HL7 Magazine

Nr. 2 / 2005

April 2005

Officiële Mededelingen van de Stichting HL7 Nederland

Overzichtelijk voorschrijven

Medicatiedossier

HL7 Projectbureau

Unieke bundeling van kennis en ervaring



HL7 versie 3

in de huisartsen praktijk

Communicatie in de Perinatologie

Stichting HL7 Nederland

www.hl7.nl

Colofon

Samenstelling en redactie

Frank Ploeg | Groningen

Kai U. Heitmann | Purmerend

...in samenwerking met het bestuur Stichting HL7 Nederland | Veenendaal

Tekstbijdragen

Dick Donker | Leidschendam

Kai U. Heitmann | Purmerend

Tom de Jong | Purmerend

Irma Jongeneel | Papendrecht

Bert Kabbes | Veenendaal

Frank Ploeg | Groningen

René Spronk | Zeist

Robert Stegwee | Haaksbergen

Michael Tan | Leidschendam

Fotografie/ Foto's

Kai U. Heitmann | Purmerend

ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände

HL7 Newsletter, HL7 Inc.

AVC VUmc

Ontwerp en opmaak

Heitmann Consulting & Services | Purmerend

Drukwerk

LUP AG | Hürth bij Keulen

HL7 Magazine is de nieuwsbrief van de Stichting HL7 Nederland

W. Barentszstraat 1, 3902 DE Veenendaal

Telefoon : 0318 - 548869 • Fax : 0318 - 548090

HL7 Magazine wordt verspreid in een oplage van 500 exemplaren.

Stichting HL7 Nederland

Voorzitter: Robert Stegwee

Stichting HL7 Nederland

W. Barentszstraat 1

3902 DE Veenendaal

Telefoon : 0318 - 548869 • Fax : 0318 - 548090

... deze keer

Inhoudsopgave

Officiële Mededelingen van de Stichting HL7 Nederland

Onderwerpen

Interview met Mark Shafarman 6

Het versnellingsproject Kennemerland – HL7 versie 3 als drager voor het Landelijk Medicatie Dossier 8

NICTIZ projecten kort gevisiteerd: HL7V3 in de huisartsen praktijk en in de jeugdgezondheidszorg 10

HL7 Projectbureau - Unieke bundeling van kennis en expertise 13

Communicatie in de Perinatologie 15

Verslagen

Werkgroep vergadering Orlando 19

Vaste rubrieken

Colofon 2

Ledenlijst 4

Editorial/Voorwoord 5

TSC & TC's Nederland activiteiten 17

Interview met...deze keer: Theo Halma 20

Boekbespreking 22

Onderwerpen volgende uitgave 23

Aankondigingen 24

HL7 NL Ledenlijst

Academisch Medisch Centrum Amsterdam AMC (Amsterdam)
Academisch Ziekenhuis Groningen AZG; Bureau ICT Beleid 22.1.B22 (Groningen)
Academisch Ziekenhuis Groningen AZG; Triadegebouw (LM00.04b) (Groningen)
Acousoft Informatisering BV (Doesburg)
Acquest B.V. (Koudekerk a/d IJssel)
Agfa Healthcare (Rijswijk)
Albert Schweitzer Ziekenhuis; Locatie Amstelwijck, ICT-afdeling (Dordrecht)
Allegro Sultum B.V. (Badhoevedorp)
Amphia Ziekenhuis, dienst I&A (Breda)
Amstelveen Ziekenhuis (Amstelveen)
Annaziekenhuis, St. (Geldrop)
Arcares (Utrecht)
Bernhoven ziekenhuis, lokatie Veghel (Veghel)
Bronovo-Nebo, Stichting (Den Haag)
Buro Medische Automatisering (De Meern)
Capgemini Nederland BV (Utrecht)
Catharina Ziekenhuis DIV (Eindhoven)
Chipsoft B.V. (Amsterdam)
CN Partners Automatisering BV (Hilversum)
Coevorden Hardenberg, Streekziekenhuis (Hardenberg)
CorTTex Nederland B.V. (Schiphol-Rijk)
Danica Nederland b.v. (Leusden)
Datex-Ohmeda B.V. (Hoevelaken)
Deloitte Management & ICT Consultants (Amstelveen)
Delta Psychiatrisch Ziekenhuis (Poortugaal)
Deventer Ziekenhuizen DIV&A, St. (Deventer)
Dhr. P.J. van der Werf (Monnickendam)
Diakonessenhuis Utrecht (Utrecht)
Dianet (Utrecht)
Digitalis BV (Amsterdam)
Elisabeth St. Ziekenhuis (Tilburg)
Elkerliek Ziekenhuis (Helmond)
Erasmus Universiteit; Medische Informatica (Rotterdam)
ErasmusMC (AZR); afd. I&T, kr. Z-223 (Rotterdam)
Euroned (Sittard)
Eurosoft bvba (Nazareth; België)
Falcon Automatisering B.V. (Veenendaal)
Farmaco.logica B.V. (De Meern)
Flevoziekenhuis (Almere)
Franciscus Gasthuis, St. (Rotterdam)
G2 Speech B.V. (Nuenen)
GE Healthcare (Hoevelaken)
Gelderse Vallei Ede Ziekenhuis (Ede)
Gelre Ziekenhuis Apeldoorn (Apeldoorn)
Gemini Ziekenhuis (Den Helder)
Getronics Care Service BV (Tilburg)
GGD (Utrecht)
GGZ Groningen, Stichting (Zuidlaren)
GINO Software (Groningen)
Gooi Noord Ziekenhuis (Blaricum)
GOZL Stichting MOC - Care o'Line (Heerlen)
GreCom Application Development B.V. (Alkmaar)
Groot Klimmendaal (Arnhem)
HagaZiekenhuis - Leyenburg (,s Gravenhage)
HagaZiekenhuis - Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk)
Heel Zaans Medisch Centrum, de (Zaandam)
HL7 - secretariaat (Veenendaal)
IBS Nederland BV; (Nieuwegein)
IGN Automatisering B.V. (Veenendaal)
Impulse Info Systems B.V. (Oldenzaal)
In Summa (Raamsdonksveer)
Info Support (Veenendaal)
Information Builders (Amstelveen)
INNOVIT Solutions & Services (Uithoorn)
Isala Klinieken (Zwolle)
iSOFT Nederland B.V. (Leiden)
iSOFT Nederland B.V. (Nieuwegein)
Kabbes & Partners (Veenendaal)
KCL ,Stichting (Leeuwarden)
Kennemer Gasthuis (Haarlem)
Kodak Nederland B.V.; Health Imaging (Vianen)
KVV, Stichting (Den Haag)
L ,t Lange Land Ziekenhuis (Zoetermeer)
Laurentius Ziekenhuis (Roermond)
Lievensberg Ziekenhuis, St. (Bergen op Zoom)
Lifeline Networks bv (Capelle a/d IJssel)
Lucas Andreas Ziekenhuis, St. (Amsterdam)
LUMC Leids Universitair Medisch Centrum; DIV H5 P (Leiden)
Maartenskliniek, Sint (Nijmegen)
Magister Nederland BV (Veldhoven)
Martini Ziekenhuis (LvK) Centrum; Informatievoorziening (Groningen)
Maxima MC locatie Eindhoven (Eindhoven)
Maxima MC locatie Veldhoven (Veldhoven)
MCH Medisch Centrum Hagelanden (Den Haag)
McKesson Nederland (Nieuwegein)
Meander Medisch Centrum (Amersfoort)
Meavita (Den Haag)
Medisch Centrum Alkmaar (Alkmaar)
Medisch Centrum Rijnmond Zuid (Rotterdam)
Medisch Spectrum Twente (Enschede)
Mesos Medisch Centrum; Dienst ICT (Nieuwegein)
MI Consultancy (Leiden)
Microbais Automatisering B.V. (Amsterdam)
Microbiilogie TA, Laboratium (Enschede)
MIPS N.V. (Sliedrecht)
MLS, Stichting (Den Haag)
Nederlands Kanker Instituut / Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (Amsterdam)
NEN-Gezondheidszorg (....)
NICE B.V. (Eindhoven)
NICTIZ, Stichting (Leidschendam)
Noord Limburg Ziekenhuizen, St. (Venlo)
NovaPro (Purmerend)
Novo Cetec B.V. (Nieuwegein)
Olympus Nederland BV (Zoeterwoude)
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam)
Oracle Nederland B.V. (De Meern)
Orbis Concern (w.o. Maaslandziekenhuis) (Sittard)
Ordina Public Business Solutions B.V. (Nieuwegein)
PALGA, Stichting (Utrecht)
Pharma Partners (Oosterhout)
Philips Medical Systems Healthcare; Gebouw VB e-137 (Eindhoven)
PinkRoccade Healtcare bv (Apeldoorn)
Portavita BV (Amsterdam)
PreValent (Gouda)
Prismant (Utrecht)
Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal)
Reinier de Graaf Groep (Delft)
Rijnland Ziekenhuis, St. Zorggroep ; Leythenrode - Rijnland - Oudshoorn (Leiderdorp)
Ringholm GmbH Integration Consulting (Zeist)
Rivierenland Ziekenhuis (Tiel)
Rivm/cie (Bilthoven)
Rogan Medical Systems BV (Veenendaal)
Ruwaard van Putten Ziekenhuis (Spijkenisse)
RVC B.V. (Soest)
Saliez, Mr. Etienne (La Hulpe; België)
Sananet (Apeldoorn)
SAP Nederland (,s-Hertogenbosch)
SEIN - St. Epilepsie Instellingen Nederland (Heemstede)
SGS Cortex Quality Software NV (Antwerpen; België)
Siemens Nederland NV; Afd. EPI ENGI TIS Loc. K 2.4 (Den Haag)
Sioux Medical Systems B.V.; (Montfoort)
Slingeland Ziekenhuis (Doetinchem)
Slotervaart Ziekenhuis (Amsterdam)
Spaarne Ziekenhuis (St.Int.Co.) (Heemstede)
Streekziekenhuis Midden Twente (Hengelo)
SZE Scheperziekenhuis (Emmen)
Talma Sionsberg Ziekenhuis (Dokkum)
Tjongerschans Ziekenhuis, De (Heerenveen)
TNO Preventie en Gezondheid (Leiden)
UMC St. Radboud; Intern: 215 Info (Nijmegen)
UMCU Universitair Medisch Centrum Utrecht; Concerndienst Automatisering - FAC 3.12 (Utrecht)
Universiteit Maastricht (Maastricht)
Universiteit Twente; Faculteit BBT (Enschede)
Universiteit Ziekenhuis Antwerpen (Edegem; België)
Unlock IT (Bilthoven)
Uzorg (Utrecht)
VCD Automatisering B.V. (Groningen)
VIR e-care solutions (Arnhem)
VU Medisch Centrum (Amsterdam)
WD Solutions (Breda)
Weel-Bethesda Ziekenhuis Stichting van (Middelharnis)
Westfries Gasthuis, Alg. Ziekenhuis (Hoorn)
Wilgengroep (Groot-Ammers)
WKM Business Software B.V. (Assen)
Ysselland Ziekenhuis (Capelle a/d IJssel)
Ysselmeerziekenhuizen (Lelystad)
Yuse Nederland (Amsterdam)
Z-Index (Den Haag)
ZoomBIM B.V. (Hilversum)
ZorgDomein Nederland bv (Amsterdam)
ZorgPlus Systemen B.V. (Apeldoorn)
ZorgSaam, Stichting (Terneuzen)

Voorwoord

Nummer 2

Het voorwoord

door Robert Stegwee



Voor u ligt het tweede nummer van ons eigen HL7 Magazine, een publicatie van de Stichting HL7 Nederland. Na de lancering van het eerste nummer op het jaarcongres in december 2004 zijn er veel enthousiaste reacties ontvangen, wat ons gesterkt heeft om met veel energie te werken aan de opvolger.

Deze tweede editie verschijnt aan de vooravond van een historische gebeurtenis: de eerste reguliere HL7 Working Group Meeting die in Europa wordt georganiseerd. In het vorige nummer is hier veel informatie over gegeven en ook deze keer staan we er bij stil door middel van een interview met de voorzitter van de internationale HL7 organisatie Mark Shafarman. Ook op het nationale vlak hebben we een interview met een beleidsbepalende persoon voor u weten te regelen: Theo Halma die al de nodige jaren leiding geeft aan het standaardisatiebeleid in de zorgsector.

Verder zetten we het HL7 projectbureau in het zonnetje: de manier waarop de experts binnen onze Stichting HL7 Nederland helpen met de ontwikkeling van nieuwe onderdelen van de standaard voor specifieke projecten in Nederland. Enkele van deze projecten worden concreet toegelicht in aparte bijdragen.

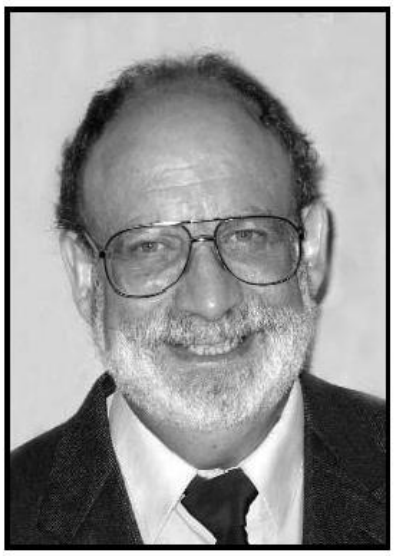
Speciale aandacht is er voor het elektronisch medicatiedossier, waarover minister Hoogervorst scherp aan de tand is gevoeld door leden van de tweede kamer. Mede door deze politieke druk wordt de infrastructuur waar NICTIZ de afgelopen jaren hard aan heeft gewerkt nu daadwerkelijk realiteit. De bijzondere band tussen NICTIZ en HL7 is ontstaan door de expliciete keuze van NICTIZ om voor de HL7 versie 3 standaard te kiezen. Vanaf 2006 zullen de HL7 versie 3 berichten door het land vliegen om de patiëntveiligheid bij het voorschrijven aanzienlijk te verhogen.

De implementatie van het landelijk elektronisch medicatie dossier is pas de eerste stap onderweg naar een daadwerkelijk landelijk elektronisch patiënten dossier. In die ontwikkeling zal nog veel energie, creativiteit en aandacht worden gevraagd van de Nederlandse HL7 gemeenschap. Het zijn spannende tijden waarin er altijd ruimte is voor enthousiaste vrijwilligers om hun bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de standaard. Gelukkig zijn er steeds meer bedrijven en instellingen die, vanuit een welbegrepen eigenbelang, hun beste mensen in staat stellen om actief binnen HL7 Nederland te participeren.

Vaste rubrieken in het HL7 Magazine zijn de verslagen van onze nationale en internationale activiteiten. Er wordt onverminderd hard gewerkt aan de realisatie van de HL7 versie 3 standaard, waarin wij in Nederland tot de internationale koplopers in ontwikkeling en implementatie behoren.

Veel leesplezier toegewenst!

Robert Stegwee
voorzitter



Mark Shafarman

Interview met Mark Shafarman

Begin februari heb ik Mark Shafarman, de huidge voorzitter van HL7 VS, tijdens een bijeenkomst in Delft ontmoet om een paar vragen te stellen over de komende meeting in Noordwijkerhout.

Interviewer: Kai U. Heitmann

Kai: Mark, het congres in Noordwijkerhout wordt verondersteld een reguliere Working Group Meeting te zijn. Maar zijn er ook speciale gebeurtenissen te verwachten?

Mark: Ik denk dat de hele gebeurtenis speciaal is. Er zullen in die week speciale vergaderingen plaatsvinden waarin onderwerpen met internationale aspecten zullen worden behandeld, zoals ontslag en verwijzing, of de verzameling van internationale financiële management verplichtingen. Bovendien zullen naast de WG Meetings parallel vergaderingen door de affiliaties worden georganiseerd.

Kai: Worden er speciale curssusen georganiseerd?

Mark: Op zondag 1 mei hebben we verscheidene extra cursussen om „eerste keer“ deelnemers informatie te verschaffen waarmee ze het maximale uit de WG Meetings kunnen halen.

Kai: Wat denk je dat het effect zal zijn op met name de Europese Affliaties?

Mark: Ik weet zeker dat de deelname van de Europese Affiliaties zal toenemen. Het congres in Noordwijkerhout maakt het makkelijke voor hen om actiever betrokken te raken bij het proces. Sommige standaardisatie congressen van andere organisatie hebben 50-60 deelnemers, in plaats van de 400-500 bij een normale HL7 WG Meeting. Dat is een groot verschil.

Een ander belangrijk feit is dat het congres voor de EU regeringen HL7 marketing technisch gesproken zichtbaar maakt. Sommige landen hebben Versie 3 gekozen als hun nationale strategie, andere landen zijn nog „beginners“ en nog onzeker wanneer te investeren in HL7.

Kai: HL7 versie 2 heeft een belangrijke geinstalleerde basis in veel landen overal te wereld. Versie 3 lijkt een concurrent op zich te zijn. Hoe denk je dat V3 en V2 samen kunnen bestaan, vanuit een internationaal perspectief gezien?

Mark: We hebben de laatste jaren gezien dat V3 een ingebouwde ondersteuning biedt voor interoperabiliteit op grote schaal. We hebben gezien dat V3 wordt toegepast in andere situaties als V2. Versie 2 is erg succesvol in het integreren van 5 of 6 systemen in één ziekenhuis. Maar je kunt op die manier niet 65 of 600 ziekenhuizen koppelen. Versie 3 biedt ondersteuning voor intergratie op grote schaal. In landen met een nationaal zorg systeem of landen die een nationale zorg infrastructuur aan het bouwen zijn zie je dat de verantwoordelijke diensten of regeringen eerst naar V3 kijken, omdat dat ondersteuning biedt aan de semantische en breedschalige interoperabiliteit die nodig is. Dus, toen V3 gemaakt werd, dachten we dat het een vervanging zou worden voor versie 2, maar nu blijkt dat het een andere markt bedient.

Naast het Nationaal Zorg Dossier en zorg infrastructurele projecten, zie je dat V3 ook gebruikt wordt in andere gebieden die echt grootschalige integratie behoeven, zoals in “public health”[1]. Inderdaad vonden de eerste projecten in de VS plaats in de zorg, zoals die van de CDC of pro-

jecten van de FDA (Food and Drug Administration) om klinisch onderzoek te ondersteunen. Maar nu zien we ook diverse grote federale militaire diensten zeer geinteresseerd raken in V3.

Dus ik denk dat V2 nog wel een tijdje gebruikt zal worden als een integratie middel in ziekenhuizen in de VS, Europa en elders waar het al gebruikt wordt. Er is geen noodzaak dat te veranderen tenzij een grotere mate van interoperabiliteit wordt nagestreefd of het ziekenhuis deelneemt in een Nationale infrastructuur of een provinciaal of regionaal netwerk. Dan zie je de verandering of conformering naar de de standaard specificaties van het land, de provinvie of de regio. De andere gebieden waar we verschuiving zien in ziekenhuizen is in die domeinen waar een hoger nivo van interoperabiliteit is vereist, die nog niet in V2 worden ondersteund, zoals onderzoek, public health en clinical genomics (studies over de genen van organismen). Wellicht dat in deze gebieden V2 nooit echt van de grond zal komen.

Kai: Wat denk je dat gevolgen zullen zijn van het houden van het congres in Nederland voor HL7 VS, de directie en het hoofdkwatier?

Mark: Wat het hoofdkwartier betreft, een van hun taken is voorzichtig en terughoudend te zijn m.b.t. onze fiscale regelingen. Ik denk dat het congres zal aantonen dat ze dat kunnen en net zo succesvol met de affiliaties kunnen samenwerking buiten de VS. Het zal een goede ervaring voor hun zijn.

De directie was in het begin wat sceptisch om een congres buiten Noord Amerika te organiseren, maar nu staat men er helemaal achter, dus dat is op dat punt een cultuuromslag in de laatste twee jaar. Deels is dit een gevolg van de erkenning dat zelfs in de WG Meeting in de VS ongeveer 20% van de deelname komt van de internationale affiliaties en dat die zeer constant blijft de laatste jaren. Dat is weer een verandering. Voor HL7 VS leden zal er een nieuw besef ontstaan hoe actueel HL7 is buiten de VS: ze zullen een grotere waardering krijgen voor de rol van HL7 in andere landen en het werk van de affiliaties.

Kai: Wat zal het gevolg zijn voor HL7's internationale relaties, zoals die bestaan met andere standaardisatie organisaties?

Mark: de OMG bijvoorbeeld vergadert al lange tijd internationaal. Ik denk dat het congres in Europa verschillende gevolgen zal hebben. Sommige CEN mensen zullen voor het eerst deelnemen en ervaren wat we aan het doen zijn. Daarnaast zijn er al een groot aantal CEN leden die de afgelopen drie, vier jaren belangrijke bijdragen hebben geleverd aan HL7 en die zullen er ook bij zijn.

Bovendien is direct na de HL7 vergadering de ISO vergadering in Berlijn. Ik denk dat dat goed is. Ik kan zeggen dat we met name met de ISO en CEN goed harmonisatie werk hebben verricht en deze bijeenkomst zal help dit voort te zetten. Als onderdeel van de relatie met CEN en ISO moeten we ze aanmoedigen deel te nemen aan het HL7 congres. Alles is zo dichtbij.

Kai: tenslotte twee persoonlijke vragen, als ik mag. Wat denk je persoonlijk over de toekomst van dit soort HL7 congressen op internationale locaties?

Mark: Ik denk dat het een goede zaak is. Dit wordt een succesvol congres en als we eenmaal een succesvol congres buiten Noord Amerika hebben gehad wordt het veel gemakkelijker voor een tweede in de toekomst.

Kai: Dat heb ik ook van het hoofdkwartier gehoord: ze hebben geleerd internationale arrangementen te organiseren, met het hotel bijvoorbeeld, en het volgend congres wordt een stuk makkelijker voor hun om te organiseren. Kom je alleen voor het congres naar Noordwijkerhout?

Mark: Ik hoop mijn echtgenoot mee te brengen en een beetje vakantie te nemen voor of na het congres. Misschien even naar het strand in Nederland, maar zeker gaan we de tuinen bezoeken en op de fiets. En we gaan de musea in Amsterdam bezoeken, waar ik nogmaal „de Nachtwacht“ van Rembrandt zal bekijken.

Kai: Bedankt voor dit interview en ik wens je een goede reis naar huis.

[1] het totaal aan activiteiten van de maatschappij die gericht zijn op het voorkómen van ziekten, op de bescherming en bevordering van de gezondheid, op het herstel bij ziekten en de begeleiding van zieken (de redactie)



"Voorschrijvend inzicht met verstrekkende gevolgen"

Het versnellingsproject Kennemerland

HL7 versie 3 als drager voor het Landelijk Medicatie Dossier

door Tom de Jong

Het kan U niet ontgaan zijn dat her en der in Nederland initiatieven ontplooid zijn om te komen tot een betere uitwisseling van medicatiegegevens. Vooral NICTIZ heeft daarbij een stimulerende rol gespeeld door het stimuleren, zowel financieel als organisatorisch, van zogenaamde versnellingsprogramma's in diverse regio's. Dit sloot aan bij het feit dat NICTIZ de ontwikkeling van een Landelijk Medicatie Dossier (LMD) tot speerpunt heeft gemaakt bij de ontwikkeling van de totale basisinfraststructuur voor de zorg (AORTA).

In enkele van deze versnellingsprogramma's is eigenlijk niet veel meer gebeurd dan het activeren van gegevensuitwisseling tussen openbare apotheken onderling, zoals dat elders al operationeel is binnen de zogenaamde OZIS regio's. Op sommige plaatsen is wel een start gemaakt met transmurale integratie, door medicatiegegevens uit te wisselen tussen de 1e lijn (hier de openbare apotheken) en de 2e lijn (specialisten en ziekenhuisapotheek).

In twee regio's, West-Friesland (Hoorn) en Kennemerland (Haarlem), is reeds gebruik gemaakt van de standaard die de komende jaren ook op landelijke schaal moet worden toegepast: HL7 versie 3 als drager voor transmurale uitwisseling van medicatiegegevens. Het is slechts een eerste stap in de richting van het landelijk medicatiedossier dat NICTIZ voor ogen heeft, maar wel een belangrijke. Laten we de feiten eens op een rijtje zetten:

- De basisinfrastructuur (AORTA) gaat uit van het opvragen van zorggegevens bij de bron, d.m.v. een verwijsindex waarin referenties naar deze gegevens zijn opgeslagen.
- De communicatie met de verwijsindex en tussen verwijsindex en bronsysteem vindt daarbij plaats o.b.v. HL7 versie 3 berichten, die d.m.v. SOAP worden uitgewisseld.

Binnen het versnellingsprogramma Kennemerland zijn deze doelstellingen gedeeltelijk gerealiseerd, maar daarbij is gebruikt gemaakt van de reeds bestaande toepassingen:

- Er wordt gebruik gemaakt van de functionaliteit binnen de zogenaamde OZIS regio die de openbare apotheken gebruiken om gegevens bij elkaar op te vragen, bij dienstwaarneming elkaars dossier bij te werken en elektronische recepten te verwerken.
- Om te zorgen dat binnen de openbare apotheken geen nieuwe software nodig is, wordt gebruik gemaakt van een zogenaamde HL7 v3 gateway. Deze zorgt voor de transformatie tussen de huidige EDIFACT berichten en de nieuwe HL7 versie 3 berichten.

De gateway zorgt voor vertaling tussen bestaande berichten in de regio en HL7 versie 3, waarbij het uitgangspunt is dat over en weer geen enkele informatie verloren mag gaan. Juist daarin lag de grootste uitdaging, want EDIFACT berichten en HL7 versie 3 hebben compleet verschillende manieren om het doseerschema van een voorschrift door te geven.

Hieronder vindt u een schema met alle gegevensstromen in het versnellingsprogamma Kennemerland. Dit dekt alle interacties tussen het ziekenhuis en de regionale apotheken.

Binnen deze gegevensuitwisseling zijn de volgende stromen te onderscheiden:

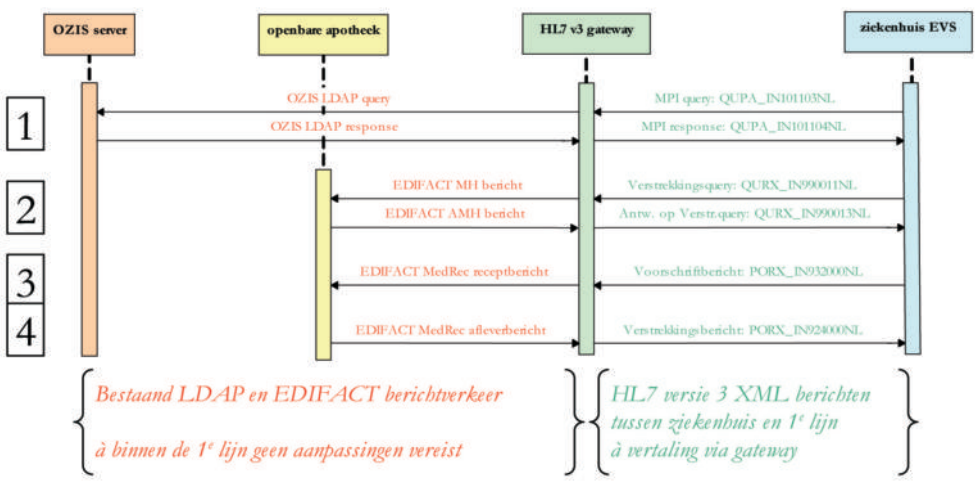
1) Opvragen patiëntgegevens vanuit ziekenhuis (EVS) bij OZIS server (via gateway).
2) Opvragen medicatieprofiel vanuit ziekenhuis bij openbare apotheek (via gateway).
3) Nieuw medicatievoorschrift vanuit ziekenhuis naar openbare apotheek (via gateway).
4) Bijbehorend afleverbericht vanuit openbare apotheek naar ziekenhuis (via gateway).

Het meest spannende aspect van de HL7 versie 3 gateway is dat er sinds kort ook vertaling van de doseerschema's plaatsvindt. In de 1e lijn wordt hiervoor normaal gesproken de zogenaamde tabel 25 gebruikt, maar binnen de software van het EVS was die tabel niet bekend. Door de transformaties binnen de gateway vindt nu omzetting tussen HL7 v3 formaat en tabel 25 codes plaats, zowel bij het doorsturen van voorschriften (stroom 3) als bij het opvragen van profielen en het melden van afleveringen (stroom 2 resp. 4).

Het versnellingsprogramma Kennemerland is een uiterst waardevolle bron van ervaring geweest, waarbij duidelijk is geworden dat toepassing van HL7 versie 3 bruikbaar is in de praktijk, mits er sprake is van duidelijke implementatieafspraken. De specificaties in het NICTIZ document BEMO 2.2 (zie www.nictiz.nl) bleken daarbij een uitstekende basis.

Het gateway concept zal een belangrijke rol spelen bij de komst van een Landelijk Medicatie Dossier. Als alles volgens planning verloopt, zal in de loop van 2006 het Landelijk Schakelpunt (LSP) operationeel worden als verwijsindex voor zorggegevens, maar juist dan zal een HL7 v3 gateway er voor kunnen zorgen dat bestaande OZIS regio's hierop eenvoudig kunnen aansluiten. Er staat nog een hoop te gebeuren!

Tom de Jong



Interactieschema met alle gegevensstromen in het versnellingsprogramma Kennemerland

NICTIZprojekten kortgevisiteerd



NICTIZ
Nationaal ICT Instituut in de Zorg

Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) levert een bijdrage aan een betere digitale informatievoorziening in de zorg. Onze bijdrage is erop gericht de kwaliteit en de effectiviteit in de zorg te verbeteren en de kosten beheersbaar te houden. Om deze doelstellingen te bereiken is samenwerking hard nodig, met alle betrokken partijen.

Als eerste stap in die samenwerking streeft NICTIZ naar de invoering van een landelijk e-medicatiedossier, een landelijk e-waarneemdossier voor huisartsen en 100% e-declareren in 2006.



HL7v3 in de (huisartsen) praktijk.

De huidige EDIFACT berichten in de 1e lijnsgezondheidszorg zijn aan vervanging toe, zeker vanuit het oogpunt van zorgbrede elektronische communicatie in het kader van een landelijk Elektronisch Patiënten Dossier. In een project onder regie van het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) zijn diverse gegevensuitwisselingen van en naar de huisarts gemodelleerd op basis van HL7 versie 3. De communicatie ten behoeve van "e-waarneming huisartsen" zal als eerste worden geïmplementeerd.

Introductie

In 2004 heeft NICTIZ een project uitgevoerd t.a.v. de dienstwaarneming huisartsen. Het project had twee doelstellingen:

1) vaststelling van de feitelijke omvang van de gegevensset benodigd bij de dienstwaarneming op de huisartsenpost ('s avonds, 's nachts en in het weekend: ANW)

2) het verkrijgen van proof of concept t.a.v. elektronische communicatie op basis van HL7v3-XML met behulp van 1e lijns - informatiesystemen.

De eerste doelstelling heeft geleid tot de "richtlijn gegevensuitwisseling huisarts en centrale huisartsenpost (CHP)" ook wel de "Professionele Samenvatting" genoemd, een extract van het patiëntdossier bij de vaste huisarts.

De proof of concept uit de tweede doelstelling is gehaald, blijkend uit het rapport: Technische evaluatie HL7v3 - XML communicatie t.b.v. dienstwaarneming bij huisartsen.

In de gegevensuitwisseling is gewerkt met drie berichten: het verzoek voor waarneeminformatie, de professionele samenvatting en het waarneemretourbericht.

Uiteraard vindt er meer communicatie plaats van en naar de huisarts. De berichtenset diende dus verder uitgebreid te worden met overige communicatie.

Aanpak

In de eerstelijnsgezondheidszorg zijn in het verleden diverse bericht- en/of berichtdragers o.b.v. EDIFACT gedefinieerd. Bekendste voorbeelden zijn MEDEUR (MEDisch Elektronisch Uitwissel Record); MEDREC (recept en afleverbericht); MEDLAB (laboratorium aanvraag en uitslagen). Hoewel het daadwerkelijk gebruik van de meeste van deze berichten nog relatief gering is, bevatten de definities een grote hoeveelheid expertise. De EDIFACT definities zijn dan ook als uitgangspunt genomen voor de modellering van het 'huisartsendomein'.

Premodellering vindt plaats door een klein projectteam bestaande uit medewerkers van de vakgroepen Medische Informatica van de Erasmus Universiteit Rotterdam en de Universiteit Maastricht. Tom de Jong van het HL7-projectbureau is gevraagd de afstemming met aanpalende domeinen Medicatie (BEMO: Berichtontwikkeling Elektronisch Medicatie Overzicht) en Patient Care (Perinatologie / CVA-ketenzorg) te bewaken. Deze projecten zijn beschreven in het vorige nummer van het HL7-Magazine.

Maandelijks vindt een ballotronde plaats met een klankbordgroep waarin 'all parties concerned' zitting hebben. Dit betreft leveranciers van diverse typen informatiesystemen in de 1e lijn, het Nederlands Huisarts Genootschap, de Landelijke Huisartsen Vereniging, en individuele beroepsbeoefenaren.

Resultaten

Het project heeft de volgende producten opgeleverd:

- Integrale mapping EDIFACT naar HL7v3
- R-MIM's voor
  - Patiëntoverdracht bij verhuizing
  - Waarneming ANW (Professionele Samenvatting)
  - Query-bericht (verzoek voor waarneeminformatie)
  - Waarneemretourbericht (retour informatie van de huisartsenpost naar de eigen, vaste huisarts
  - Labaanvraag (dit bericht is afgeleid van het Perinatologie-project)
  - Labresultaat (dit bericht is afgeleid van het Perinatologie-project)
  - Verwijsbericht op basis van de NHG-richtlijn Huisarts – Specialist (HASP)
  - Medicatievoorschrift (dit bericht is afgeleid van het BEMO-project)
  - Medicatieaflevering (dit bericht is afgeleid van het BEMO-project)

Afgeleid van de R-MIM's zullen uitgewerkte HMDs, XML - schema's en voorbeeldberichten beschikbaar worden gemaakt.

Conclusie

Er wordt een volwaardig alternatief geboden t.o.v. het EDIFACT-berichtenverkeer in de 1e lijn. Het alternatief loopt volledig synchroon met andere initiatieven op het gebied van HL7v3 en biedt een toekomstvaste, zorgbrede communicatiestandaard. Er wordt naar gestreefd voornoemde berichten zo snel mogelijk in de praktijk te brengen, beginnend bij de communicatie t.b.v. de waarneming huisartsen buiten kantooruren (ANW).

De ontwikkelde modellen zullen worden ingebracht bij de internationale Patient Care werkgroep, zodat de afstemming met de algemene HL7 v3 specificaties optimaal is.

Voor meer informatie en het downloaden van de, in dit artikel genoemd producten, wordt verwezen naar www.nictiz.nl, op de specifieke pagina m.b.t. het e-waarneemdossier.

Dick Donker, NICTIZ

Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ)

In september 2000 hebben koepelorganisaties in de zorg – onder meer vertegenwoordigers van patiënten, zorgaanbieders en instellingen in de cure-, care- en preventiesector de intentieverklaring getekend om zo snel mogelijk een landelijke elektronische infrastructuur in de zorg te realiseren. NICTIZ is opgericht om invulling te geven aan de randvoorwaarden voor deze infrastructuur, die nodig is voor het tot stand brengen van een landelijk Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Dit dossier moet een betere informatievoorziening rondom en voor de patiënt mogelijk maken, en de kwaliteit en doelmatigheid in de zorg verhogen. Als eerste hoofdstukken van het EPD richt NICTIZ zich op het medicatiedossier en waarneemdossier voor huisartsen.

Elektronisch dossier voor jeugdgezondheidszorg

Om de ontwikkeling van kinderen en jeugdigen te kunnen volgen en vroegtijdig risico's te signaleren, is het belangrijk dat de jeugdgezondheidszorg de eigen registratie op orde heeft. Uitwisseling van gegevens tussen instellingen is hiervoor een voorwaarde. NICTIZ voert hiertoe het Programma Informatisering Jeugdgezondheidszorg uit en ontwikkelt hierin de uitwisselingsstandaarden van de jeugdgezondheidszorg op basis van HL7 versie 3. Doel is de totstandkoming van elektronische cliëntendossiers in de JGZ.

Elektronisch Cliëntendossiers

Een elektronische cliëntendossier (ECD) draagt bij aan een betere jeugdgezondheidszorg. Zowel zorgverleners als beleidsmakers krijgen een beter inzicht in de lichamelijke en sociaal-emotionele ontwikkeling en zorgbehoefte van de vier miljoen jongeren in Nederland en hun ouders. Hierdoor kunnen zorgverleners die met jeugdigen te maken hebben (zoals consultatiebureaus, verpleegkundigen, school) makkelijker kinderen en ouders met problemen volgen. Omdat de zorgverleners 24 uur per dag via de jeugdgezondheidszorg over de meest actuele en relevante cliëntgegevens beschikken, kunnen ze op het juiste moment actie ondernemen.

Een zeer groot deel van de JGZ-organisaties maakt nu nog gebruik van papieren dossiers. In diverse steden en provincies zijn er initiatieven om elektronische cliëntendossiers voor de jeugdgezondheidszorg te implementeren. De JGZ-organisaties zijn zelf verantwoordelijk voor de invoering van een ECD.

Convenant

Het Programma Informatisering Jeugdgezondheidszorg geeft een extra impuls aan de invoering van de Elektronisch Cliënten Dossiers bij de JGZ-organisaties. Uitwisselingsstandaarden worden ontwikkeld en een datawarehouse opgezet ter ondersteuning van de informatisering in de jeugdgezondheidszorg.

Op 17 november 2004 is hiertoe een convenant getekend door de samenwerkende partners GGD Nederland, Landelijke Vereniging Thuiszorg (LVT), Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ).

Eerste stap: standaarden

In 2004 is aan de hand van de beschikbare rapporten en ervaringen binnen de jeugdgezondheidszorg de basis gelegd voor de vorming van standaarden voor de uitwisseling van cliëntgegevens tussen JGZ-organisaties. In 2005 worden de volgende standaarden opgeleverd ten behoeve van:

- de overdracht van het JGZ-dossier tussen JGZ-organisaties;
- de overdracht van gegevens van het rijksvaccinatieprogramma en de neonatale screening;
- de overdracht van beleids- en bedrijfsvoeringsinformatie;
- de overdracht van wijzigingen in de gemeentelijke basisadministratie van jongeren;
- de overdracht van geboorte- en zwangerschapsgegevens.

Deze uitwisselingsstandaarden worden op basis van HL7 versie 3 ontwikkeld. De uitwisselingsstandaarden worden vervolgens in de loop van 2005 door softwareleveranciers ingebouwd en getest bij een aantal JGZ-organisaties. Hiervoor worden koplopers geselecteerd.

Vervolg: brede implementatie

Het is de bedoeling dat in 2006 alle circa 100 JGZ-instellingen een ECD hebben. Het Programma Informatisering Jeugdgezondheidszorg faciliteert hen hierbij. Doordat de ECD's worden verbonden met de landelijke basisinfrastructuur in de zorg geeft dit de mogelijkheid voor informatie-uitwisseling tussen diverse zorgverleners.

Michael Tan, Nictiz

HL7 Projectbureau

door Bert Kabbes

Unieke bundeling van kennis en expertise

Sedert medio 2001 functioneert binnen de Stichting HL7 Nederland het "HL7 Projectbureau". Bert Kabbes, lid van het coördinatieteam vertelt hoe het Projectbureau werkt, wat de doelen zijn, wat al bereikt is...

Aanleiding

De aanleiding voor het instellen van een projectbureau vormde het feit dat zowel Bestuursleden als leden van de Technisch Commissie in toenemende mate werden gevraagd om deel te nemen in projecten, commissies en organen van diverse aard en orde. Dit was een direct gevolg van het feit dat de HL7 standaard tot de de-facto landelijke standaard was uitgegroeid en in 2001 formeel als NEN-norm werd erkend. Maar bovenal dat de ontwikkeling van de nieuwe HL7 Versie 3 intussen tot wasdom was gekomen en de landelijke belangstelling daarvoor sterk toenam. Met als gevolg een groot beroep op de Stichting HL7 Nederland, uiteraard met als doel om op die wijze HL7 deskundigheid, kennis en ervaring ter beschikking te krijgen. Echter, de daarmee gemoeide tijdsbesteding zou dermate aanzienlijk worden dat dit nauwelijks nog onder de algemene noemer van vrijwilligerswerk viel in te passen. Daarmee ontstond het dilemma van een grote vraag aan HL7-deskundigheid enerzijds doch een slechts beperkt beschikbare vrijwillige tijdsbesteding. Uit dit dilemma ontstond het HL7 Projectbureau.

Hoe werkt het Projectbureau?

De formule waaronder het HL7 Projectbureau werkt is eenvoudig en effectief: organisaties die HL7 deskundigheid willen inschakelen voor projecten, commissies, modelleerwerk etc. kunnen deze expertise inhuren voor een tarief dat juist onder het reguliere markttarief ligt. Vervolgens worden - via het Coördinatieteam van het HL7 Projectbureau - uit de Technische Commissie, het Bestuur en in sommige gevallen vanuit de leden, de juiste experts ingeschakeld voor het betreffende project. Degenen die worden ingeschakeld ontvangen daarvoor een vergoeding die vrijwel gelijk is als door de opdrachtgever aan het HL7 Projectbureau wordt betaald. Het mes snijdt daarmee aan meerdere kanten: degenen die worden ingeschakeld ontvangen een zeer redelijk bedrag (net onder het markttarief), zij lopen voorop in de toepassing van de HL7 standaard in de betreffende domeinen en de werkgevers van de betrokkenen weten zich via de deelname van hun werknemer(s) verzekerd van kennis en ervaring uit de eerste hand. En zeer belangrijk: het gaf de Stichting HL7 Nederland gelegenheid om de uitgebreide kennis van de nieuwe HL7 Versie 3 in de praktijk toe te passen, kennis over te dragen en specificaties op te stellen voor een aantal belangrijke, generieke domeinmodellen, die direct toepasbaar zijn voor instellingen, ICT leveranciers en andere organisaties en organen.

Vier jaar projectbureau!

Na vier jaar ervaring kunnen we niet anders dan constateren dat de formule uitstekend heeft gewerkt. Er is een groot aantal projecten uitgevoerd, met name in opdracht van Nictiz, dat voor nieuwe toepassingen het HL7 Versie 3 Referentie Informatie Model (RIM) en de HL7 Versie 3 specificaties als uitgangspunt voor landelijk beleid heeft gekozen. Met name het afleiden van generiek Nederlandse domeinmodellen, het opstellen van Versie 3 specificaties en het uitvoeren van een aantal succesvolle pilots heeft ertoe bijgedragen dat HL7 Versie 3 in Nederland in een stroomversnelling is gekomen. Projecten welke in dat kader zijn uitgevoerd betroffen onder meer de domeinen Perinatologie, de DBC 2004 registratiesystematiek, waarneemberichten huisartsen, medicatieberichten, nationale verwijsindex, CVA, koppeling OZIS-LDAP server, toepasbaarheid HL7 Versie 2 t.b.v. sector Verstandelijk Gehandicaptenzorg, etc. Op dit moment zijn onderhanden de DBC Validatie- en Factureringsmodule, het harmoniseren van het relationele datamodel van de VIR (revalidatiesector) met het HL7 RIM en het actualiseren van een aantal eerder ontwikkelde domeinen.

Intussen zijn al meer dan 15 leden van de Technische Commissie en Bestuur via het HL7 Projectbureau ingeschakeld geweest bij de hiervoor genoemde projecten. Er is duidelijk sprake van enthousiasme over de gelegenheid die het HL7 Projectbureau biedt om – betaald – alle opgedane expertise en kennis toe te passen en op die manier een bijdrage te leveren aan de continue noodzakelijke verspreiding, verbreiding en uitwisseling van kennis van de HL7 standaard.

Wie kan het Projectbureau inschakelen?

In principe kan elke organisatie die op enigerlei wijze behoefte heeft aan expertise over de HL7 standaard het HL7 Projectbureau inschakelen. De inschakeling van het Projectbureau kan op verschillende manieren plaatsvinden : door het uitbesteden van een project aan het projectbureau, door het betrekken van HL7 deskundigheid in eigen projecten, maar ook in de vorm van een second opinion of als klankbord voor strategische productontwikkeling.

De formule waaronder het HL7 projectbureau is opgezet, wordt aangestuurd en de wijze waarop projecten worden uitgevoerd mag best bijzonder worden genoemd.

Het Projectbureau valt formeel rechtstreeks onder het Bestuur. De coördinatie van onderhanden projecten vindt plaats door een drieman-schap bestaande uit een bestuurslid en de beide voorzitters van de TC. Alle projectaanvragen worden door dit coördinatieteam tevoren getoetst op aantal criteria. De belangrijkste beoordelingscriteria zijn :

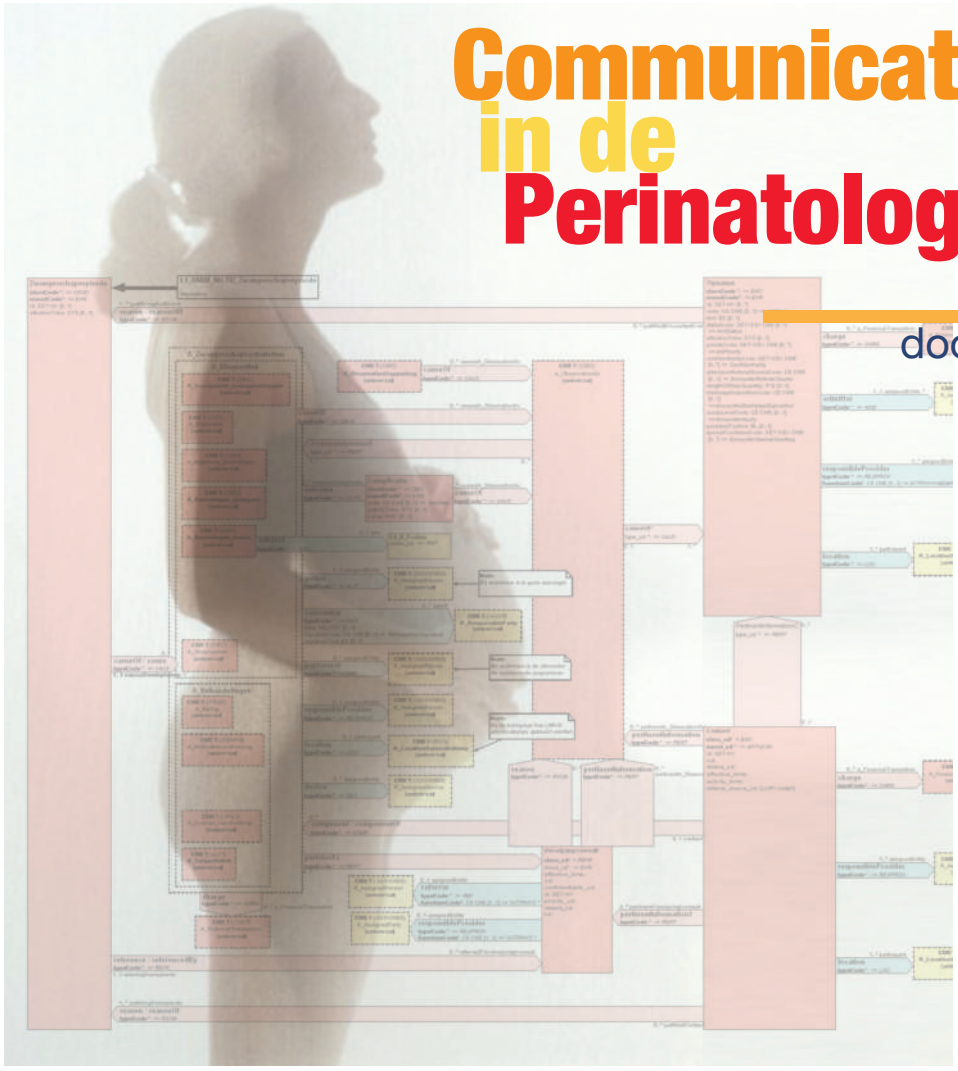
- het project moet betrekking hebben op een landelijk belangrijk onderwerp
- de resultaten moeten vrij ter beschikking komen van HL7 leden
- het project moet voorzien in een concrete praktijkbehoefte van de HL7 leden
- de gevraagde expertise dient beschikbaar te kunnen worden gebracht qua tijdbesteding en planning.

Projectaanvragen worden ter informatie via een belangstellingsronde voorgelegd aan de Technische Commissie en in bepaalde gevallen tevens aan de leden, waarna het projectteam wordt samengesteld. Vervolgens wordt een projectvoorstel met offerte opgesteld, dat door de Technische Commissie en Bestuur wordt beoordeeld alvorens de opdrachtovereenkomst tot stand komt. Het Coördinatieteam van het HL7 Projectbureau voert vervolgens de dagelijkse leiding uit over het project en verzorgt de planning, de voortgang en administratieve afhandeling.

Bert Kabbes
Secretaris Bestuur
Coördinatieteam HL7 Projectbureau

Communicatie in de Perinatologie

door Michael Tan



In 2000 werd in Nederland het eerste project met HL7v3 opgestart... Nu vijf jaar later staan wij aan de vooravond van de eerste praktische toepassing van de berichtenset in de praktijk.

Het eerste project in 2000 was bedoeld om vertrouwd te raken met de methodologie van versie 3 en te onderzoeken of de technieken bruikbaar waren voor het modelleren van de processen in de gezondheidszorg. Als onderwerp werd het domein van de perinatologie gekozen. Perinatologie is de zorgverlening rondom de zwangerschap, bevalling en pasgeborene tot en met de 28e levensdag . Binnen de Perinatologie vindt informatieoverdracht plaats tussen huisarts, verloskundige, gynaecoloog, neonatoloog en verpleegkundige. Nu vijf jaar later staan wij aan de vooravond van de eerste praktische toepassing van de berichtenset in de praktijk.

In de periode tussen 2000 en 2003 waren de internationale projecten met versie 3 nog op één hand te tellen. De Nederlandse initiatieven werd dan ook met grote belangstelling gevolgd. Uiteindelijk werd het model opgenomen in het domein, dat wij nu kennen als het Patiënt Care Provision. In 2003 werd in Nederland het eerste model op een CD gepubliceerd. Het model was toen nog afgestemd op ballot 3 van het HL7v3 RIM. In de eerste versies liepen de modelleurs van het HL7 projectbureau tegen een aantal knelpunten aan die het gebruik van de berichten in de praktijk nog wel in de weg stonden. Issues met keuzeboxen en het simpelweg genereren van de XML schema's vanuit de R-MIM wierpen destijds blokkades op, waarvan wij nu nauwelijks nog kunnen voorstellen, dat deze de praktische implementatie in de weg staan.

Voor NICTIZ gaat het niet alleen om het publiceren, maar om ook daadwerkelijk de standaarden in praktijk te gebruiken. De communicatie tussen verloskundigen en gynaecologen is de eerste logische stap, want in aantallen wordt tussen deze zorgverleners het drukst gecorrespondeerd. Drie regio's met vooruitstrevende gynaecologen, die daadwerkelijk het belang van transmurale communicatie begrepen

werden bereid gevonden om als pilot te dienen. In deze regio's (Almere, Drachten en Delft) bestaan al samenwerkingsvormen tussen de 1ste lijns verloskunde en de 2de lijns obstetrie. Het digitaliseren van de informatie zal de kwaliteit van de zorg in deze organisaties naar een hoger plan brengen.

Om een draagvlak, groter dan de drie regio's voor de standaarden te verkrijgen, werd een breed expertpanel samengesteld, bestaande uit verloskundigen, gynaecologen, huisartsen en kinderartsen. Met de 33 leden van de expertpanel werd vastgesteld, welke rubrieken van berichten zouden moeten worden uitgewisseld en welk type berichten van belang zijn voor de communicatie tussen de 1ste en 2de lijn. Dit zijn:

- Verwijs- en retourberichten, Dit omvat niet alleen de consult en retourbericht, maar ook overdracht van zorg en bevestiging van de overdracht.
- Aanvraag order en resultaat. Dit is bijvoorbeeld een verzoek voor onderzoek aan een diagnostisch centrum of laboratorium voor echo of bloedonderzoek.
- Query voor aanvullend onderzoek. Dit is bijvoorbeeld als de gynaecoloog het partusverslag van de vorige zwangerschap bij een verloskundige wil opvragen.

Bevindingen

Met de expertpanelleden werden de rubrieken voor uitwisseling van informatie geïdentificeerd. In totaal zijn het een kleine driehonderdtal velden. Het benoemen van deze velden blijkt in praktijk niet het meest inspannende. Het meest tijdrovende is het vaststellen van het vocabulaire waarmee de verschillende partijen informatie met elkaar communiceren. Ondanks de aanwezigheid van vele classificaties, zoals ICD10 is het toch maar weer verrassend hoeveel classificaties er nog niet zijn. Het is bijvoorbeeld niet voldoende om vast te stellen, dat "roken" van belang is om door te geven, maar ook om exact te bepalen, welke coderingen hiervoor van toepassing zijn. Een leverancier zou onderscheid tussen 0, 10, 20 of meer sigaretten in zijn applicatie kunnen maken, terwijl een andere leverancier slechts ja of nee als toegestane waarden hanteert. In zo een geval wordt beoordeeld, wat nu werkelijk voor de communicatie van belang is.



In de implementatiehandleiding „Perinatologie" worden drie communicatie situaties gespecificeerd: Verwijs- en retourberichten (zorgoverdracht), aanvraag onderzoek en resultaat en het opvragen van aanvullende informatie.

De behoefte aan detaillering is niet voor iedere zorgverlenergroep hetzelfde. Zo kan een verloskundige wellicht volstaan met een zestal lengtemetingen voor een echo volstaan, voor de gynaecoloog kan dit ontoereikend zijn voor zijn diagnose. Als dan toch blijkt, dat de verzender niet meer kan leveren, dan worden hiervoor een praktisch besluit genomen.

Voor het vaststellen van deze vocabulaires heeft Nictiz afstemming gehad met de stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN). De PRN is verantwoordelijk voor het vaststellen van de landelijke registratie van de geboorten en de daarmee gerelateerde statistieken en heeft als zodanig belang bij het vaststellen van standaarden.

Opmerkelijk is ook, dat zorgverleners onderscheid willen maken in de herkomst van gegevens. Als een a-terme datum door een verloskundige is vastgesteld, dan wil een gynaecoloog dat dit kenmerk aan het rubriek gekoppeld wordt, dat een externe bron betreft, als dat datumveld in zijn eigen EPD wordt overgenomen. Als wij voor elk overgenomen attribuut de herkomst moeten blijven vasthouden, dan zou dat grote consequenties voor applicaties kunnen inhouden. In praktijk blijkt dat echter mee te vallen, omdat niet iedere rubriek in de EPD opgenomen hoeft te worden. Ook het concept van NICTIZ dat een voorkeur heeft om gegevens bij de bron te laten, past hier feilloos in.

Met het voltooien van de handleiding kunnen wij met tevredenheid omkijken naar een werkbare set van berichten, dat straks een goede basis zal vormen voor uitbreiding van berichten en gegevenssets. Nieuwe toepassingen dienen zich al aan. Het betreft niet alleen de eerder genoemde perinatale registratie van de PRN, maar ook bij de Jeugd Gezondheidszorg (JGZ), waar de gegevensset voor de ECD (Elektonische Cliënten Dossier) voor een belangrijk deel dezelfde gegevensrubrieken bevatten van de pasgeborene. Aangezien het slechts een kleine stap is van de huidige set van de perinatale berichten, zou NICTIZ het ook een logische stap vinden om voor de verzending van deze gegevens ook HL7v3 te kiezen. Beide registraties zijn verplicht en met 200.000 geboorten per jaar in Nederland, kunnen wij met zekerheid voorspellen, dat HL7v3 in dit domein veelvuldig gebruikt zal worden.

Voor meer informatie over het domein van Perinatologie, kunt u Michael Tan van NICTIZ (tan@nictiz.nl) benaderen.

Michael Tan, Nictiz

www.hl7.nl • info@hl7.nl

TSC & TC Nederland activiteiten

door Irma Jongeneel

Bericht uit de Technische Stuur Commissie

Als een van de vaste rubrieken in het HL7 Magazine, zal beurtelings door de beide voorzitters van de Technische Stuur Commissie (TSC) een stukje worden geschreven. Voor deze editie is het mijn beurt en wil ik de gelegenheid te baat nemen om de lezer een blik te gunnen binnen de TSC.

TC en TSC

Misschien is het de oplettende lezer al opgevallen dat de groep, die tot voor kort bekend stond als Technische Commissie (TC), tegenwoordig een nieuwe naam heeft. De reden hiervoor is vooral dat we zoveel mogelijk willen aansluiten bij de structuur van de internationale HL7 organisatie. Daar heten de werkgroepen Technische Commissies en wat wij TC noemden heet daar Technische Stuur Commissie.

We hebben niet alleen een naamswijziging doorgevoerd, maar tevens de deelname eens onder de loep genomen. De laatste jaren was de TSC flink gegroeid, wat op zich natuurlijk geweldig is, maar wat de effectiviteit van de

vergaderingen wel behoorlijk onder druk zette. In het verleden was het bijna een automatisme dat iedereen die in een TC actief was, ook in de TSC zat. Daar hebben we mee gebroken. Veel deelnemers komen primair om hun domein kennis in te brengen en mee te helpen met het schrijven van implementatierichtlijnen voor dat domein en kunnen dit doen binnen de TC's. We hebben afgesproken dat iedere TC twee of drie mensen afvaardigt naar de TSC, die daarnaast nog enkele mensen herbergt met een brede inbreng. In de TSC wordt alleen over inhoudelijke zaken gesproken als dit onderwerpen betreft die de domein-TC's overstijgen. Een voorbeeld hiervan betreft de Nederlandse implementatierichtlijnen voor de Patiënt CMET, waaraan momenteel binnen de TC's voor Administrative Management en Infrastucture Management wordt gewerkt. Omdat dit bouwblokje door alle domeinen wordt gebruikt, zullen deze richtlijnen vervolgens in de TSC worden ingebracht.

Collegiale sfeer met resultaten

Zelf draai ik al weer heel wat jaren mee binnen HL7 Nederland (al zo'n 10 jaar), en wat ik zo bijzonder waardeer is de sfeer. Ondanks dat er vaak concurrerende leveranciers om tafel zitten in combinatie met klanten van deze leveranciers vanuit de instellingen, is de sfeer er een van collegialiteit. Er is geen enkele rivaliteit voelbaar en iedereen is slechts bezig met HL7 en probeert de toepasbaarheid van de standaard en de Nederlandse implementatierichtlijnen zo goed mogelijk te bewaken. Ondanks dat de discussies soms hevig zijn en de standpunten soms ver uit elkaar liggen, blijft de sfeer uitstekend. Ik denk dat dit de reden is dat het verloop binnen de TSC niet groot is.

Naast het uitbrengen van implementatierichtlijnen en het organiseren van themabijeenkomsten en congresdagen, hebben we ook een belangrijke taak in het beantwoorden van vragen van leden over de praktische toepassing van de HL7 standaard. Dat varieert van algemene vragen om informatie over HL7 tot heel specifieke vragen over de interpretatie van een bepaald bericht of veld of de bemiddeling in meningsverschillen bij implementatie tussen leveranciers. Omdat er wellicht meer leden met dezelfde vragen zitten, hebben we afgesproken dat de vragen en de antwoorden daarop op de website van HL7 NL worden gezet. Dit gebeurt geanonimiseerd, zodat de leden zicht niet geremd hoeven te voelen om een vraag te stellen. Uiteraard gebeurt het ook wel dat vragen door leden worden gesteld die betrekking hebben op de implementatie van de werkgever van de TC voorzitter die de vraag zou moeten beantwoorden. We proberen uiteraard altijd de vragen vanuit het oogpunt van HL7 te beantwoorden en niet vanuit het belang van de leverancier, maar mocht de suggestie van belangenverstrengeling ontstaan, dan wordt de vraag doorgespeeld naar een ander lid van de TC.

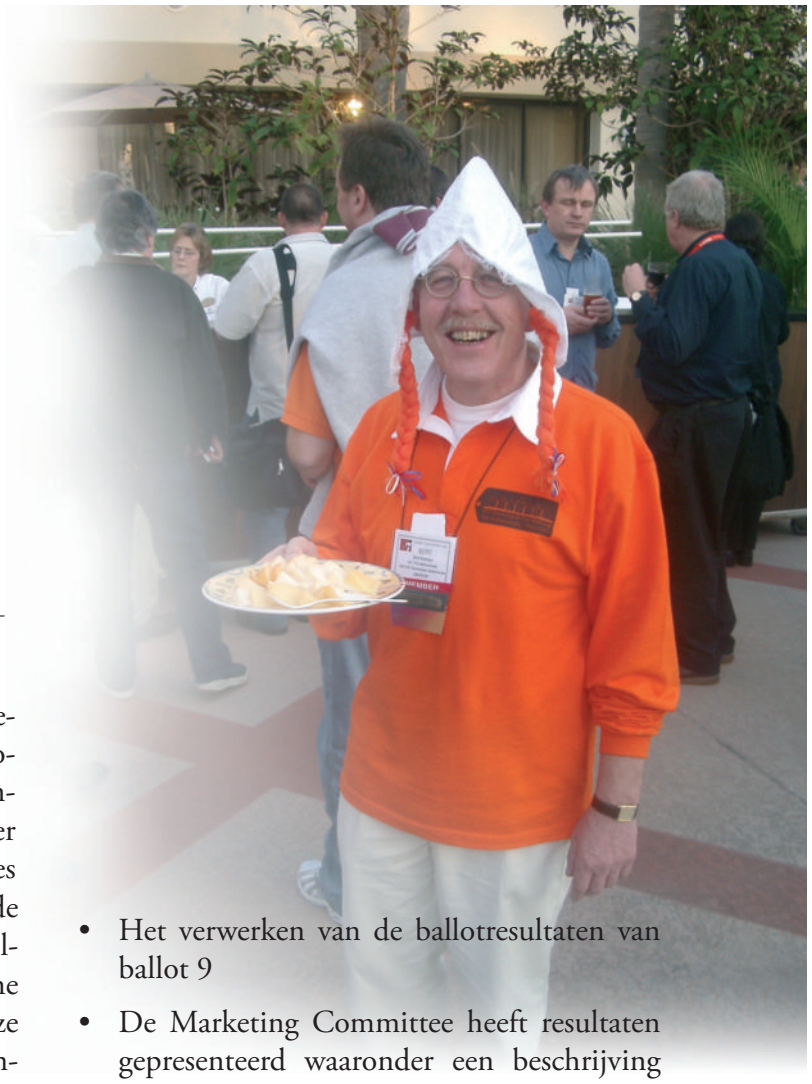
Noordwijkerhout

Tot slot nog even aandacht voor de komende internationale HL7 conferentie in Noordwijkerhout. Om budgettaire redenen is deelname aan deze internationale conferenties vanuit de TSC altijd beperkt tot ongeveer drie mensen, wat uiteraard veel te weinig is om te participeren in alle belangrijke TC's en ook nog de nodige trainingen te volgen. Dus het is voor ons een uitgelezen kans om met veel meer mensen deel te nemen aan het congres, voor een paar dagen of de hele week. En dat geldt uiteraard zeker ook voor onze leden. We hopen dan ook veel van u te mogen begroeten in Noordwijkerhout.

Tot gauw!

Irma Jongeneel, Co-voorzitter Technische Stuur Commissie HL7 Nederland

Verslag van de Working Group Meeting Orlando



Van 23 januari tot 28 januari 2005 vond de HL7 International meeting plaats in Orlando, Florida in de Verenigde Staten. Nederland was daar ook weer ruim vertegenwoordigd.

Een belangrijk punt van aandacht voor de Nederlandse delegatie was natuurlijk de aankomen WGM in Noordwijkerhout, de eerste internationale ontmoeting van HL7 in een ander land dan de VS. “Our international affiliates are truly making HL7 a global standard,” zei de HL7 Board voorzitter Mark Shafarman. “Holding the May Working Group Meeting in The Netherlands reflects HL7’s desire to recognize the importance of its affiliates and their contributions.” Het besef schijnt langzaam te ontstaan dat er meer HL7 is in de wereld dan in de VS alleen. In deze HL7 magazine komt Mark Shafarman nog uitgebreid aan het woord over de meeting in Noordwijkerhout.

De Nederlandse afgevaardigden hebben hun best gedaan iedereen enthousiast te maken om naar Nederland te komen en dat lijkt niet zonder succes. Ondanks het feit dat buitenlandse reizen in het kader van werk lang niet door iedereen is toegestaan in de VS, lijkt er desondanks veel belangstelling. De Nederlanders schuwden de reclame niet, en zelfs verkleed als Hollandse Kaasmeisjes werden de bezoekers gewezen op de de Noordwijkerhout meeting.

Verder is er in vele sessies hard gewerkt aan het verder uitbouwen van de standaard, met name op het gebied van versie 3, maar ook versie 2.6 staat nog in de aandacht.

Belangrijkste punten tijdens deze bijeenkomst:

- Het verwerken van de ballotresultaten van ballot 9
- De Marketing Committee heeft resultaten gepresenteerd waaronder een beschrijving van de voordelen van V3 (“V3 Value Propostion”)
- Nederlandse voorstellen op het gebied van Personnel Management waaronder een “speciality” segment
- Nederlandse voorstellen in het Financial Management domein waaronder het wijzigen van verzekeringsgegevens
- EHR en de standaardisatie van klinische informatie
- Het gebruik van templates in V3 (Templates zijn een type van statische modellen die in verschillende representaties kunnen worden weergegeven, zoals OWL of R-MIM of template)
- Patient Care en de noodzaak van elektronische documenten om informatie uit te wisselen (CDA)

Frank Ploeg

Interview met...
een vaste rubriek...

Regelmatig willen we voor het HL7 Magazine een interview met een persoonlijkheid voeren die voor HL7 Nederland of internationaal of voor communicatie in de zorg in het algemeen betekenis heeft....



Interview met... ...deze keer Theo Halma

Hij is voorzitter van de Programmacommissie NICTIZ en de Beleidscommissie 303 van NEN. Tot vorig jaar lid raad van bestuur VU medisch centrum te Amsterdam: Theo Halma

Interviewer: Frank Ploeg

Wie is Theo Halma?

Ik ben bijna 60, sinds mijn 25e heb ik gewerkt in de gezondheidszorg en zit nu in een hele luxe fase, waar ik alleen nog maar dingen hoef te doen die ik interessant of leuk vind. Het aardige daaraan is dat het weer nieuwe uitdagingen schept. Ik kan veel tijd besteden aan mijn familie inclusief mijn twee kleinkinderen maar ik kan mij ook nog inzetten voor de gezondheidszorg, met name ICT in de zorg, want dat boeit mij in het bijzonder.

Ik voel me rijk want ik ben onafhankelijk en kan genieten van de leuke dingen van het leven, ook nog op een relaxte wijze. Ik ben vroeger een workaholic geweest maar dat ben ik absoluut niet meer. Ik heb tijd om te reflecteren en daardoor kun je een interessante sparring partner zijn voor mensen die midden in de operatie zitten.

Ik ben een mensen mens, niet iemand die alleen maar denkt in systemen en cijfers en rendementen. Bij mij tellen mensen, dat is ook een beetje mijn handelsmerk, dus niet alleen euro's maar evenwicht tussen de twee werelden van mensen en getallen. Als ik zeg dat ik mensgericht ben dan ben ik niet tegen ICT, integendeel, ICT is een buitengewoon goed hulpmiddel om de menselijke waarden en noties in de zorg juist te ondersteunen.

Wat doet Theo Halma?

Ik ben voorzitter van de programmacommissie van NICTIZ en voorzitter van de beleidscommissie van het NEN. Die laatste wordt geacht normcommissies aan te sturen die over dit domein gaan en ik vind dat heel boeiend. Daarnaast doe ik bijvoorbeeld iets in relatie tot Nefarma, KNMP en KNMG en met name de Stichting FarmEduca, waar ik sinds gisteren als voorzitter ben begonnen. Dat gaat over de bewaking van de kwaliteit van opleidingen tot artsenbezoekers. Dit lijkt een vreemde eend maar

laatst op de HIMSS in Dallas blijkt toch dat in het kielzog van de medisch specialisten mensen uit de farmaceutische industrie meegaan omdat er kennelijk verbanden worden gezien tussen ICT, medicatiedossier en kwaliteit van communicatie. Verder doe ik nog diverse werkzaamheden, veelal op ad hoc basis, wat gevarieerd is. Men weet je telkens weer te vinden.

Wat heeft Theo Halma met HL7 te maken?

Tot voor een jaar of vijf wist ik echt niet wat het was, maar vanuit NICTIZ en NEN heb ik er met volle overtuiging aan meegewerkt dat deze internationale standaard, ook vanuit de normalisatiewereld, op het Nederlandse vlak geaccepteerd zou worden. En dat heeft best nog wel wat discussie gekost maar samen met de commissie heb ik daar een goedkeurend stempel op weten te laten drukken, in de overtuiging dat het niet het laatste woord is. Een standaard is ten principale niets anders dan een norm, maar er is vaak sprake van een faseverschil. Een norm is een gedocumenteerde standaard die tussen het grootst denkbare aantal verschillende partijen geformaliseerd onderschreven wordt. Een standaard is een afspraak tussen een beperkt aantal partijen. Het is een tragisch misverstand te veronderstellen dat een norm een statisch gegeven is. Ook een norm is aan verandering en voortschrijdend inzicht onderhevig.

Wat betekent HL7 volgens Theo Halma voor de zorg?

Standaarden zijn een must, dat is in de hele wereld zo. Als je met anderen wat deelt moet je op alle niveaus, van communicatie en semantiek, tot op het laagste niveau, helderheid hebben over de berichten die je met elkaar uitwisselt. En als daar dan een bewezen hulpmiddel als HL7 voor beschikbaar is ben je gek als je dat niet doet. In en tussen de sectoren van gezondheidszorg is het heel belangrijk om op alle niveaus helder te communiceren. Zolang je het in de communicatie tussen dokter en patiënt nog niet helemaal eens bent over wat de beste manier is, als de dokter zegt de uitslag is negatief is het meestal positief voor de patiënt, een kinderachtig voorbeeld misschien maar wel één die duidelijk aangeeft dat er nog veel winst te behalen valt in het goed communiceren met elkaar.

Waar gaat HL7 heen?

Van HL7 in het bijzonder vind ik niet zo veel. HL7 is als concept, als standaard interessant. Waar het heen gaat wordt in hoge mate bepaald door enthousiaste mensen die er aan trekken in combinatie met het feit zo'n standaard zich ook bewijst. Je hebt mensen nodig die dat met volle overtuiging uitdragen. Een standaard verkoopt zichzelf niet en een norm nog minder, maar zodra die er is en met vuur wordt uitgedragen en toegepast, dan krijgt het een succesvol verloop en die indruk heb ik wel met HL7. Mijn verwachting is, ook omdat we het vanuit de normalisatiewereld hebben omarmd, het uit Nederland niet weg te denken zal zijn.

Wat zou je nog meer kwijt willen over de zorg in Nederland?

Daar heb ik best wel zorgen over, maar niet over de mensen die daar werken, de meeste mensen die daar werken deugen wel. Ongeacht of je nu in de cure of in de care werkt, het zijn mensen met een soort van roeping, die nog iets met andere mensen hebben en daar al of niet met een zeker idealisme in opereren. Over het beleid erachter ben ik minder blij. Bijvoorbeeld DBC's zijn niet zalig makend maar zoals ik iemand hoorde zeggen, een nieuw soort bureaucratie. Ik heb wel vertrouwen in deze minister, een intelligente man die zegt tegen de sector dat ze eens moeten ophouden te piepen en altijd maar vragen om meer geld. Ik verwacht van deze minister dat hij het ondernemerschap in de zorg zal stimuleren. Want daar gaat het in het belang van de patiënt ook om, de gemotiveerde werknemers een goed werkplek en werksituatie waar helder leiding gegeven wordt te bieden en waar mensen zich ook nog in herkennen. En dat kan uitstekend worden gecombineerd met

goed ondernemerschap. En daar hoort ook bij dat organisaties die het slecht doen, dat het daar mee slecht afloopt.

ICT is een goed hulpmiddel, maar waar we nog achterlopen is in de workflow organisatie, de procesautomatisering. We hebben prachtige systemen die we door HL7 ook nog mooi met elkaar kunnen laten samenwerken, maar wat patiënten verwachten – zeker de jongere generatie – kunnen we nog niet bieden. Het is bijna niet te verkopen dat er nog steeds geen landelijk medicatiedossier is. De patiënt zal verwachten dat het ICT niveau in de zorg minstens die van zijn eigen thuissituatie overtreft, maar dat is nog lang niet zo. We moeten de (transmurale) ontwikkelingen die zijn uitgezet gaan realiseren en niet langer praten over hoe en waarom. De boot vertrekt en we moeten aan boord zijn.

Wat moeten we nog zeker weten over de mens Theo Halma?

Mijn eerste daadwerkelijke PC ervaring ontstond nadat ik mijn vrouw, die op latere leeftijd klassieke archeologie ging studeren, aanbood haar scriptie op een tekstverwerker te typen, en dat had ik nog nooit eerder gedaan. Maar mijn interesse werd daardoor opnieuw gewekt. Eind jaren negentig zat ICT na een tiental jaren weer in mijn portefeuille wat ik als een nieuwe uitdaging zag.

In de jaren 70 was ik intensief betrokken bij het landelijke informaticabeleid in de gezondheidszorg.

Ik vind het mijn morele plicht er aan bij te dragen om 2005 een keerpuntjaar te laten zijn in de ICT in de zorg, zodat we in 2010 op een fase van succesvolle implementatie van landelijke systemen kunnen terugzien. Op die manier kunnen de ambities die ik met geestverwanten al in de jaren 70 had, veertig jaar later gerealiseerd zijn. Nu NICTIZ met veel energie en kracht de route heeft uitgezet is de kans op succes optimaal. Nu moet de zorg die weg gaan, in een hoog tempo. De achterstand ten opzichte van andere maatschappelijke sectoren wordt anders veel te groot.

Wie wordt de volgende geïnterviewde?

Dr. Michiel Sprenger, fysicus, hoofd afdeling informatica en procesondersteuning VU medisch centrum.

Boeken

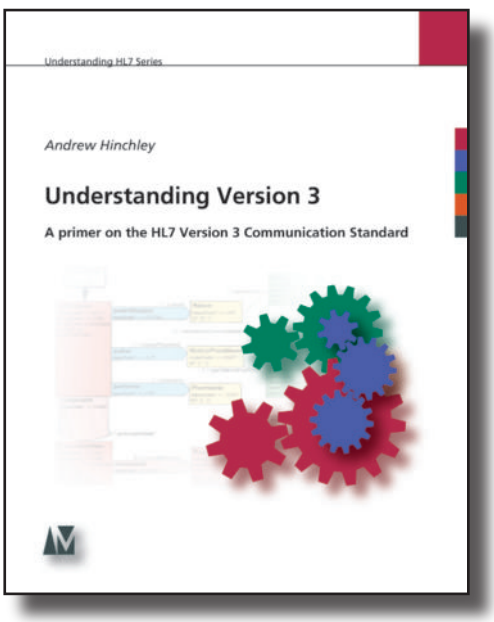
Andrew Hinchley

Understanding Version 3 – A Primer on the HL7 Version 3 Communication Standard

Understanding HL7 Series

83 pages, ISBN 3-933819-18-0, € 20 (3rd edition / March 2005)

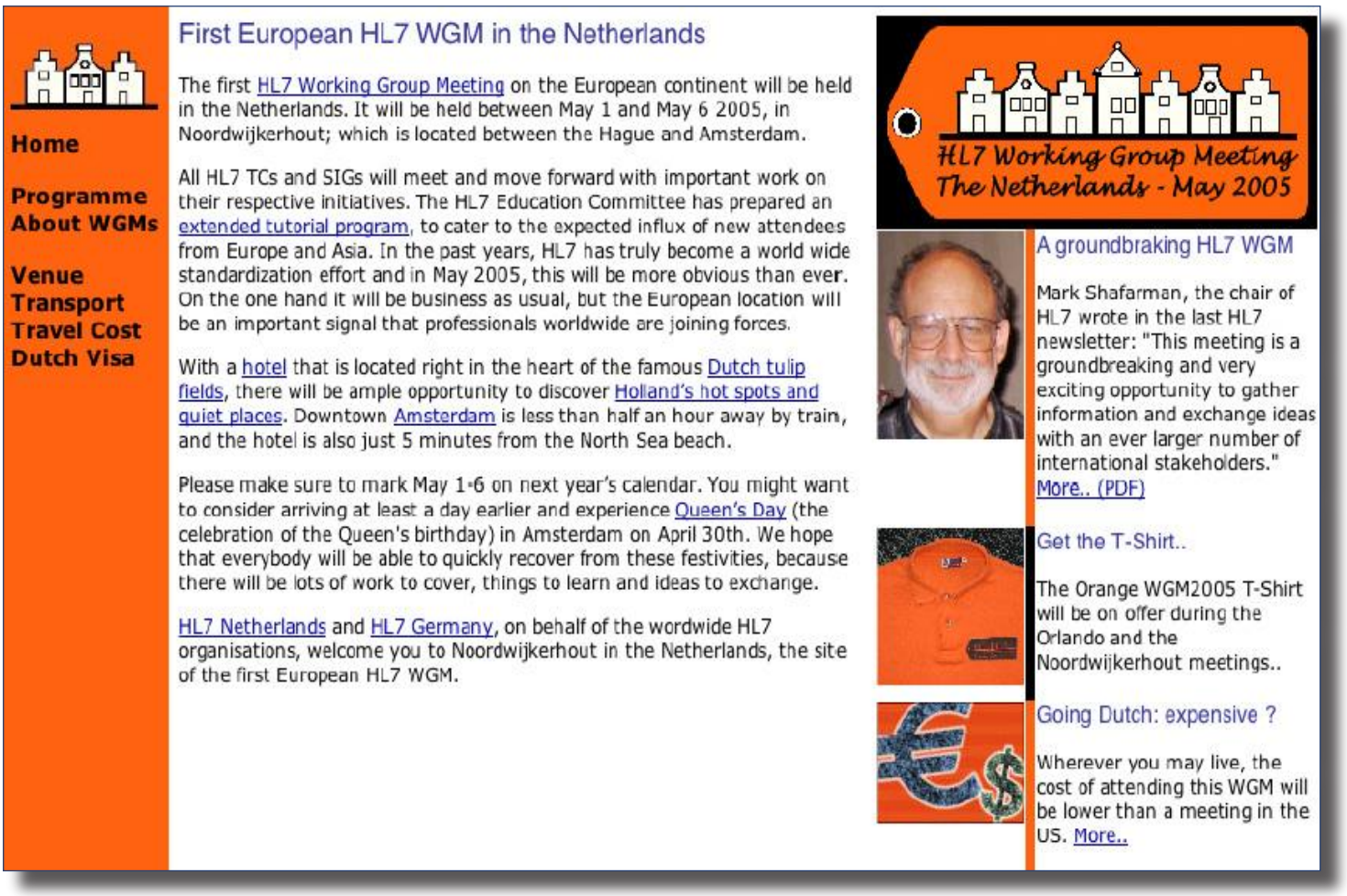
The Version 3 development by HL7 represents a major worldwide landmark in the developments of standards for electronic information flows in healthcare. The V3 documentation is substantial and not easy to get familiar with. HL7 UK decided to sponsor the development of this Primer to help its membership get started on V3. Great care was taken in writing and revising the material to ensure that anyone using the Primer should be able to rapidly get to grips with the key elements of the V3 methodology.



Verdere informatie? Stuur een email naar info@hl7.nl

Internationale Working Group Meeting in Noordwijkerhout

1 t/m 6 mei 2005 in Noordwijkerhout • www.wgm2005.nl



Onderwerpen volgende uitgave

De onderwerpen van de volgende uitgave zijn waarschijnlijk

- Drie projecten, twee landen, één model: HL7 Care Provision
- Berichten uit het veld: HL7 implementatie ervaringen versie 2 en versie 3
- Interview met... Michiel Sprenger
- Verslag werkgroep vergaderingen Noordwijkerhout
- ... en meer

Stichting HL7 Nederland

Wat is er aan de hand?

Aankondigingen



HL7 Internationaal

Internationale Working Group Meeting	1-6 mei 2005	Noordwijkerhout
HL7 International Affiliates Meeting	21-23 juli 2005	Taipei, Taiwan
HL7 Plenary and Working Group Meeting	11-17 september 2005	San Diego (VS)

HL7 Nederland

TC en TSC vergadering	21 juni	Bunnik
TC vergadering (ballot), TSC vergadering	24 augustus	Bunnik
Implementatie handleiding HL7 Versie 3 Nederland	6 september	Bunnik
TC en TSC vergadering	4 oktober	Bunnik
HL7 University: HL7 Versie 2 cursus	6+7 oktober	Utrecht
HL7 University: HL7 Versie 3 cursus	10-11 oktober	Utrecht
Nationaal Standaardisatie Congres 2005	8 december	Utrecht

Stichting HL7 Nederland

Voorzitter: Robert Stegwee

Stichting HL7 Nederland
W. Barentszstraat 1
3902 DE Veenendaal
Telefoon : 0318 - 548869 • Fax : 0318 - 548090

EMail: **info@hl7.nl** • Internet: **www.hl7.nl**

Als lid van de Stichting HL7 Nederland ontvangt u uitgebreide documentatie over de standaard. U heeft toegang tot alle on-line documentatie in Nederland én Internationaal. Zie op www.hl7.nl „**Lid worden**“ voor algemene informatie en voor de verdere voordelen van het lidmaatschap.