gevolgen voor zorginstellingen. Na deze beoordeling legt DHD het verzoek voor aan de relevante wetenschappelijke vereniging(en). Wijzigingen aan koppelingen met SNOMED worden daarnaast afgestemd met Nictiz. Indien adviezen van betrokken partijen tegenstrijdig zijn, kan aanvullende afstemming plaatsvinden voordat een definitief besluit wordt genomen.

Na afronding van de beoordeling koppelt DHD de uitkomst met onderbouwing terug aan de aanvrager. Goedgekeurde wijzigingen worden verwerkt in een volgende uitlevering van de Verrichtingenthesaurus.

D3. Uitleveringen van de Verrichtingenthesaurus

DHD publiceert elk kwartaal een nieuw versies van de Verrichtingenthesaurus. Hierin worden goedgekeurde wijzigingsverzoeken, nieuwe verrichtingen, gewijzigde afleidingen en overige inhoudelijke aanpassingen verwerkt.

Zorginstellingen zijn niet verplicht iedere uitlevering direct door te voeren. Het regelmatig verwerken van wijzigingen beperkt echter de omvang van aanpassingen, vermindert de benodigde testinspanning en verkleint de kans op fouten.

Wanneer een verrichting vervalst, moet deze waar nodig worden vervangen door een alternatief. Dit kan gevolgen hebben voor de inrichting van het EPD, gekoppelde systemen en bestaande werkafspraken. Het is daarom raadzaam wijzigingen periodiek te beoordelen en op een gecontroleerde manier door te voeren.

In de decemberuitlevering verwerkt DHD daarnaast de wijzigingen uit de jaarlijkse RZ-release van de NZa. Hierdoor blijven de afleidingen naar zorgactiviteiten aansluiten op de actuele regelgeving.