Hi7hLi7hts

Een uitgave van
Stichting HL7 Nederland
Nummer 11, december 2011
www.HL7.nl



20 jaar HL7 Nederland

Tijd voor een nieuwe jas



25 jaar HL7 International

Pharmacy in Parijs:
HL7 en IHE

Bert Kabbes over het jubileumjaar HL7 Nederland

HL7 NEDERLAND

Hi7hLi7hts – Nr 11 / 2011

Stichting HL7 Nederland
Voorzitter: Robert Stegwee
Willem Barentszstraat 1
3902 DE Veenendaal
Telefoon: +31 (0) 318 - 548869 · Fax: +31 (0) 318 - 548090
Internet: www.hl7.nl · Email: info@hl7.nl

Colofon

Samenstelling en redactie

Frank Ploeg | Groningen
Kai U. Heitmann | Hürth
...in samenwerking met het bestuur van de Stichting HL7 Nederland | Veenendaal

Tekstbijdragen

Anneke Goossen-Baremans | Amersfoort
William Goossen | Amersfoort
Maïa Hemkes | Haarlem
Tom de Jong | Purmerend
Irma Jongeneel-de Haas | Papendrecht
Bert Kabbes | Veenendaal
Ewout Kramer | Amsterdam
Frank Ploeg | Groningen
Bas van Poppel | Leiden
René Spronk | Haarlem
Robert Stegwee | Utrecht
Michael van der Zel | Groningen

Fotografie/Foto's

Fotolia.com: Copyright © koya79 (U1, p8), NatUlrich (p18), Benicce (p20), Nikolai Sorokin (p25), 06photo (U4); Photocase.com: Copyright © andrey-fo (p22); Kai Heitmann (p14, p24)
Dank aan Bert Kabbes, Tom de Jong, Diny van de Weerd, Hotel de Leeuwenhorst Noordwijkerhout.

Ontwerp en opmaak

Heitmann Consulting and Services e. K. | Hürth (D)

Drukwerk

LUP AG | Keulen (D)

Hi7hLi7hts is een uitgave van de Stichting HL7 Nederland en wordt verspreid in een oplage van 750 exemplaren.

Inhoud

Onderwerpen

HL7 Nederland door de wasstraat! 6

Terugblik op 20 jaar HL7 in Nederland! 8

25 years of HL7 12

Verslagen

Pharmacy in Parijs: Eerste gezamenlijke meeting van HL7 en IHE 16

Fresh Look 1: Resources for Health 18

Fresh Look 2: Clinical Information Modeling Initiative 22

Het Kwaliteitshandboek 25

Nieuws uit de Werkgroepen en de TSC 28

Hans geeft het stokje door 34

Vaste rubrieken

Colofon 2

Ledenlijst 4

Editorial/Voorwoord 5

Interview met: Diny van de Weerd 36

Boekbespreking 39

Onderwerpen volgende uitgave 39

Aankondigingen 40

HL7 Nederland University Cursussen 40

Ledenlijst

AA ICT Consultancy
Academisch Medisch Centrum Amsterdam AMC
Academisch Ziekenhuis Maastricht
AcouSoft Informatisering BV
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis
Agfa Healthcare
AGG Solutions
Albert Schweitzer Ziekenhuis, Locatie Amstelwijck
Alert Life Sciences Computing BV
Allegro Sultum BV
Amphia Ziekenhuis
Sint Annaziekenhuis
Arcares
Ascom (Nederland) BV
Atrium Medisch Centrum Parkstad
The Beagle Armada
Streekziekenhuis Koningin Beatrix
Ziekenhuis Bernhoven
Bethesda Ziekenhuis
BMA BV
Bodégro
Boom Test Uitgevers
BovenIJ ziekenhuis
Stichting Bronovo-Nebo
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
Capgemini
Carestream Health
Catharina-ziekenhuis Eindhoven
Cegeka Health Care NV
Centric Healthcare Solutions B.V.
Chipsoft B.V.
Clinical Science Systems
College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
Collis
Complan Valens BV
Copernicus Interchange Technology BV
Crossing Channels
CSC Computer Sciences BV
DBC-Onderhoud
Delfzicht Ziekenhuis
Delta Psychiatrisch Ziekenhuis
St. Deventer Ziekenhuizen
Diakonessenhuis
Diasoft b.v.
Digitalis bv
Softwarebureau Dimasys
Dimence
dir/Active BV
E.Novation B.V.
Sint Elisabeth Ziekenhuis
Elkerliek Ziekenhuis
Emergis
Epic Europe B.V.
Erasmus Universiteit Medische Informatica
Euroned Systems
Farmaco-logica B.V.
Finalist Software Noord Nederland
Flevoziekenhuis
Stichting Florence
Forcare BV
FPC De Rooyse Wissel
St. Franciscus Gasthuis
Franciscus Ziekenhuis Roosendaal
Furore
G2 Speech B.V.
Ziekenhuis Gelderse Vallei
Gelre Ziekenhuis Apeldoorn
Gemini Ziekenhuis
GGZ Friesland
Stichting GGZ Groningen
GGZ Noord Holland noord
GINO Software
Marc de Graauw IT
Groene Hart Ziekenhuis
Groot Klimmendaal
H2W Partners
Rode Kruis Ziekenhuis
HagaZiekenhuis - Leyenburg
Heitmann Consulting and Services e. K.
HUMIQ B.V.
IBM
IDEWE
Co-Capacity Healthcare BV
IGN Automatisering B.V.
Ikazia Ziekenhuis
Impulse Info Systems B.V.
Info Support
Instrumentation Laboratory
Inview bv
Isala ICT
Isala Klinieken, locatie Sophia Ziekenhuis
iSOFT Nederland BV
Itémedical b.v.
Jan van Breemen instituut
Ziekenhuis St. Jansdal
Jeroen Bosch Ziekenhuis
Stichting KCL
Kennemer Gasthuis
Stichting Kind en Groei
L.I.C. vof
Laboratorium voor Infectieziekten
't Lange Land Ziekenhuis
Laurentius Ziekenhuis
Leveste, lokatie Scheper ziekenhuis
St. Lievensberg Ziekenhuis
Logica
St. Lucas Andreas Ziekenhuis
LUMC Leids Universitair Medisch Centrum
Sint Maartenskliniek
Maasstad Ziekenhuis
Maastro Clinic
Magister Nederland BV
Magistro
MagnaFacta B.V.
Martini Ziekenhuis
Máxima Medisch Centrum lokatie Veldhoven/Eindhoven
MCH, Medisch Centrum Haaglanden
McKesson Nederland
Meander Medisch Centrum
Mechatronics Software Applications BV
Medecs B.V.
Medical Measurement Systems B.V.
Medicore BV
Medimo BV
Mediparc B.V.
Mediparc BV
Medisch Centrum Alkmaar
Medisch Spectrum Twente
Medox.nl BV
St. Antonius Ziekenhuis
MI Consultancy
Microbais Automatisering BV
Laboratorium Microbiologie Twente Achterhoek
MIPS laboratory information systems
Stichting MLS
Ned. Kanker Instituut/Antoni v.Leeuwenhoek Zkh.
NICE Software BV
Stichting Nictiz
Zorgcombinatie Noorderboog
NovaPro
Nucletron B.V.
Obec Software Engineering BV
Olympus Nederland BV
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
Orbis, Medisch en Zorgconcern
Ordina
Ortus Group B.V.
Partezis
PBG Zorgholding BV
PharmaPartners B.V.
Philips Healthcare
PinkRoccade Healthcare bv
PK automatisering
Portavita
PRO-V2 B.V.
Promeetec BV
Protopics BV
Q-RY Solutions BV
Refaja Ziekenhuis
Regas BV
Reinier De Graaf Groep
Results 4 Care b.v.
Ricoh Nederland B.V.
Rijnland Ziekenhuis
Ringholm bv
Rivas Zorggroep
Rivierenland Ziekenhuis
RIVM/CIb
Rode Kruis-Vlaanderen
Rogan-Delft BV
Ruwaard van Putten Ziekenhuis
RVC B.V.
SAP Nederland BV
Saxenburgh Groep
Sectra Benelux
SEIN St. Epilepsie Instellingen Ned.
SHO Stg Huisartsenlaboratorium
Siemens Nederland NV, Healthcare Sector
Sioux Medical Systems B.V.
Slingeland Ziekenhuis
Slotervaart Ziekenhuis
Spaarne Ziekenhuis
Splendid Business Solutions
Stg Medisch Laboratorium Noord
Stichting Synergos
Stg. Innovatieprojecten OIZ
TASS software professionals
Technidata Benelux b.v.
Technology To Serve
Tergooiziekenhuizen
The Patient Safety Company
ThirdWave B.V.
Tieto
De Tjongerschans Ziekenhuis
TNO Kwaliteit van Leven
Trits Zorgapplicaties
TweeSteden ziekenhuis
UMC St. Radboud
Universitair Medisch Centrum Groningen
UMCU Universitair Medisch Centrum Utrecht
Unit 4 Agresso Gezondheidszorg
UNIT4 Consist B.V.
Universitaire Ziekenhuizen Leuven
Universiteit Maastricht
Universiteit Twente
Unlock IT
VCD IT Groep
Veenstra Instrumenten BV
Versluis Medical
Viecuri Medisch Centrum
VIR e-Care Solutions B.V.
VitalHealthSoftware B.V.
VRUMUN
VU Medisch Centrum
Zorgcirkel Waterland
Stichting van Weel-Bethesda Ziekenhuis
Welch Allyn Cardio Control BV
Westfriesgasthuis
Wilhelmina Ziekenhuis Assen
IJsselland Ziekenhuis
IJsselmeerziekenhuizen
Z-INDEX
Zaans Medisch Centrum
ZGT Ziekenhuis Groep Twente
ZoomBIM
ZorgDomein Nederland bv
Zorgdraad
Zorggroep Apeldoorn
Talma Sionsberg Ziekenhuis
Stichting ZorgSaam
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis

Editorial

Een nieuwe jas…



Wellicht herinnert u zich het TV-programma met deze titel, waarin Nederlandse klassiekers van bijvoorbeeld Annie M.G. Schmidt door hedendaagse artiesten werden uitgevoerd. HL7 Nederland begint ook een klassieker te worden en verjongt en vernieuwt zich ook door hedendaagse toppers aan zich te verbinden. Niet zo radicaal misschien als op de TV, maar zeker de moeite waard om ons in het nieuw te steken.

Over klassiek gesproken, dit jaar vierde HL7 International het 25-jarig bestaan, waar uiteraard ook een Nederlandse delegatie aanwezig was en vanuit Nederland, als één van de eerste Affiliates, een bijdrage aan het plenaire programma mocht worden geleverd. Komend jaar vieren wij zelf onze 20e verjaardag, waar dit nieuwe nummer van HL7 Magazine onder de nieuwe titel HighLights de opmaat voor is. De nieuwe jas voor ons vertrouwde magazine gaat vergezeld van een nieuw logo, een nieuwe huisstijl en, vooral, een nieuwe website die onze vrijwilligers, leden en geïnteresseerden nog beter ondersteunt bij het vinden en delen van informatie over de HL7 standaard in Nederland.

Naast terugblikken en vooruitkijken is er in deze HighLights natuurlijk vooral aandacht voor inhoudelijke thema's. Op internationaal gebied zijn er drie ontwikkelingen die we voor het voetlicht willen brengen: de samenwerking op medicatiegebied in de Pharmacy groep, de voorstellen tot vereenvoudiging van de implementatie van v3 middels Resources for Health en het Clinical Information Modeling Initiative. De laatste twee zijn uitkomsten van de internationale vernieuwing van HL7 middels het "Fresh Look" initiatief, wat opdracht had om met een divers samengestelde groep eens even alle historie los te laten en met een frisse blik te kijken naar wat ons te doen staat om zorginhoudelijke interoperabiliteit te bereiken.

Vanuit de werkgroepen is er ook het nodige nieuws te melden, bijvoorbeeld over de komende Release 2 van het functionele model voor een EPD-systeem (de HL7/ISO EHR-S FM standaard), de laatste wijzigingen in de versie 2 implementatiehandleiding en de versie 3 implementatiehandleiding basiscomponenten. Deze laatste is van groot belang om de inhoud van verschillende versie 3 modellen gelijk te houden en niet, bijvoorbeeld, een patiënt in een CDA of CCD document anders te structureren dan in een medicatiebericht. Specifiek over medicatie is uiteraard ook voor Nederland weer het nodige nieuws te melden, naar aanleiding van de succesvolle themamiddag van 7 juni 2011.

De actieve groep leden binnen HL7 Nederland groeit en, zoals eerder aangegeven, komen hedendaagse toppers onze gelederen versterken. Voor hen is het vaak moeilijk om de ingesleten gewoontes binnen de HL7 werkgroepen te snappen en, eerlijk gezegd, is het ook voor de oude rotten wel eens lastig om uit te leggen waarom we dingen doen zoals we ze doen. Daarom is er vanuit de TSC en het Bestuur het initiatief genomen om een Kwaliteitshandboek te ontwikkelen, waarin duidelijk beschreven staat wat we doen, hoe we dat doen en waarom we dat zo doen. Dat maakt het voor iedereen eenvoudiger om snel de weg te vinden binnen HL7 Nederland. Op alle terreinen zijn we ons aan het vernieuwen en verjongen in de verwachting dat we daarmee de hogere eisen die aan informatievoorziening in de zorg worden gesteld kunnen helpen invullen.

HL7 Nederland door de wasstraat!



Het jubileumjaar 2012, waarin de Stichting HL7 Nederland al weer 20 jaar zal bestaan, wordt feestelijk ingeluid met de lancering van een volledig nieuwe huisstijl, nieuw logo en nieuwe website.

Dat HL7 Nederland een actieve en bruisende gemeenschap is van bevlogen vrijwilligers, van intussen al weer meer dan 250 leden, is algemeen bekend. Ook internationaal speelt Nederland vanaf de oprichting in 1992 een voortrekkersrol bij de ontwikkeling en toepassing van wereldwijde communicatiestandaarden in de zorg. Sinds de oprichting van HL7 Nederland 20 jaar geleden, is de HL7 standaard een niet meer weg te denken begrip geworden en is er geen instelling, ICT-afdeling of ICT-leverancier meer die het bestaan van de HL7 standaard niet kent. De HL7 standaard is al 10 jaar de enige zorg-communicatiestandaard in Nederland met een officiële erkenning als NEN-norm (NEN 7504).

De HL7 standaard is inmiddels bezig om ook stevig door te dringen tot de “core business” van zorginstellingen: het domein van de zorgverleners en de informatie-uitwisseling rond de directe patiëntenzorg. Lokaal, regionaal en landelijk. De entree van de HL7 standaard in deze wereld van de zorgverleners betekent voor HL7 Nederland de toetreding van nieuwe doelgroepen en die willen we uiteraard goed informeren. Laagdrempelig en gebruikmakend van de (online) mogelijkheden van nu!

8 december 2011: lancering nieuwe website

Na grondig onderzoek en hard werken wordt tijdens het HL7 Jaarcongres op donderdag 8 december 2011 een geheel vernieuwde HL7 Nederland website gelanceerd. Een nieuw fris uiterlijk, met een sterk verbeterde toegang tot informatie over de HL7 standaard, de HL7 organisatie en weblinks naar tal van gerelateerde onderwerpen. Via maximaal drie klik’s krijgen ICT’ers, bestuurders en zorgverleners snel en direct toegang tot voor hen belangrijk nieuws en interessante bijeenkomsten. Het website-team, – bestaande uit leden van de technische stuurcommissie en bestuur, webdesigners, webbouwers en onder leiding van Robert Stegwee, Bert Kabbes, Adri Burggraaff en Maïa Hemkes – werkt momenteel aan de laatste loodjes voor de lancering.

Implementatie online werkomgeving

Naast het publieke websitegedeelte wordt ook een nieuw ledengedeelte geïmplementeerd. Online samenwerken en kennisoverdracht staan hierbij centraal. Alle leden krijgen toegang tot de online werkomgeving, die kan worden ingericht naar ieders persoonlijke wensen. Leden van werkgroepen kunnen tevens allerlei nieuwtjes direct met elkaar delen door gebruik te maken van hun ‘webauteur’ functie. Bent u geen lid van HL7 of een HL7 werkgroep, maar wilt u wel een inhoudelijke bijdrage leveren voor plaatsing op de website ? Stuur een korte beschrijving van uw bijdrage naar info@hl7.nl.

Nieuwsgierig naar de totale HL7 Nederland “Make Over”?

Tijdens het HL7 Congres op 8 december 2011 in het Jaarbeurs Congrescentrum wordt u naast een uitleg over de mogelijkheden van de ver-



nieuwde website natuurlijk bijgepraat over de allernieuwste ontwikkelingen rond HL7 en de actuele toepassingsgebieden van de HL7 standaard.

HL7 Social Media

Zoals we al eerder meldden is HL7 Nederland actief op verschillende Social Media. Nieuws wordt door leden gedeeld op:

» LinkedIn (http://www.linkedin.com/company/stichting-hl7-nederland)
» Twitter (@HL7nl)

Word lid van de HL7 LinkedIn groep of volg onze tweets om op de hoogte te blijven en mee te praten! Ook horen we graag wat u vindt van het nieuwe HL7 Magazine, de nieuwe website en de nieuwe huisstijl.



Jubileumjaar 2012

Terugblik op 20 jaar HL7 in Nederland!



Aan de vooravond van het 20-jarig jubileum van de Stichting HL7 Nederland in 2012 gaan de gedachten van menigeen onder u en ons onvermijdelijk terug naar hoe het in 1992 allemaal begon. En wat we samen met velen van u in die beginjaren al pionierend tot stand hebben gebracht.





Het is belangrijk om die historie levend te houden en over te dragen. Niet alleen voor de geschiedschrijving maar vooral ook als eerbetoon aan u allen. En omdat destijds een formule is bedacht die nog steeds actueel is: een formule die de basis bevat voor het succes van de HL7 standaard, de HL7 organisatie en vooral de sfeer waarin al het vrijwilligerswerk al die jaren werd verzet en hopelijk nog heel lang zal voortduren. Voor iedereen die het ontstaan van HL7 in Nederland niet heeft meegemaakt, volgt onderstaand een korte terugblik. Gelukkig hebben we nog vele foto's en een compleet historisch archief vanaf dag één.

Het begin

Het prille begin van HL7 in Nederland lag in november 1990 in de USA, in het fraaie Westfield Conference Center, één uur rijden oostelijk van Washington, waar een meerdaags congres werd gehouden voor medewerkers en gezondheidszorgcliënten van Coopers & Lybrand Healthcare USA. Ik was daar aanwezig omdat ik destijds de scepter zwaaide over de Adviesgroep Gezondheidszorg van Coopers & Lybrand Nederland (tegenwoordig Price Waterhouse Coopers) en we binnen Coopers & Lybrand nauwe contacten onderhielden met de collega's in zowel de USA als Europa. In één van de sessies gaf een zekere George Ahlin van Coopers & Lybrand USA een presentatie over de HL7 standaard, die op dat moment nog slechts drie jaar bestond maar in de USA al behoorlijk succesvol was.

Die sessie bleek een eye-opener te zijn voor een probleem waarmee in Nederland vrijwel alle ziekenhuizen worstelden: ZIS'sen die monolithisch waren ontwikkeld, draaiend op specifieke besturingsystemen en apparatuurmerken, zonder mogelijkheden om andere deelsystemen dan die van de eigen ZIS-leverancier te koppe-

len en te integreren. Bovendien beschermden de toenmalige ZIS-leveranciers daarmee hun marktaandeel en was er dus sprake van welbewuste gedwongen winkelnering. Binnen Coopers & Lybrand Nederland hadden we diverse advies- en implementatieprojecten onderhanden waar die problematiek speelde. De snelle opkomst van diverse "losse" gespecialiseerde deelsystemen – die vaak aanzienlijk beter presteerden – leidde tot de grote behoefte en wens van ziekenhuizen om open systemen en keuzevrijheid ten aanzien van het koppelen en integreren van deze nieuwe deelsystemen. Een wens waar we tot dat moment in oktober 1990 volop mee bezig waren maar waarvoor we nog geen structurele, generieke oplossing hadden gevonden.

De presentatie van George Ahlin leek tot mijn grote verrassing en uit een totaal onvermoede hoek de oplossing te zijn voor de bovenvermelde perikelen in Nederland. Ook in de USA bestond grote behoefte aan het "vrij" kunnen koppelen en integreren van ZIS'sen en diverse deelsystemen, zij het vanuit een geheel andere historie. Ter oplossing daarvan was in 1998 in de USA door een groep adviesbureau's, ZIS-leveranciers, netwerkleveranciers en ziekenhuizen een standaard ontwikkeld waarbij allerlei gegevens volgens vaste formats tussen toepassingen en systemen konden worden gecommuniceerd, genaamd HL7. De versie waarnaar ik zat te kijken en luisteren was HL7 versie 1.1.

Bovendien bleek Coopers & Lybrand net bezig om in hun kantoor in Parsipanny, net even buiten New York, een democenter in te richten waar een 10-tal verschillende deelsystemen werden opgesteld die met HL7 communiceerden.

Ter plekke besloot ik langer te blijven om alle informatie en kennis over HL7 te vergaren. Via Parsipanny en Chicago (hoofdkantoor Coopers & Lybrand Healthcare USA) volgde ik een stoomcursus HL7. Avonden lang heb ik de specs doorgenomen en beoordeelt op toepasbaarheid voor Nederland. Conclusie: het leek inderdaad de oplossing te zijn. Zowel de structuur, formats als gegevens bleken generiek, universeel en overeenkomend met de kerngegevens die we in Nederland tussen ZIS'sen en deelsystemen wilden uitwisselen. De implementatie leek bovendien snel, eenvoudig en goedkoop te realiseren. Kortom, ik was behoorlijk enthousiast.

Terug in Nederland organiseerde ik meteen een studiereis met zo'n 10 hoofden ICT van ziekenhuizen. En gingen we in september 1991 op rondreis langs Coopers & Lybrand Parsippany, ziekenhuizen in New York, Washington, Philadelphia, Greensboro en Duke University in Georgia. Daar ontmoetten we een der grondleggers van de HL7 standaard en destijds trekker van de HL7 organisatie in de USA: Ed Hammond.

De reis bevestigde de indruk dat de HL7 standaard de oplossing voor Nederland zou kunnen zijn. Iedereen was enthousiast. Op de avond voor ons vertrek naar Nederland besloten we onder het diner om samen een informatiebijeenkomst te gaan organiseren voor ziekenhuizen en leveranciers en uiteraard een eerste vertaling van de HL7 standaard te gaan maken.

Initiatiefgroep HL7 Nederland

Vanaf dat moment ging het razendsnel. In januari 1992 hielden we een informatiebijeenkomst, waarvoor zich – tot onze verbazing maar ook schrik! – ruim 100 mensen aanmeldden. We huurden een grote zaal in het Jaarbeurs Congrescentrum, maakten presentaties en verdiepten ons in de details, vertalingen en specs. Vrij nerveus door de nog zo prille kennis hielden we onze verhalen, die door de aanwezigen (gelukkig) heel goed werden ontvangen. Aan het einde van de dag waren de geluiden dermate enthousiast dat we de zaal voorstelden om een Initiatiefgroep HL7 Nederland op te richten. Ter plekke werd een kerngroepje van trekkers gevormd: Gerrit van Zijll Langhout (ZIN Groningen), Fons Ariens (RAET), Kees Molenaar, Hans Houben (Philips) en ondergetekende als voorzitter. We gingen meteen aan de slag met het schrijven van de 1e implementatiegids voor



Nederland, we organiseerden een hele serie vervolgbijeenkomsten met ziekenhuizen en leveranciers (eerst afzonderlijk en later gezamenlijk), maakten functionele en technische specs en gingen we op zoek naar ziekenhuizen en leveranciers die een pilot wilden doen met ADT berichten. Die vonden we snel: het Merwede Ziekenhuis in Dordrecht, waar we eind 1992 samen met Jos Baptist als hoofd automatisering de 1e ADT koppeling operationeel implementeerden tussen het ZIS van RAET en Labosys van Philips. Het bleek allemaal inderdaad snel en vlot implementeerbaar en het draaide als een tierelier!

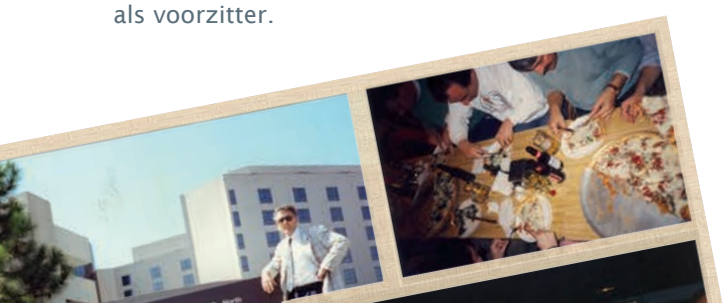
HL7 Nederland als "Affiliate"

Parallel namen we begin 1992 contact op met Ed Hammond en Mark McDougall van HL7 USA om te komen tot formele regelingen van het gebruik van de HL7 standaard, lidmaatschap en deelname aan de USA ontwikkelingen, etc. Ergens in februari 1992 vloog ik naar de USA om alles te regelen en in maart 1992 produceerden we een draft voor een Afflialiate Agreement, een stuk dat nog steeds in ons historisch archief zit. Daarmee waren we het eerste land buiten de USA dat een officiële Affiliate werd. Naar later bleek was dit de basis voor de vele volgende landen die de HL7 standaard adopteerden.

Intussen organiseerde ik de volgende HL7 studiereis, opnieuw met zo'n 10-12 ziekenhuizen en gingen we begin april 1992 weer op pad, kris-kras door de USA langs ziekenhuizen en leveranciers die de HL7 standaard operationeel toepasten.

Stichting HL7 Nederland

De aangroei van ziekenhuizen en leveranciers die lid waren geworden van de Initiatiefgroep verliep dermate snel (binnen een jaar hadden we 80 leden) dat we later in 1992 besloten om de Initiatiefgroep HL7 Nederland om te zetten in een formele Stichting HL7 Nederland. Dat betekende dat we een bestuur moesten vormen, dat initieel bestond uit Jos Baptist als secretaris, Ed Rovers als penningmeester en ondergetekende als voorzitter.



Gedrieën ontwikkelden we een formule die achteraf gezien een belangrijke basis was voor het succes van de HL7 standaard in Nederland. Uiteraard was de standaard zelf de belangrijkste reden voor succes (door de eenvoud, snelle invoeringsmogelijkheden, transparantie, etc.), doch er moesten een organisatievorm, werkwijze, marketingplan, financieel concept, etc. worden bedacht om het geheel neer te zetten zoals we vonden dat dat moest. Ook moesten we een formule bedenken om te zorgen dat er een open platform werd gecreëerd waar leveranciers niet als concurrenten maar als collega's samen zouden werken aan de standaard, open gegevens zouden gaan uitwisselen en waar ziekenhuizen en leveranciers elkaar zouden vinden. Het moest bovendien goedkoop, snel en gericht zijn op directe resultaten.

Het credo was en is dat we alleen die dingen doen waar de leden behoefte aan hebben, samenwerken met iedereen, een lage financiële drempel hebben en de eigen zakelijke belangen van leden en hun HL7-activiteiten op een zuivere manier verbinden. Het was in die tijd – waarin van enige samenwerking tussen leveranciers geen sprake was, integendeel! - een hele klus om een (vrijwilligers-)sfeer te creëren waarin iedereen met veel energie en plezier aan de slag ging.

We vormden een technische commissie, die de standaard inhoudelijk ging beheren en jaarlijks implementatiegidsen ging publiceren. We organiseerden twee keer per jaar 2-daagse HL7 cursussen (waar Jos Baptist en ik jarenlang als docenten fungeerden), liepen congressen plat met HL7 presentaties, gingen op de koffie bij ministeries, organisaties en organen, publiceerden artikelen en zorgden voor tam-tam in de

> *... 1992 hielden we een informatiebijeenkomst, waarvoor zich – tot onze verbazing maar ook schrik! – ruim 100 mensen aanmeldden ...*

Mijlpaal

In 2000 werd de Nederlandse Implementatierichtlijn HL7 v2.3.1 tot NEN norm.


Chapter 3
Patient Administration NL
LET OP: Indien bij een veld, segment, bericht of event alleen de kop of titel vermeld is en geen verklarende tekst, dan is hiervoor door de IC in Nederland nog geen richtlijn afgegeven. Indien u er wel gebruik van maakt of wenst te gaan maken, dan verzoeken wij u eerst contact op te nemen met de IC.
3.1 PURPOSE
Dit hoofdstuk beschrijft de berichten omtrent de geografische en verblijfsgegevens van patiënten.
3.2 TRIGGER EVENTS AND MESSAGE DEFINITIONS
In dit hoofdstuk worden de verschillende events beschreven die gelden binnen ADT. In de Nederlandse implementatiegids zullen alleen de events worden toegelicht waarvan het gebruik bekend is, of binnenkort verwacht wordt. De berichtopbouw van de ADT events is voor de meeste events gelijk. We zullen de meest uitgebreide vorm hierin eenmalig vermelden. De voorheen in Nederland gebruikte Z-segmenten ZPI en ZPV zijn in versie 2.3 niet meer nodig. Ze zullen nog wel worden beschreven in hoofdstuk 3.3, om aan te geven welke standaardoplossingen hiervoor in de plaats zijn gekomen.
Geadviseerd wordt om, als er naast de specifieke event nog andere zaken gewijzigd zijn, volgend op deze event nog een A08 te sturen. Bijvoorbeeld, als bij een overplaatsing tevens de geboortedatum van de patiënt wordt gewijzigd, resulteert dit in een A02 bericht, gevolgd door een A08 bericht.
Om te weten welke segmenten precies bij welke event moeten worden vermeld, wordt verwezen naar het officiële HL7 manual.

Vervolg

Intussen is de publicatie van de gereviseerde HL7-norm onder de officiële aanduiding "NEN 7504:2011" een feit!

markt. In de tien jaar die volgden organiseerden we jaarlijks één en soms twee keer studiereizen, steeds met groepen van zo'n 10-12 geïnteresseerden. In totaal ruim 120 mensen die hebben deelgenomen, vaak in combinatie met een bezoek aan de HL7 Working Group Meetings. We hebben in die jaren de hele USA doorkruist, veel kennis vergaard en een solide basis gelegd voor de steeds verdere en succesvolle groei van HL7 Nederland. Het werkte!

20 jaar HL7 in Nederland

In de afgelopen 20 jaar hebben we heel wat nieuwe initiatieven ontwikkeld en menige mijlpaal bereikt. Daaronder waren zeker de instelling van HL7 University, de officiële erkenning als NEN-norm, de ontwikkeling van HL7 Versie 3 in internationaal verband, de oprichting van het HL7 Projectbureau en de vele V3 modellerings- en implementatie opdrachten die onder die vlag werden uitgevoerd voor Nictiz en anderen. Maar ook de jaarlijkse congresdagen, themadagen en andere happeningen waar we als HL7 Nederland onze kennis hebben uitgedragen. Het secretariaat is dankzij Diny van de Weerd en haar collega's van Dynamiek uitgegroeid tot een professionele organisatie. De zo belangrijke technische commissie is uitgegroeid tot een groot gezelschap van werkgroepen met een intussen erg

groot werkgebied. Bestuurlijk hebben we vele zaken voortdurend geactualiseerd, ons intensief bezig gehouden met bijdragen aan de nationale en internationale ontwikkelingen en de enorme groei van HL7 wereldwijd. We hebben diverse rollen vervuld in alle geledingen van de HL7 organisatie en we zijn vanaf het begin altijd aanwezig geweest bij alle HL7 Working Group Meetings, ISO bijeenkomsten en allerlei tussenliggende bijeenkomsten, waaraan door velen van met name de technische stuurcommissie en het bestuur actieve bijdragen zijn geleverd. We doen het ook internationaal goed!



De eerste Europeese Working Group Meeting van HL7 Internationaal vond plaats in Noordwijkerhout in mei 2005, mede georganiseerd door bestuursleden van Stichting HL7 Nederland

Terugkijkend op 20 jaar HL7 Nederland kunnen we met u allen trots zijn op wat we hebben bereikt. Er zijn zeeën van (privé-)tijd gestoken in HL7, door heel veel mensen en op heel veel manieren. En waarom? Waarschijnlijk in de eerste plaats omdat iedereen zich zo thuis voelt in de sfeer die we zowel nationaal als internationaal hebben. Waar gewoon lekker wordt gewerkt zonder allerlei gedoe, waar je wordt gewaardeerd en geaccepteerd om je inbreng. Waar iedereen gelijk is en geen persoonlijk aanzien of politieke spelletjes worden gespeeld. Waar je je eigen interesses zo goed kwijt kan. Je loopt voorop mee in alle ontwikkelingen, je kunt deelnemen aan onnoemelijk veel activiteiten op deelterreinen en het is allemaal vrijwilligerswerk. We beseffen dat we allemaal met elkaar als HL7 gemeenschap – anders dan in de beginjaren – op dit moment een grote verantwoordelijkheid dragen voor beheer, opleiding en ondersteuning van de HL7 standaard nu dit al weer jaren de nationale communicatiestandaard is in de zorgsector. Nog steeds groeit het aantal leden (intussen ruim boven de 250) en ook in andere zorgsectoren wordt gestart met HL7. Daarnaast dienen zich hele nieuwe domeinen aan waar de HL7 standaard moet worden geïmplementeerd en breidt de HL7-familie van standaarden zich nog voortdurend uit, met name rond landelijke en regionale ketenzorg, zorgdossiers en portals voor zorgverleners en patiënten. We hebben een lange en interessante toekomst voor ons!



Graag wens ik iedereen voor de komende 20 jaar net zoveel plezier en voldoening toe als ik zelf heb beleefd en nog elke dag beleef aan alles rond HL7. Op naar de toekomst. We gaan er met u allemaal in 2012 hopelijk een prachtig jubileumjaar van maken!



Bert Kabbes
vice-voorzitter/secretaris



... Happy 25th anniversary, the best is yet to come ...

Jubileum

25 years of HL7

Op de laatste Work Group Meeting (WGM) in San Diego werd het 25 jarig bestaan van HL7 gevierd. Tijdens de plenaire sessie op maandag gaf Ed Hammond, HL7 man van het eerste uur een overzicht van 25 jaar HL7 onder de titel "The good, the not so good, and lessons learned". Het volgende artikel volgt grotendeels de presentatie van Ed Hammond.

Na een aantal individuele initiatieven op het gebied van de uitwisseling van informatie tussen afzonderlijke systemen kwam in maart 1987 een groep van 75 mensen bij elkaar om het volgende probleem bij de kop te pakken: *afdelingssystemen koppelen met componenten van het ziekenhuis informatie systeem om zo een geïntegreerd systeem te creëren.* Het doel wat daarbij gesteld werd, was een de facto standaard te realiseren die makkelijk te implementeren was en direct gebruikt kon worden. Versie 1 werd in zes maanden gerealiseerd en geëvalueerd en in het volgende jaar gedemonstreerd. HL7 was geboren.

Het grootste probleem in het begin was om uit te leggen waar HL7 voor stond en dat is zeker één van de lessons learned. Als je een organisatie begint, zoek dan een zelf verklarende naam en niet een die elke keer uitgelegd moet worden en waarvan de uitleg dan nog nauwelijks begrepen wordt. Zo werden in 1987 bij onder andere de HIMMS demonstraties gehouden, een soort "connect-a-thons". De eerste demonstratie vond plaats met zeven leveranciers. Omstanders vroegen zich toen af, of als er weer een leverancier bij kwam HL7 dan HL8 zou gaan heten. Voor diegenen die stiekem nog steeds niet weten waar de naam vandaan komt, de "7" verwijst naar de zevende laag van het OSI model, de applicatielaag. Ten tijde van de oprichting was er zelfs nog vaak sprake van het ontbreken van onderliggende lagen en daarom zien we nog steeds een appendix in de HL7 handboeken die oplossingen aanreiken voor de "lower layer protocols" in het geval die er niet zijn.

De response na de oprichting en demonstraties was positief op "filosofisch vlak" maar de leve-

ranciers lieten het nog afweten. En die waren nodig om succesvol te worden. Marketing werd meteen als zeer belangrijk gezien om de leveranciers en de ziekenhuizen aan te laten haken.

Daarnaast stond HL7 als organisatie ook nog in de kinderschoenen en draaide vooral op de eigen investeringen van de initiatiefnemers. In september 1990 vond een overleg plaats in Chicago waar zeven leden van het uitvoerend comité samenkwamen om de plannen voor de toekomst te smeden. Onderwerpen waren missie, gebruikers, processen, diensten en positionering. Er werden besluiten genomen die langzaam maar zeker de HL7 organisatie en haar doelstellingen concreet maakten. HL7 moest een zelfvoorzienende en professionele organisatie worden die standaarden ontwikkelde voor open systemen en daar professionele opleidingen voor zou verzorgen om zo een toenemende mate van implementatie te bewerkstelligen. Gebruikers kregen toegang tot de standaarden als leden van HL7 maar ook niet leden konden de standaarden tegen betaling aanschaffen. Het hele proces van het maken, ontwikkelen en onderhouden van standaarden werd vorm gegeven, het hele circus om een Standard Development Organisation (SDO) te worden werd opgetuigd. Er werden diensten ontwikkeld, zoals methodologieën voor de ontwikkeling van standaarden, uitwisselingsmechanismen van ervaringen van gebruikers, implementatie-ondersteuning als onderdeel van het lidmaatschap en een nieuwsbrief. Een certificatieprogramma haalde het net niet.

Langzaam maar zeker werden sponsors gevonden en begon de organisatie te groeien wat in september 1991 leidde tot de uitbesteding van de administratie en het dagelijks management. HL7 kreeg status en bekendheid wat in 1992 onder andere in Nederland leidde tot de oprichting van een HL7 affiliate. Maar daarover elders in dit magazine.

HL7.tv
Illuminating the standard

Ed Hammond bekijken?

Zijn presentatie "*25 years of HL7's history: The good, the not so good and lessons learned*" is te zien op

hl7.tv/25years.html

Na vijfentwintig jaar kan HL7 terugkijken op een groot aantal successen. We noemen er een paar:

- De adoptie en erkenning van V2 als messaging standard
- De professionalisering van de organisatie
- V3 messaging
- Internationalisatie door de oprichting van affiliaties
- IHIC
- CDA
- EHR functional model
- Tutorials
- ANSI accreditatie
- CCOW wordt onderdeel van HL7
- Beyond messaging: decision support
- Meer betrokkenheid met de klinische gemeenschap

HL7 bestaat uit vrijwilligers. De leden zijn slimme, hardwerkende mensen die veel discussiëren en van mening kunnen verschillen maar altijd respect tonen voor andere meningen en mensen. HL7 is echt open. Iedereen kan er terecht met zijn of haar idee en het in een standaard zien ontwikkelen.

Maar er is ook een keerzijde. Het proces van de ontwikkeling van standaarden moet verbeterd worden, het duurt allemaal te lang. Er wordt teveel over details gediscussieerd die de echt belangrijke zaken dwars zitten. Kom tot compromissen als dat tot resultaten kan leiden en begrijp wat "internationaal" betekend.

Voor de toekomst had Ed de volgende boodschap: "zorg dat je voorop loopt, open jezelf voor de klinische gemeenschap: van wetenschap tot klinisch onderzoek, van patiëntenzorg tot patiëntengemeenschappen, volksgezondheid en zelfs hele bevolkingsgroepen maar onthoud dat het altijd om mensen gaat".



Frank Ploeg
co-voorzitter TSC

Pharmacy in Parijs

Eerste gezamenlijke meeting van HL7 en IHE

HL7 en IHE hebben altijd veel gemeen gehad, aangezien beide organisaties streven naar standaarden voor efficiënte uitwisseling van zorginformatie. Het voornaamste verschil zit in de vrijheidsgraad, waarbij IHE profielen horen bij een strikte workflow of architectuur, vaak gebaseerd op meer universele HL7 standaarden (V2 of V3).

Ook al zijn hun producten nauw verbonden, toch hebben HL7 en IHE meestal apart van elkaar geopereerd. Zolang IHE profielen ontwikkelde die een reeds bestaande HL7 standaard gebruikten, was dat niet zo'n punt. Maar het is een ander verhaal als doelen en planning overlappen, met het risico dat hetzelfde wiel wordt uitgevonden.

HL7 Pharmacy

HL7 Pharmacy is al jaren actief met het beheer van domeinspecifieke materialen voor V2 en V3. De focus in de Pharmacy werkgroep lag daarbij op het ontwikkelen van V3 berichten. De CDA documenten, die deels dezelfde inhoud beschreven, werden helaas apart daarvan ontwikkeld. Daardoor zijn er nu twee verschillende vormen.

IHE Pharmacy

Een paar jaar geleden vormde een groep belanghebbenden IHE Pharmacy, met als doel om implementatieprofielen op te zetten voor zowel openbare als ziekenhuisapotheken. Ik was daarbij namens HL7 Pharmacy aanwezig en heb de bestaande HL7 materialen toegelicht. IHE heeft daarna vastgesteld welke standaarden als basis dienden.

Doublures voorkomen

Sindsdien hebben de groepen contact met elkaar gehouden (deels omdat sommige mensen aan beide deelnamen). Maar in de voorbereiding op nieuwe projecten werd duidelijk dat er een reëel gevaar bestond op doublures (en inconsistenties) bij die ontwikkelingen. Dus toen de Pharmacy WG een out-of-cycle meeting plande om te focussen op een aantal nieuwe werkitems, besloten we om aan te sluiten bij de reeds geplande IHE face-to-face meeting, zodat we deels gezamenlijk konden vergaderen.

Samengevat

Kort samengevat: Op 4 en 5 oktober 2011 had IHE Pharmacy de face-to-face meeting en op 5 t/m 7 oktober 2011 had HL7 Pharmacy een OOC meeting, allebei met de ICT-organisatie

Waaraan is concreet gewerkt bij de out-of-cycle meeting van HL7 Pharmacy?

- Query/response voor het zogenaamde medicatieprofiel, zoals bedoeld wordt in de Nederlandse 'richtlijn medicatieoverdracht'
- Uitwerken van 'institutionele use cases', zodat ook voor klinische toepassingen alle ondersteuning in de HL7 versie 3 specificaties aanwezig is (daar waar dit nu meestal nog gedaan wordt op basis van HL7 versie 2)



Leden van de HL7 / IHE werkgroep tijdens de bijeenkomst in Parijs

voor Franse ziekenhuisapothekers (Phast) als gastheer (in Parijs). De sleutel lag in de overlappende dag, met een gezamenlijke vergadering op 5 oktober. Naast de geweldige 'synergie' die ontstond door gewoon in één kamer te zijn, waren er ook aardig wat mensen die ervoor kozen om als gast aan te schuiven bij de 'andere' groep.

> *... voor Pharmacy wordt het makkelijker om informatie te delen, gezamenlijke oplossingen te bespreken en dus om op elkaar afgestemde resultaten op te leveren ...*

Resultaten

Er is flinke vooruitgang gemaakt met een aantal onderwerpen, maar meest essentieel is wel dat de 'virtuele barrière' tussen beide groepen verdween. Zoals verwacht zaten in beide teams mensen met veel enthousiasme en ervaring, met als gezamenlijk doel het verbeteren van gegevens-uitwisseling in de zorg. Er blijven twee groepen bestaan, maar voor Pharmacy wordt het makkelijker om informatie te delen, gezamenlijke oplossingen te bespreken en dus om op elkaar afgestemde resultaten op te leveren.



Tom de Jong
co-chair HL7 Pharmacy (International en Nederland)

Fresh Look 1

Resources for Health

Na meer dan 15 jaar ontwikkelen aan versie 3 van de HL7 standaard, vroeg de HL7 organisatie vorig jaar aan zijn leden: “Als je, met de kennis en technieken van nu, aan een nieuwe communicatiestandaard zou werken, wat zou je anders doen?”



Fresh look, de aanleiding

Na meer dan 15 jaar ontwikkelen aan versie 3 van de HL7 standaard, vroeg de HL7 organisatie vorig jaar aan zijn leden: “Als je, met de kennis en technieken van nu, aan een nieuwe communicatiestandaard zou werken, wat zou je anders doen?”. Een dappere vraag voor een organisatie die al zoveel geïnvesteerd heeft in de huidige versie 3. Hij kwam dan ook niet uit de lucht vallen: na zes jaren als gepubliceerde standaard is duidelijk dat de adoptiegraad van versie 3 niet hoog is. Voor het merendeel van de communicatie tussen zorgsystemen wordt nog steeds versie 2 gebruikt.

Natuurlijk is er niet één enkele reden aan te wijzen waarom versie 3 nog geen hit is, maar het besef is wel gegroeid dat de implementeerbaarheid van de standaard een ondergeschikte rol heeft gespeeld: versie 3 is geschreven als communicatiestandaard die vooral de (technisch) modelleur ondersteunt, maar in zijn huidige versie veel minder aandacht besteedt aan de bouwer van softwaresystemen. Het resultaat is dat menig leverancier versie 3 niet in zijn product opneemt, en zorgorganisaties dus niet over kunnen op de nieuwe versie.

Een uitwerking: Resources for Health

De “fresh look” die hiervoor nodig is, moet antwoorden geven op de vragen die elke ontwikkelaar stelt als hij een systeem moet bouwen: “Hoe ziet het gegevensmodel van een verrichting eruit?”, “Hoe vraag ik een lijst met recente voorschriften op?”. En dat met behulp van methoden en technieken die elke afgestudeerde softwareontwikkelaar op zak heeft. Tegelijkertijd kunnen sommige aspecten niet altijd eenvoudiger: het model moet sterk genoeg zijn om gebruikt te kunnen worden voor landelijke standaarden.

Onmogelijk? Het antwoord hierop durft nog niemand definitief te geven, maar vlak voor de werkgroepmeeting in San Diego van september 2011 kwam HL7-oudgediende Grahame Grieve met zijn visie op dit vraagstuk. Hij liet zich inspireren door uitwisselstandaarden uit andere industrieën en ontwierp een website onder de werktitel “Resources for Health” (http://www.healthintersections.com.au/rfh/introduction.htm). De website geeft een overzicht van een gegevensstandaard mét uitwisselprotocol. De insteek: dit is de “one stop shop” met alles wat nodig is om systemen te ontwikkelen, in een formaat dat elke softwarebouwer en modelleur in een weekend moet kunnen bevatten.

Hieronder beschrijf ik de belangrijkste uitgangspunten van Resource for Health. Bedenk wel dat RfH op dit moment alleen nog maar een schets is, ter inspiratie voor een vervolgtraject. Het is zeker nog geen afgeronde standaard!

Resources for Health op hoofdlijnen

Principe #1

Alles is een resource. De basis van Resources for Health is de “resource”, een overzichtelijk en volledig gedefinieerd stukje gegeven uit het totaal van een patiëntendossier. Zo is er een “Patient” resource, een “Procedure” resource, een “Admission” (opname) resource, etcetera. In tegenstelling tot de huidige versie 3 is elke resource volledig gemodelleerd en gedocumenteerd. Je kunt per land wel implementatievoorschriften maken, voorschrijven dat optionele velden in een bepaalde context verplicht zijn en andere codelijsten voorschrijven, net als nu in versie 2. In navolging van versie 2 is er ook een ontsnappingsroute om eigen gegevens toe te voegen aan de standaarddefinitie, gelijk de “Z-segmenten” in versie 2.

Principe #2

REST als communicatie. De naam resources is een directe referentie aan het principe van REST, het volledig web-gebaseerde uitwisselprotocol waarin de individuele resources aan te spreken zijn via de vertrouwde methodiek van URL’s:

```
GET http://demo.rfhrepo.org/People/
#991228.xml
```

Deze simpele URL (natuurlijk ook gewoon te gebruiken in een browser als Firefox) is alles wat nodig is om persoonsgegevens op te vragen met identificatienummer “991228”. De URL

```
GET http://demo.rfhrepo.org/People/
search.xml?name='Kramer'
```



geeft een lijst terug met alle patiënten die de naam “Kramer” hebben. Er bestaan standaard-zoekmethoden die voor alle resources bruikbaar zijn én methodes, specifiek voor een bepaald type resource.

Andere HTTP methoden zoals “PUT” en “POST” worden ondersteund om nieuwe resources toe te voegen en aan te passen. Belangrijk uitgangspunt om hierbij in de gaten te houden is dat elke resource dus een onafhankelijk stukje gegevens is, die je per stuk opvraagt, toevoegt of aanpast. Door REST in de specificatie op te nemen, vertelt RfH dus ook hoe systemen precies communiceren en is er voor ontwikkelaars meer duidelijkheid over hoe dit geïmplementeerd moet worden.

Principe #3

Elke resource is volledig gedocumenteerd in de data dictionary. Omdat de definitie en interpretatie van een resource niet afhankelijk is van het type bericht waarin de resource gebruikt wordt is deze goed eenduidig en op één plek te definiëren.

Elke resource kent in de standaard daarom zijn eigen, volledige documentatie, inclusief referenties naar de overeenkomende elementen in het HL7v3 RIM. Een groot verschil met de huidige versie 3, waarbij documentatie van de DMIM modellen enkel op hoofdlijnen mogelijk is, omdat de details in de afgeleide berichtdefinities behoren te zitten.

Principe #4

Resources verwijzen naar elkaar, maar bevatten elkaar niet. In versie 3 is het mogelijk omvang-

GET http://demo.rfhrepo.
GET http://demo.rfhrepo.

rijke berichten samen te stellen door onderdelen te “nesten”, het is daarbij niet relevant of duidelijk of bijvoorbeeld een labuitslag de gegevens over een patiënt bevat, of dat er sprake is van een labbericht dat enkel refereert aan een stukje patiëntgegevens.

Resources zijn per definitie onafhankelijk van elkaar gedefinieerd en kunnen los van elkaar bestaan in een systeem. Een resource “Labuitslag” zal dus voor de bijbehorende patiëntgegevens altijd refereren naar een resource “Patient”, de patiëntgegevens zijn nooit in de labuitslag zelf opgenomen. Dit maakt duidelijker hoe ontvangende en versturende systemen geacht worden gegevens te verwerken in de eigen database.

Principe #5

Complexere berichten zijn samenstellingen van resources. Natuurlijk zal het voor het uitwisselen van gegevens nodig zijn om berichten te versturen die de gegevens van vele, samenhangende resources bevatten. Neem als (groot) voorbeeld het uitwisselen van de gegevens rond de verwijzing van een patiënt: het bericht zal een behoorlijk aantal resources bevatten waaronder recente uitslagen, gestelde diagnose, relevante familiegeschiedenis, etc. Het is overbodig om van het verwijzende en het ontvangende systeem te verwachten dat deze alle betrokken resources één voor één opvragen zoals beschreven in Principe #2.

Resources for Health kent daarom voor dit soort situaties het principe van “assemblage”. Hierbij worden verzamelingen samenhangende resources verpakt tot één enkel bericht. Zie het als een soort zip-bestand, waarin nog steeds de individuele resources zichtbaar zijn, maar deze wel efficiënt en in samenhang kunnen worden gecommuniceerd.

> *Resources for Health staat nog in de kinderschoenen...*

En dus...

De hiervoor beschreven principes wijken behoorlijk af van de ontwerp-principes van versie 3. Sommige aspecten lijken zelfs weer behoorlijk op versie 2! Maar dit was ook de insteek van de “fresh look”: Waar zouden we het nu anders doen?

Resources for Health staat nog in de kinderschoenen en vereist verdere uitwerking om duidelijk te krijgen of deze principes met versie 3 te verenigen zijn en hoe beiden zich verder gaan ontwikkelen. Het voorstel van Grahame Grieve trok in San Diego veel belangstelling en het bestuur van HL7 International besloot daarom de principes verder uit te laten werken. De komende maanden zal Grahame Resources for Health verder uitwerken, geholpen door Lloyd McKenzie, Russ Hamm en ondergetekende. Mocht je nog verdere ideeën hebben die aan dit initiatief kunnen bijdragen, neem vooral contact met een van ons op!

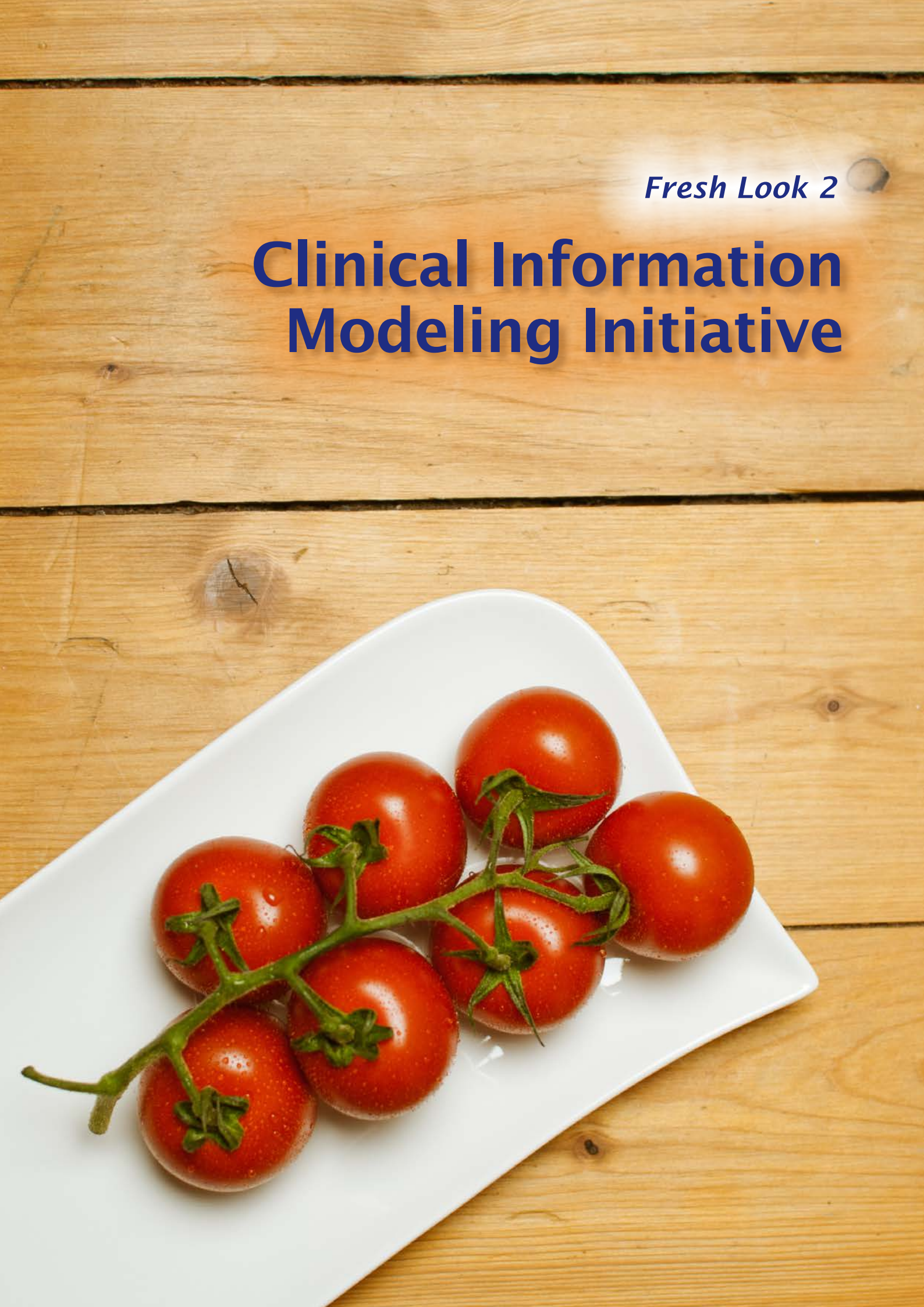


Ewout Kramer
Adviseur techniek en architectuur, Furore

.org/People
.org/People/#991228.xml

Fresh Look 2

Clinical Information Modeling Initiative



Fresh Look

De HL7 board heeft Stan Huff van Intermountain Healthcare opdracht gegeven met een frisse blik naar de ontwikkeling van de HL7 standaarden te kijken. Basis is de afgelopen jaar uitgevoerde verkenning naar het gebruik van HL7 v2, HL7 v3, CDA en EHR-S FM. Deze verkenning gaf een wisselend beeld van met name de nieuwe ontwikkelingen. Een algemene klacht is dat HL7 v3 lastig te implementeren is. Onze ervaring is echter anders: het probleem is vaak politiek van aard. Dat blijkt ook uit de Fresh Look bijeenkomsten.

Stan Huff heeft een aantal mensen weer aan het HL7 werk verbonden die de afgelopen jaren waren afgehaakt. Onder andere zijn mensen van Ocean Informatics / Open EHR weer on speaking terms. Ook nieuwe partijen mengen zich in de discussie, zoals Singapore die met een landelijke infrastructuur bezig is en de afgelopen jaren intensief heeft verkend wat beschikbaar en implementeerbaar is.

In mei 2011 is de discussie in twee richtingen verder gegaan. Ten eerste is er de originele bedoeling van de HL7 board om meer zicht te krijgen op de implementatie belemmeringen in het veld en te kijken naar oplossingen daarvoor. Dit is de zogenaamde Fresh Look werkgroep. In deze werkgroep is onder andere Grahame Grieve betrokken, waarbij hij op zijn website al bezig is om allerlei “verbeteringen” aan te brengen in de datatypes. Hoewel de ISO 21090 / HL7 Release 2 nu allerlei dingen aankan, blijken er wel veel exotische zaken in te zitten. Onze ervaring met de DCM is dat een profiel voor datatypes gebaseerd op 21090 met een tiental datatypen voor het grootste deel van de klinische informatie volstaat.

Andere zaken betreft een consistente lijn in analyse, modeleren, implementeren. Zo verschilt normaliter de analyse en het modelleren van klinische inhoud voor gebruik in een CDA of een Care Record bericht in het geheel niet. De enige verschillen zijn in de implementatie aan de orde. Nu kan de HL7 Fresh look dat soort zaken benoemen en op een rij zetten. Fresh Look heeft geen opdracht om daadwerkelijk wijzigingen aan te brengen.

Clinical Information Modeling Initiative

Een tweede richting betreft die van het klinisch modeleren. Genoemd de werkgroep CIMI, Clinical Information Modeling Initiative. HL7 blijkt als organisatie niet in staat om R-MIMs voor klinische modellen goed te adresseren. Niet omdat de analyse en modellering niet goed zouden gaan, dat is afgelopen jaren met de zorginformatiemodellen voor Nictiz en de NHS templates wel gebleken. Echter, een dergelijke hoeveelheid R-MIM varianten levert op implementatieniveau in de XML een combinatorische explosie op die als een oerknal is te horen. Die route pleit voor de Detailed Clinical Modeling aanpak: onafhankelijk van de technologie. Wat HL7 wel kan is XML templates afhandelen, als de specificatie daarvoor nu eindelijk eens consistent gemaakt zou kunnen worden en zou worden toegepast. Ook dat aspect hoort bij de HL7 Fresh Look, maar vormt gelijk de verbindende schakel met de CIMI werkgroep.

Deze club vrijbuiters brengt op dit moment mensen bijeen die klinische informatie in EPDs wil specificeren en herbruikbaar wil definiëren, implementeren en elektronisch uitwisselen. Hier zitten op dit moment HL7, DCM, IHTSDO, Open EHR, Tolven, VA, DoD, Singapore, Canada Health Infoway, NEHTA, NCI, NHS, EN 13606 association en diverse anderen rond de tafel. De huidige werkzaamheden bestaan uit het organiseren van de club, met doelen en regels voor het spel. Daarnaast wordt gewerkt aan de keuze voor een specificatietaal. De opties die over tafel gaan zijn UML, ADL, OWL en HL7. Er is een lijst met criteria opgesteld die nu wordt gebruikt voor de beauty contest. In juli 2011 is in Washington DC het eerste voorwerk gedaan. Results4Care is de enige partij uit Nederland geweest die aanwezig was. Ook de EN 13606 groep is betrokken. Deze groep heeft enkele Nederlandse leden.

Naast een lijst van criteria is er ook een voorbeeld case opgesteld. Iedere sub-groep pre-

> *Het is niet de bedoeling om alle modellen opnieuw te maken, maar juist om al het bestaande werk te hergebruiken...*



Stan Huff van Intermountain Healthcare, Board Member HL7 International

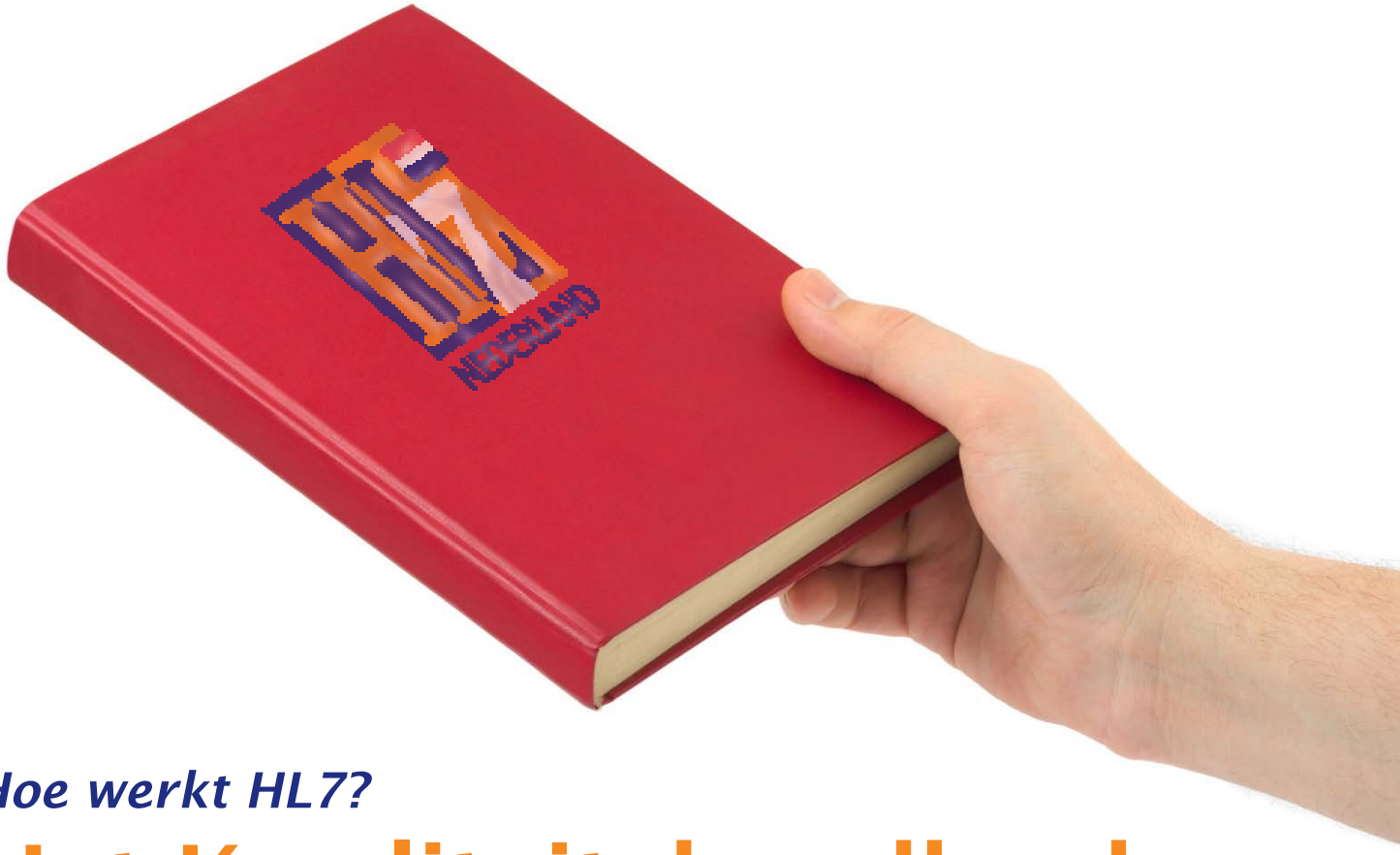
senteert het resultaat in het respectievelijke formalisme met als doel te laten zien hoe wordt voldaan aan de criteria. De belangrijkste uitgangspunten zijn dat de modellen kunnen worden gecontroleerd door de zorgverlener en kunnen worden geïmplementeerd door ontwikkelaars. De modellen moeten voor iedere doelgroep een geschikte representatie hebben.

Een belangrijk aspect is het koppelen van de structuurmodellen met terminologie zoals SNOMED CT. Het is niet de bedoeling om alle modellen opnieuw te maken, maar juist om al het bestaande werk te hergebruiken. Er zijn al heel veel modellen beschikbaar, maar niet allemaal van dezelfde detail niveau.

Nederland

In de UML sub-groep zijn het Nederlandse DCM 2010 (representatie van klinische modellen volgens ISO 13972 in UML, gezamenlijke ontwikkeling van Nictiz, Parelsnoer, Results4Care en UMCG) gekoppeld aan de VA UML aanpak en de NHS Logical Record aanpak. Het is op dit moment te omvattend om uitgebreid verslag te doen. Dit mede doordat de uitwerking op dit moment nog plaatsvindt.





Hoe werkt HL7?

Het Kwaliteitshandboek

HL7 is een standaardisatie organisatie. Het zou daarom heel logisch zijn als de organisatie zichzelf in haar werkwijze ook aan de daarvoor geldende standaarden in de markt houdt. Dan hebben we het natuurlijk over de ISO 9001 norm voor het leveren van kwaliteit, maar het is ook goed om naar de regels en procedures te kijken die voor HL7 International gelden. Daarnaast is het voor zowel leden als niet-leden van HL7 Nederland natuurlijk prettig om te weten wat de procedures zijn, bijvoorbeeld voor het indienen en afhandelen van vragen aan de werkgroepen.

Binnen HL7 Nederland is daarom besloten om een Kwaliteitshandboek op te stellen, opgezet conform de ISO 9000 norm, waarin ook de reeds bestaande procedures een plekje zullen vinden. Hierna wordt alvast een overzicht van de geplande inhoud van het handboek gegeven.

Organisatie

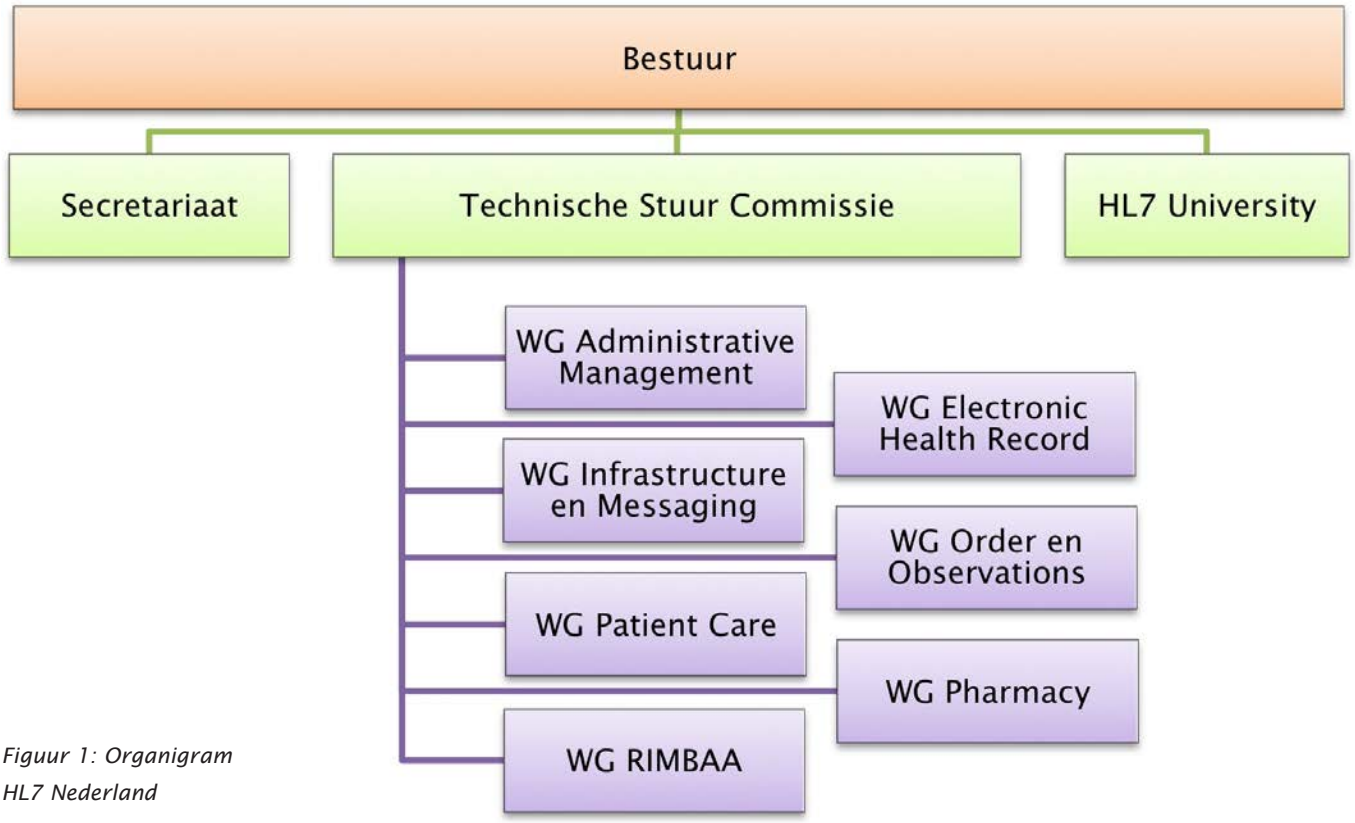
Om te beginnen wordt een overzicht gegeven van de organisatiestructuur van HL7 Nederland (zie figuur 1).

De leden van Stichting HL7 Nederland kunnen gebruik maken van de diensten en producten van HL7 Nederland, daarnaast hebben zij recht op documentatie over en gebruik van de HL7 standaarden die internationaal worden ontwikkeld.

Organisatiebeleid

Vervolgens wordt in het Kwaliteitshandboek aangegeven welke missie HL7 Nederland heeft en hoe dit bereikt kan worden. De missie wordt uitgewerkt in een aantal concrete subdoelen. Voor onze organisatie zijn de belangrijkste hiervan het uitbrengen van standaard implementatiehandleidingen voor HL7 in Nederland, alsmede het geven van opleidingen (HL7 University).

Eén van de procedures die de ISO norm voorschrijft is het verbeterproces: hoe meten we



Figuur 1: Organigram HL7 Nederland

in welke mate onze doelen bereikt worden en welke onderdelen verbeterd kunnen worden? En op welke manier, hoe vaak, wordt dit herhaald? Op dit moment wordt dit o.a. vormgegeven door een jaarlijkse brainstormsessie, waarin gekeken wordt hoe de organisatie en werkwijze verbeterd kan worden. Dit proces kan verder gestructureerd en beschreven worden om te voldoen aan de ISO norm. Eén van de uitdagingen hierin is het vinden van objectieve meetwaarden: bijvoorbeeld het aantal vragen van leden dat binnen twee weken beantwoord is!

In het handboek moet ook beschreven worden hoe de taken en verantwoordelijkheden binnen de organisatie liggen. Voor een deel hiervan (bijvoorbeeld bestuurstaken) betreft dit een standaard beschrijving, voor een ander deel kan hierbij geput worden uit de stukken die binnen HL7 International gehanteerd worden. Dan valt bijvoorbeeld te denken aan de taken en verantwoordelijkheden van de werkgroepen en de co-voorzitters hiervan.

> *Voor al deze processen zijn formele, of informele afspraken gemaakt.*

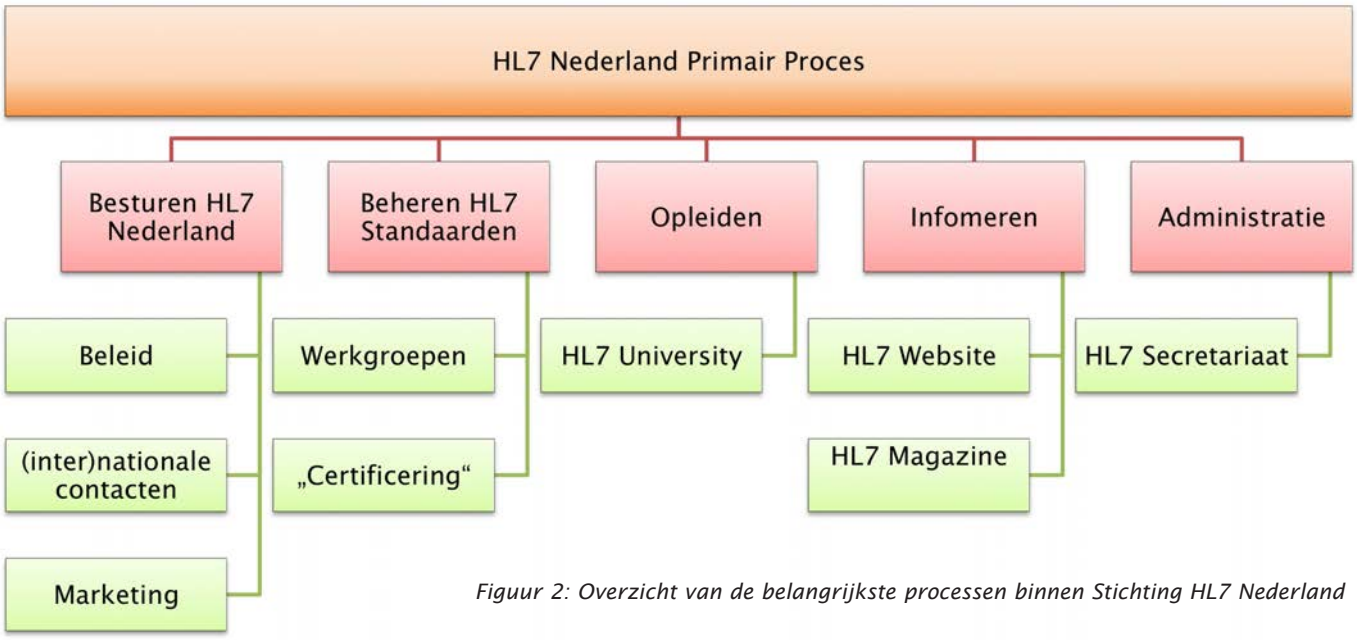
Processen

HL7 Nederland heeft een aantal primaire processen, die uiteraard gebaseerd zijn op de missie en de daaruit voortvloeiende subdoelen. Dit zijn met name de volgende processen:

- Beheer Nederlandse handleidingen
- NEN-certificering
- Ballotprocedure
- Afhandelen vragen/verzoeken van leden
- Organiseren bijeenkomsten (jaarcongres, themamiddagen)
- HL7 University
- Kennisverspreiding (activiteiten Working Group Meeting, verslagen, HL7 magazine).

Voor al deze processen zijn formele, of informele afspraken gemaakt. Dit omvat dan zowel de werkwijze, wie doet wat, als tijdschema's. Deze afspraken worden in het Kwaliteitshandboek uitgeschreven, zodat voor iedereen duidelijk is wat er moet gebeuren.

Het schema in figuur 2 is een overzicht van de belangrijkste processen binnen Stichting HL7 Nederland.



Figuur 2: Overzicht van de belangrijkste processen binnen Stichting HL7 Nederland

Korte termijn verbeterdoelstellingen

Wij beogen met het opstellen van dit handboek op korte termijn de volgende verbeteringen te halen:

- Verkorten van de responsetijd voor de afhandeling van vragen van leden
- Vaststellen van reactietermijnen
- Benoemen van verantwoordelijken voor de reactie per onderwerp (werkgroepvoorzitters)
- Bewaking van de reactietermijnen door het secretariaat
- Werkwijze publiceren op de website
- Verkorten van de doorlooptijd van het publiceren van wijzigingen in HL7 NL handleidingen
- Bepalen versiebeleid: hoe nummeren, hoe vaak publiceren
- Bepalen welke ballotprocedures waarop van toepassing zijn en doorlooptijden
- Overzichtelijke indeling van de website met actuele handleidingen en historie
- Verantwoordelijken aanwijzen (wie beheert het origineel? Wie wijzigt? Wie beoordeelt?)



Tot slot

Het Kwaliteitshandboek is een stuk “in wording”, een document dat ook levend gehouden moet worden door het gebruik ervan en door de inhoud regelmatig bij te werken. Wij zullen de leden op de hoogte houden van de status hiervan en hopen hiermee inderdaad een transparantere organisatie te worden die een hoge kwaliteit van producten en diensten levert.

Nieuws uit de Werk-groepen en de TSC

Update van de Technische Stuurcommissie

Sinds het verschijnen van het laatste HL7 Magazine (september 2011) is er slechts één keer vergaderd, maar daar is wel een belangrijk besluit genomen. De organisatie van HL7 Nederland bestond eruit dat onder de Technische Stuurcommissie (TSC) een aantal technische commissies (TC) waren geformeerd, met daaronder eventuele special interest groups (SIG) die onderwerpen behandelden, die onder het aandachtsgebied van de TC vielen. Alleen de co-voorzitters van de TC's hadden zitting in de TSC. De co-voorzitters van een SIG hadden zitting in de bijbehorende TC en legden daarbinnen verantwoording af.

Deze structuur was conform de structuur van de HL7 international organisatie maar enige tijd geleden is daar een wijziging doorgevoerd: alle TC's en SIG's werden werkgroepen die rechtstreeks aan de TSC rapporteren. Op de TSC vergadering van afgelopen september is bij meerderheid van stemmen besloten de organisatiestructuur van HL7 International over te nemen. Dat betekent dus dat alle autonoom functionerende groepen een werkgroep geworden zijn, die rechtstreeks aan de TSC rapporteren en de co-voorzitters van de werkgroepen hebben tevens zitting in de TSC.

De rest van de organisatiestuctuur is ongewijzigd gebleven. De TSC rapporteert aan het bestuur en de co-voorzitters van de TSC hebben zitting in het bestuur.

Elders in het HL7 Magazine staat een artikel over hoe HL7 in Nederland werkt, met de toepasselijke titel "Hoe werkt HL7". In dat artikel staat een organigram van de nieuwe hiervoor beschreven structuur.

Frank Ploeg
co-voorzitter TSC HL7 Nederland

Werkgroep EHR PHR Functionele Modellen

In haar jaarplan heeft de werkgroep de missie en visie van de werkgroep beschreven. Een onderdeel van deze missie en visie is het volgen en daar waar mogelijk bijdragen aan de internationale en nationale ontwikkelingen rondom het EPD-S FM (Elektronisch Patiëntendossier Systeem Functioneel Model).

In het tweede kwartaal van 2011 heeft er een ballot plaatsgevonden van Release 2 van het functionele model. De werkgroep heeft geparticipeerd in deze ballot door het geven van feedback op het concept van Release 2. Wat is nu de stand van zaken?

EPD-S FM Release 2

Het EPD-S FM Release 1.1 is door verschillende partijen gebruikt om een nationaal EPD-S Profiel of een EPD-S FM Profiel te maken voor een bepaalde zorgsetting of -toepassing. Op basis van deze ervaringen wordt gewerkt aan een

Release 2 van het EPD-S FM. Er zijn functies met bijbehorende criteria toegevoegd, functies en/of criteria zijn gewijzigd en de indeling van het hele functionele model is veranderd.

Wat zijn de belangrijkste veranderingen in Release 2?

Nieuwe hoofdstukken in Release 2

Om het EPD-S FM meer herkenbaar te maken voor de zorgverleners in de directe zorgverlening is de hoofdstukindeling van release 2 veranderd. In de tabel is een overzicht van de nieuwe hoofdstukken met inhoud op hoofdlijnen te vinden.

Care Provision (CP):
- Manage Clinical History
- Manage External Data & Documents
- Manage Clinical Documentation
- Manage Orders & Results
- Manage Treatment Administration
- Manage Future Care
- Manage Patient Education & Communication
- Manage Care Coordination & Reporting

Care Provision Support (CPS):
- Record Management
- Support External Data & Documents
- Support Clinical Documentation
- Support Orders & Results
- Support Treatment Administration
- Support Future Care
- Support Patient Education & Communication
- Support Care Coordination & Reporting

Population Health Support (POP):
- Support for Health Maintenance, Preventive Care and Wellness
- Support for Epidemiological Investigations of Clinical Health Within a Population
- Support for Notification and Response
- Support for Monitoring Response Notifications Regarding a Specific Patient's Health
- Donor Management Support
- Measurement, Analysis, Research and Reports
- Public Health Related Updates
- De-Identified Data Request Management
- Support Consistent Healthcare Management of Patient Groups or Populations

Administrative Support (AS):
- Manage Provider Administrative Information
- Manage Patient Administrative Information
- Manage Personal Health Record Administration
- Manage Communication
- Manage Clinical Workflow Tasking
- Manage Resource Availability
- Manage Encounter/Episode of Care Administration
- Manage Financial Transaction Processing

Record Infrastructure (RI)

RI brings together a vital focus on records, record entries and record management, including R1.1 functions/criteria and key provisions of the EHR-S Functional Profile, EHR Interoperability and Lifecycle Model DSTUs
- RI.1 Record Management
- RI.1.1 Record Lifecycle
- RI.1.2 Record Lifespan
- RI.1.3 Record States
- RI.1.4 Record Completeness
- RI.2 Record Synchronization
- RI.3 Record Archive

Trust Infrastructure (TI), remaining IN sections, including Audit
- TI.1 Security
- TI.1.1 Entity Authentication
- TI.1.2 Entity Authorization
- TI.1.3 Entity Access Control
- TI.1.4 Patient Access Management
- TI.1.5 Non-Repudiation
- TI.1.6 Secure Data Exchange
- TI.1.7 Secure Data Routing
- TI.1.8 Information Attestation
- TI.1.9 Patient Privacy and Confidentiality
- TI.2 Audit
- TI.2.1 Audit Triggers
- TI.2.2 Audit Log Management
- TI.2.3 Audit Review
- TI.3 Registry and Directory Services
- TI.4 Standard Terminology and Terminology Services
- TI.4.1 Standard Terminology and Terminology Models
- TI.4.2 Maintenance and Versioning of Standards Terminologies
- TI.4.3 Terminology Mapping
- TI.5 Standards-Based Interoperability
- TI.5.1 Interchange Standards

- TI.5.2 Interchange Standards Versioning and Maintenance
- TI.5.3 Standards-Based Application Integration
- TI.5.4 Interchange Agreements
- TI.6 Business Rules Management
- TI.7 Workflow Management
- TI.8 Database Backup and Recovery
- TI.9 System Management Operations and Performance

Nieuwe functies Release 2

In release 2 zijn veertien functies en bijbehorende criteria toegevoegd. Het totale aantal criteria komt daarmee op ongeveer 1.000. Het gaat hierbij om functies die aanwezig kunnen zijn in een EPD-systeem. De functies zijn geformuleerd vanuit het gebruikersperspectief, de zorgverlener, met als doel een consistente weergave van de functionaliteiten van het EPD-systeem. Het functionele model is onafhankelijk van technologie en implementatiestrategie. Het EPD-S FM kan een hulpmiddel zijn voor het opstellen van een pakket van eisen in het geval van aanbesteding, selectie of ontwikkeling van een EPD. Wanneer is release 2 beschikbaar?



Anneke Goossen-Baremans co-voorzitter werkgroep EHR/PHR

Beschikbaarheid EPD-S FM release 2

Op 1 december 2011 gaat release 2 in ballot bij ISO. Op 1 februari 2012 volgt dan de ballot bij HL7 International. De ballot sluit op 1 maart 2012. Commentaar op release 2 kan tot die datum worden ingediend bij zowel ISO als HL7 International volgens de daarvoor geldende regels. Vervolgens zal al het commentaar worden besproken en zal worden aangegeven wat er met het commentaar wordt gedaan. In mei 2012 tijdens de internationale HL7 Working Group Meeting zal de stand van zaken worden besproken. Publicatie van release 2 is afhankelijk van de hoeveelheid commentaar en de verwerking ervan. De verwachting is dat publicatie plaatsvindt in de tweede helft van 2012.

Rol van de TC EHR PHR Functionele Modellen

De werkgroep zal participeren in de ballot van release 2 en daar waar nodig commentaar geven. Specifiek zal worden gelet op de toepasbaarheid van release 2 in de Nederlandse situatie.

De stand van zaken over de ontwikkelingen komt steeds terug in de bijeenkomsten van de werkgroep. Deze vindt iedere twee maanden plaats. In de verslagen van deze bijeenkomsten zijn de ontwikkelingen te volgen. Uiteraard zal de werkgroep de publicatie van release 2 bekend maken.

Werkgroep Administrative Management

De laatst uitgebrachte update van de implementatiehandleiding voor HL7 2.4 voor de hoofdstukken uit het domein Administrative Management (AM) dateert van 2009.

Sindsdien zijn op basis van vragen van onze leden en onderwerpen die vorig jaar op de themamiddag zijn behandeld, verschillende aanpassingen aangebracht.

Het volgende overzicht bevat de wijzigingen per hoofdstuk. Leden kunnen de nieuwe versies downloaden van de website van HL7 Nederland. Indien u naar aanleiding van deze aanpassingen of op basis van andere zaken waar u bij de implementatie of gebruik van HL7 berichten uit het AM domein tegenaan loopt, nog vragen heeft of u wilt deelnemen aan de werkgroep, kunt u contact opnemen via info@hl7.nl.

Wijzigingen per Hoofdstuk

Hoofstuk 3

» PID-32 'Identity unknown indicator' verbeterde duiding voor code NNWID zodat deze niet specifiek verwijst naar het Wettelijk Identificatie Document
» PID-3 'Patient identifer list' toelichting op gebruik event A47 toegevoegd bij wijzigingen in identifiers en event A47 opgenomen in tabel met gebruikte events. Voorbeeld van ADT^A47 opgenomen
» PID-3 'Patient identifer list' toelichting gebruik AGB code in Assigning Authority bij transmurale berichtuitwisseling toegevoegd
» PID-5 'Patient name' gebruik 'name assembly order' toegevoegd.
» PID-11 'Patient address' verduidelijking bij gebruik Address Type 'BI'
» PID-32 'Identity reliability code' verduidelijking over extern gebruik van een BSN als deze niet volledig is gekoppeld/geverifieerd. Tevens verduidelijking van code 'NNWID'.
» PV1-13 ' Re-admission indicator' verduidelijking t.b.v. compatibiliteit met Vektis-8 declaratiebericht.
» PV1-36 'Discharge disposition' verduidelijking t.b.v. compatibiliteit met Vektis-8 declaratiebericht.
» PV1-50 'Alternate visit ID' toegevoegd t.b.v. episode- of ziektegevalnummer. Vermelding van deze richtlijn is ook toegevoegd in PV1-19 'Visit number'
» PD1-12 'Protection indicator' beschrijving toegevoegd om de identiteitsbescherming van patiënten te ondersteunen.

Hoofdstuk 6

» Onder invloed van de nieuwe Vektis-8 declaratiebericht heeft een aantal velden een nieuwe of gewijzigde specificatie: FT1-18, FT1-19.
» Tekst bij GT1 toegevoegd voor gebruik financieel correspondentieadres voor een patiënt.
» GT1-5 tekst aangepast ter verduidelijking van ontbrekend postadres en niet relevante Address types verwijderd
» IN1-19 tekst aangepast ter verduidelijking van ontbrekend postadres en niet relevante Address types verwijderd

> *Leden kunnen de nieuwe versies downloaden van de website van HL7 Nederland*

Hoofdstuk 10

» Gebruik van de status Pending en wait-listed toegevoegd in §10.2.3.2. Hier stond dat deze nog niet relevant was.
» Beschrijving van Notification of appointment rescheduling (event S13) aangepast zodat het effect op SCH-5 Schedule ID duidelijker is bij een wijziging naar een andere agenda
» Beschrijving van Notification of appointment modification (event S14) aangepast om de use case van parkeren afspraken te beschrijven.
» Openstaand punt rondom de verhouding tussen SCH-25 en SCH-11 toegevoegd in §10.10
» Enkele tekstuele aanpassingen

Hoofdstuk 12

» Toelichting over gebruik van herhalende ROL-segmenten toegevoegd in §12.4.3

Bijlage 1

» DOT Zorgproduct toegevoegd in ZDB segment
» Extra uitleg toegevoegd over berichtopbouw in H5
» Technische correctie datatypes in ZDB segment
» Toevoegen IN1, IN2 en IN3 segment in ZDM berichten



Werkgroep Infrastructure en Management

De Infrastructure en Management (IM) werkgroep is verantwoordelijk voor het beheer en de lokalisatie van de infrastructurele delen van de HL7 standaarden, zoals data types, het generieke vraag/antwoord mechanisme zoals gebruikt in berichten, de CDA header en de berichtwrappers.

Recentelijk (van 27 september tot en met 27 oktober 2011) heeft IM een document ter commentaar aan de leden aangeboden: de 'HL7 Versie 3 Implementatiehandleiding Basiscomponenten versie 2.3'. Dit document bevat een beschrijving van de HL7v3 data type definities en een aantal CMETs (generieke modellen, zoals "Patiënt" en "Zorgverlener"). Het vormt de basis voor alle Nederlandse HL7v3-implementaties – hetzij in nationale projecten zoals bijvoorbeeld die van Nictiz of RIVM, of in regionale projecten zoals bijvoorbeeld het gebruik van CDA/CCD/Kerndossier in de regio Rijnmond.

De vorige commentaarronde over dit document leverde te weinig commentaar op; deze keer zijn als experiment een aantal extra activiteiten ondernomen om de deelname aan de commentaarronde te vergroten en daarmee de kwaliteit van de uiteindelijk specificatie te verbeteren. Voorbeelden van dergelijke activiteiten zijn: het mede aankondigen van de commentaarronde door middel van een korte video, het organiseren van een zogenaamde 'snelstartsessie' die een overzicht biedt van het document, en het persoonlijk aanschrijven van die personen die naar de mening van de IM werkgroep het meeste belang hebben bij deze specificatie.

Het experiment kan geslaagd genoemd worden: er zijn 10 stemmen ontvangen, grotendeels van leden die nog nooit aan een dergelijke commentaarronde van HL7 Nederland hadden deelgenomen. De afgegeven stemmen zijn elk gekoppeld aan een spreadsheet met één of meer gedetailleerde commentaarregels. In totaal zijn 155 van dergelijke commentaarregels ontvangen.

> *Het experiment kan geslaagd genoemd worden: er zijn 10 stemmen ontvangen, grotendeels van leden die nog nooit aan een dergelijke commentaarronde van HL7 Nederland hadden deelgenomen*

Inhoudelijk zijn de commentaren mede door de verschillende achtergrond van hen die commentaar geven zeer divers, wat zeker zal bijdragen aan de kwaliteit van de specificatie. De ontvangen commentaren zullen worden besproken tijdens de komende IM bijeenkomsten, met als doel een definitieve versie van de specificatie in 2012 te publiceren.

De planning van IM voorziet dat in 2012 een eerste versie van een "CDA header" specificatie (http://bit.ly/sGxCLj), als basis voor alle Nederlandse CDA implementatiehandleidingen, ter commentaar aan de leden wordt aangeboden. De ontwikkeling van die specificatie zal eveneens tijdens de eerstvolgende IM bijeenkomsten ter hand worden genomen.



René Spronk
co-voorzitter werkgroep
Infrastructure en Management

Werkgroep Pharmacy

Het medicatieproces staat volop in de schijnwerpers, niet alleen in Nederland maar ook daarbuiten. Het afgelopen jaar heeft de werkgroep Pharmacy van HL7 Nederland de ontwikkelingen gevolgd en op een rij gezet op de themamiddag “Medicatieveiligheid” die op 7 juni 2011 heeft plaatsgevonden. Verheugend was dat wij sprekers van verschillende organisaties, zoals Nictiz, KNMP en de NVZA bijeen konden brengen. De presentaties zijn toegankelijk via de website van HL7 Nederland.

Rode draad van de middag was de richtlijn medicatie overdracht (ook wel MOZ genoemd) die een verplichting is/wordt binnen de Nederlandse zorg. De berichten die nodig zijn voor ondersteuning van het MOZ zijn deels al gedefinieerd en werden toegelicht. Daarnaast is ingegaan op het elektronsich verzenden van voorschriften, waarvoor eveneens steeds meer belangstelling bestaat.

Er is stilgestaan bij HL7 versie 3 ontwikkelingen in het Pharmacy domein. Allereerst de versie 3 berichten die door Nictiz zijn ontwikkeld, in samenhang met de internationale standaarden van HL7 (die ook worden toegepast in veel andere landen). Het Europese epSOS project maakt daarentegen gebruik van versie 3 documenten voor grensoverschrijdende uitwisseling van medicatiegegevens.

IHE heeft recentelijk ook een werkgroep voor Pharmacy opgericht. Deze werkgroep richt zich zowel op de eerste lijn (community) als de tweede lijn (hospitals). Voor de workflow in de eerste lijn worden versie 3 documenten voorgesteld, die geïnspireerd zijn op epSOS. Voor het ziekenhuis zijn versie 2 berichten gespecificeerd, helaas op iets andere wijze dan al jaren in Nederland het geval is.

De grote opkomst op de themamiddag “Medicatieveiligheid” onderschreef de behoefte in Nederland om de ontwikkelingen binnen alle geledingen te vernemen en af te stemmen. Op 8 november 2011 organiseerde de werkgroep Pharmacy van HL7 Nederland een bijeenkomst waarbij vertegenwoordigers van verschillende belanghebbende organisaties uitgenodigd waren. Het programma bestond uit twee delen.

Het eerste onderdeel was het onderhoud aan de bestaande implementatiegids voor HL7 versie 2.4. In een update van de implementatiegids worden de antwoorden op talloze vragen van onze leden verwerkt en worden door de leden bekend gemaakte nieuwe implementaties toegevoegd. Een voorbeeld is het valideren van een medicatieopdracht alvorens daadwerkelijk de opdracht te geven.

Het tweede deel was gewijd aan allergieën en intoleranties, een onderwerp dat terecht steeds meer aandacht krijgt. Op de themamiddag van 7 juni jl. werd een aanzet gedaan voor een overzicht van alle mogelijkheden om allergiegegevens uit te wisselen, zowel binnen het ziekenhuis als tussen ziekenhuis, huisarts en apotheek. De verwachting is dat door inventarisatie van de use cases de benodigde discussie op gang komt over de beste manier om de gegevensuitwisseling te ondersteunen met behulp van HL7.



Bas van Poppel
co-voorzitter werkgroep Pharmacy



Bedankt Hans !

Hans geeft het stokje door

Beste Hans (Houben)

Per 1 januari 2012 neem je officieel afscheid van je jarenlange functies als lid van bestuur, TSC en werkgroep Health & Clinical van onze – en vooral ook "jouw" – Stichting HL7 Nederland! Een mijlpaal van jewelste, want je behoort tot het selecte groepje van de 6 pioniers die 20 jaar geleden alle activiteiten rond HL7 in Nederland hebben opgezet en uitgebouwd. Terugkijkend zijn die roemruchte beginjaren cruciaal geweest voor de leidende rol die de HL7 standaard op dit moment heeft in Nederland. En voor de bijzondere sfeer die we met onze gemeenschap van vrijwilligers hebben weten te creëren en hopelijk nog lang zullen behouden.

Ten overstaan van allen binnen HL7 Nederland bij deze een persoonlijk woord van grote waardering van ons als bestuur, TSC en leden voor het vele werk dat je al die jaren hebt gedaan voor HL7 Nederland. Ooit zei je – na een periode van knap heftige medische ingrepen – dat je levensmotto was "je kunt alleen in de schaduw zitten als de zon schijnt", doch dat je helaas vanwege je medicatie niet in de zon mocht zitten. Maar op deze plek mag je op papier best eens even flink in het zonnetje worden gezet!

Wat iedereen in de HL7 gemeenschap hoort te weten is dat je ooit samen met Jos Baptist, Fons Ariens en Bert Kabbes in 1992 de allereerste HL7 koppeling in Nederland hebt gerealiseerd. Dat was in het Merwede Ziekenhuis in Dordrecht, waar een ADT-koppeling (HL7 versie 1.1) operationeel werd tussen het ZIS van RAET en labsysteem Labosys van Philips, waar je werkte. Nota bene binnen een jaar nadat de HL7 standaard voor het eerst in Nederland werd geïntroduceerd draaide die eerste koppeling. En probleemloos, binnen 3 weken! Dat startpunt markeerde de acceptatie van de HL7 standaard, omdat iedereen kon zien en beoordelen hoe snel en betrekkelijk simpel de HL7 standaard kon worden geïmplementeerd. Jij behoorde tot dat kleine groepje snoodaards die simpelweg wisten dat ICT'ers alleen ergens in gaan geloven als ze zien dat het werkt en hoe je het bouwt! Die strategie is daarna nog menigmaal herhaald voor allerlei andere koppelingen ……. en met succes.

Binnen onze HL7 organisatie hebben we je in onze TSC en werkgroepen vooral leren kennen als een zeer betrokken en in letterlijke zin "bloedbroeder" bij alles wat betrekking had op processen, gegevensuitwisseling en koppelingen in het lab domein. Tot op het botte detailniveau van de HL7 specs was je degene die wist dat "the devil is in the detail". In het HL7 bestuur was je daarentegen iemand die heel goed afstand kon nemen van die inhoudelijke details en meedacht over hoe we HL7 strategisch op de kaart moesten zetten en hoe we onze groeiende

HL7 organisatie moesten organiseren en doorontwikkelen. Een vrij zeldzame combinatie. Je externe functies en rollen binnen OIZ en de NEN Beleidscommissie waren een logisch gevolg van die combinatie van detailkennis en overzicht op het landelijke speelveld van standaarden en normalisatie. Niet voor niets behartigde je dan ook binnen het HL7 bestuur de portefeuille Externe Betrekkingen.

Als persoon blijf je voor ons de klassieke Brabander: altijd relativerend als de inhoudelijke discussies hoog opliepen, de spanning brekend met een lollige opmerking uit onverwachte hoek ("bij ons en bij HL7 brandt altijd licht") en een berustende houding als het anderen soms niet snel genoeg ging. Maar tegelijkertijd een strikte bewaker van de HL7 standaard, wars van concessies en "geklooi" met specs. Een pleitbezorger voor het eenduidig implementeren van de HL7 standaard. Die relativerende houding heeft je volgens ons ook bij je jarenlange medische perikelen erg geholpen en is dan ook een karaktereigenschap waar je heel erg blij mee mag zijn. Om jaloers op te worden!

Hans, we wensen jou, Margret en je familie van harte nog heel vele goede en gelukkige jaren toe en je blijft uiteraard meer dan welkom bij al onze HL7 activiteiten.

Het ga je goed!

Bestuur, Technische Stuurcommissie, werkgroepen en leden Stichting HL7 Nederland

Opvolger van Hans Houben als portefeuillehouder Externe Betrekkingen is Bart Diederen.

Drs. A.W.J. (Bart) Diederen



Ik ben een 49 jarige Econoom (UvA), met een generalistische insteek. Ik heb een carrière achter de rug in de consultancy, voor ik bijna vier jaar geleden Algemeen directeur werd van Z-Index. Ik heb negen jaar gewerkt bij Meurs Organisatieadviseurs, een pioniersorganisatie waarin ik breed aan tal van vragen op het terrein van de bedrijfsvoering gewerkt heb.

Na twee jaar ICT-consultancy bij CMG heb ik daarna zes jaar gewerkt bij Berenschot Procesmanagement aan besluitvormingsvraagstukken op meer bestuurlijk niveau, de laatste twee jaar als adviesgroepmanager. Daarnaast heb ik met een partner en met steun van diverse investeerders een beleggingsfonds opgezet.

Vier jaar geleden heb ik de overstap gemaakt naar lijnmanagement bij Z-Index om langer durend verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor een klus en een groep mensen. De complexiteit van een organisatie die actief is op het grensvlak tussen het publieke en private domein in de zorg vind ik uitdagend en aantrekkelijk, net als de wil om met de groep een aantal grote en relevante ontwikkelingen te realiseren. Naast het zorgen voor continuïteit van de G-Standaard werken we aan innovaties, zoals het verbinden van de medicatiebewaking aan patiëntspecifieke gegevens, aan het faciliteren van de uitvoering van de vrije prijzen in de farmacie en aan de invoering van de GS1 standaarden in de farmaceutische sector.



Meer en meer krijgen we te maken met en participeren we in Internationale standaarden die van belang zijn voor of raken aan de G-Standaard, zoals Snomed, ISO, GS1 en uiteraard die van HL7. Het lijkt me leuk en belangrijk om te participeren in het bestuur van HL7 om mijn blikveld te verruimen en breder bij te dragen aan totstandkoming van standaarden, van belang voor de G-Standaard.



HL7 Interview

Diny van de Weerd

In deze speciale uitgave van het HL7 Magazine geven we het woord aan iemand die niet direct betrokken is bij het inhoudelijke werk dat HL7 doet of bij de gezondheidszorg in het algemeen, maar wel iemand die voor HL7 Nederland van onschatbare waarde is gebleken en nog elke dag is.

Diny van de Weerd, eigenaresse van bureau Dynamiek, het bureau dat op management niveau ondersteuning geeft aan o.a. HL7 Nederland.

Wie is Diny van de Weerd

Diny is geboren in 1955, meisjesnaam Van de Kraats, een zondagskindje. Ik ben formeel in Ede geboren, maar dat was toen Veenendaal, gemeente Ede, dus woon ik mijn hele leven al in dezelfde gemeente. Mijn sterrenbeeld is Vissen, ascendant Leeuw. Ik ben getrouwd met Gerrit. Mijn hobby's of liefhebberijen zijn tuinieren, lezen, uit eten gaan en ik ben eigenlijk wel een computerfreak. Bij één van mijn eerste werkgevers moest ik investeringsplannen voor de automatisering maken, een computer kostte toen zo'n 80.000 gulden. Leidend waren IBM-systemen, besturingsprogramma's als CP/M, QDOS en MS-DOS, programmeertalen als BASIC, PASCAL, e.d. Indrukwekkende systemen met van die grote schijven, het opslagmedium was een floppydrive voor schijven met een diameter van 8 inch (ca. 20 cm) en een capaciteit van slechts 80 kB . Voor het installeren van randapparatuur als een printer, plotter etc. moest de nodige tijd worden uitgetrokken, daar kwamen zelfs specialisten aan te pas. Er hing een rooster aan de muur, dan moest je voor een uurtje het computergebruik reserveren en daarna moest je weer ruimte maken voor een andere collega die ook weer een uurtje kreeg. Let wel: We hebben het hier over een vooraanstaand ingenieursbureau in de jaren '70 – '80, later werden de zogenaamde PC-privé projecten geïntroduceerd. Ik heb in aanleg de basisprincipes van de automatisering meegekregen, maar met de komst van 'plug and play' heb ik mijn belangstelling wat verlegd en ja, ik ben wel een beetje een gadgetfreak. Stiekem ook een Apple-fan, maar helaas heeft dat volgens mij toch wat technische beperkingen.

O ja, m'n hobby's... ook mag ik graag cryptogrammen oplossen en doe met veel plezier samen met Gerrit vrijwilligerswerk voor mensen met een verstandelijke beperking (mensen die niet voor zichzelf op kunnen komen). Gerrit vooral bestuurlijk en ik coördineer met name de sociëteit. Het is een project in Veenendaal dat tevens bestaat uit een computerclub, kookclub, dierenkampje, moestuin, etc.

Brede sociale en maatschappelijke betrokkenheid heeft er toe geleid dat beiden dit jaar benoemd zijn tot lid van de Orde van Oranje Nassau. Toch?!

Ja, dat klopt, daarom komt Hare Majesteit nu ook op Koninginnedag naar Veenendaal, haha. Ja inderdaad, in alle bescheidenheid een lintje, deels voor dat vrijwilligerswerk maar ook voor mijn lokale inzet – collectieve beveiliging van bedrijventerreinen dat na 15 jaar succesvol is overgedragen – heb ik nog zitting in het bestuur van de Veenendaalse Bedrijvenkring. Van jongs af aan heb ik de drive gehad om naast mijn werk ook iets onbaatzuchtigs te doen en dat heb ik ook altijd gedaan. Dat is geen opgave, maar gewoon om dat ik het prettig vond en vind.

Wat doet Diny van de Weerd?

Iedereen heeft idealen, en na een mooie jeugd, een goede opleiding en enkele prima werkgevers begon het rond m'n 35e te knagen. Ik wilde een nieuwe uitdaging, een eigen bedrijf. Ik kwam wel uit een ondernemersnest, maar eigenlijk was het in die tijd voor een vrouw (nog) niet zo vanzelfsprekend, maar ik heb toch doorgezet. Het werd een secretariatenkantoor, dat bestond in die vorm niet of nauwelijks dus een gat in de markt, ik moest in het begin vooral uitleggen wat het precies inhield. Uitzendbureaus bestonden wel, waren zelfs booming in die tijd, maar daar wilde ik juist níet mee worden vergeleken, ik wilde het omdraaien: de werkplek, het werk uitbesteden en de mens, de deskundigheid inhuren. Kennis, ervaring en efficiëntie omzetten in rendement, ondersteuning geven bij werkvolume dat onvoldoende is om een arbeidsplek voor in te richten. Mijn dienstverlening moest flexibel en tijdonafhankelijk zijn. Grote en kleine bedrijven kwamen met werkzaamheden die intern gevoelig lagen, dus al snel werd het een bureau dat was gebaseerd op onafhankelijkheid, betrokkenheid en vertrouwen. En dat is ook mijn filosofie. Ik ben vast wel ambitieus, maar voel mij het best op de achtergrond, dichtbij het werk. Ik heb vooral lol in het snel en efficiënt inzetten van krachten; dienstbaar en loyaal te zijn aan opdrachtgevers, niet direct om te groeien. Maar sinds januari 1992 (bijna 20 jaar) zijn we toch gegroeid naar een bureau met vier medewerkers en werkzaam door heel het land.. We – ik sta op de wij-vorm! – zijn actief voor het bedrijfsleven, eenmanszaken en non-profit organisaties waaronder dus ook Stichting HL7 Nederland.

> *In 1997 kwam de secretaris, Bert Kabbes, vragen of ik hem kon ondersteunen bij zijn vrijwilligerswerk voor HL7...*

De naam van het bureau is "Dynamiek". Daar zit mijn eigen naam in. Ik had ten tijde van de oprichting een goede collega, haar naam was Mieke. Ik heb een ondernemingsplan gemaakt en Mieke gevraagd mee te doen, vandaar de naam, in eerste instantie wel maar uiteindelijk durfde Mieke de stap niet te zetten. Maar de naam bleef voluit "Dynamiek secretariaat en zakelijke dienstverlening".

Wat heeft Diny van de Weerd met HL7 te maken?

In 1997 kwam de secretaris, Bert Kabbes, vragen of ik hem kon ondersteunen bij zijn vrijwilligerswerk voor HL7, het begon hem teveel tijd te kosten. Dynamiek werd mondjesmaat ingeschakeld voor het begeleiden van congressen en incidentele klussen maar dat groeide uit tot een grote en vaste bijdrage. We kunnen nu bijna onze 15 jarige samenwerking vieren. Door het geleverde werk hebben we het vertrouwen gekregen, iets wat ik hoog in het vaandel heb staan, en na verloop van tijd werd HL7 NL de vaste opdrachtgever voor een allround secretariaatsfunctie. Telefoon, correspondentie, verslag-

legging, ondersteuning aan bestuur en TSC en anderen, waaronder de University, administratie, congresorganisatie, websitebeheer en ga zo maar door, kortom secretariaatsvoering in de breedste zin van het woord. Een methodiek waarbij HL7-bestuur en -leden hun handen vrij hebben om naast hun dagelijkse werkzaamheden actief te kunnen zijn voor HL7.

Daarnaast verzorgen we ook het secretariaat voor IHE Nederland, dat wordt door Marie-José gedaan. We doen dat onder één dak maar los van elkaar, het is vanuit hetzelfde bureau toegewezen aan één persoon. Rina doet bijvoorbeeld het secretariaat voor OIZ. Iedere organisatie heeft dus op deze manier zijn eigen persoonlijke secretaresse onder één dak, wat qua efficientie veel voordeel oplevert in de communicatiestroom en zo wordt het een win-win situatie. Een soortgelijke constructie hebben we in de vastgoedsector. Het is eigenlijk de formule, de kracht van het bureau. We houden alles apart en vermijden zo de schijn van belangenverstrengeling en iedereen heeft zo een eigen aanspreekpunt.

Ja, ik heb in het verleden ook een HL7-studiereis meegemaakt naar de VS. Bert Kabbes had een plekje over en binnen een uurtje moest ik beslissen en ben toen zonder enige twijfel meegegaan. Zou dan wel tien dagen van mijn zaak weg zijn maar het leek me geweldig en heb dus gelijk 'ja' gezegd. Over de kosten/batenverdeling waren we het snel eens. En het was ook helemaal geweldig, een schitterende ervaring, erg leerzaam en ik verkeerde in goed gezelschap. Door die reis heb ik een goed inzicht gekregen in wat HL7 internationaal allemaal doet en daardoor is het heel waardevol gebleken. Ik was vooral onder de indruk van de sfeer tijdens een Work Group Meeting, waar ik in Baltimore een bijdrage mocht leveren. Heel veel hardwerkende, gemotiveerde maar vooral ook gezellige en fijne mensen. We hebben een aantal ziekenhuizen bezocht, alsook de organisatie SNOMED. Het was een onvergetelijke ervaring.

Over de vraag wat HL7 voor de zorg betekent en waar HL7 heen gaat, heb ik best een mening en een idee maar vind niet dat ik die in mijn rol moet ventileren. Hetzelfde geldt ook voor de vraag wat ik nog meer over de zorg in Nederland of in het algemeen kwijt zou willen.

Wat moeten we nog zeker weten over de mens Diny van de Weerd?

Dat ze vroeger veel aan sport deed en nu veel te weinig. Dat ze van mensen houdt, "geloof ik...." ja, van het goede in de mens.

Interview door Frank Ploeg

Diny van de Weerd geeft het interview stokje door aan Irma Jongeneel, Nictiz.

TV Programma te saai?

– een alternatief: hl7.tv –

interviews, opinies,

presentaties, voor- en

achtergrond informatie

over de standaard en de organisatie....

kijk op www.hl7.tv



Andrew Hinchley

Understanding Version 3

A primer on the HL7 Version 3 Healthcare Interoperability Standard

Normative Edition



The Version 3 development by HL7 represents a major worldwide landmark in the developments of standards for electronic information flows in healthcare. It has already received substantial endorsement in a number of countries and also now forms the basis for an ISO international standard on healthcare message development.

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.

4th completely revised edition, 120 pages

Since its original publication in 2003, the Primer has sold more than 2500 copies and has been translated into French and Japanese. During this time the Version 3 standard has changed significantly. This Primer has been completely revised and updated to reflect this and to align with the Normative Edition of the standard. It is essential reading not only for newcomers to HL7, but for purchasers of previous editions of the Primer.

Through this Primer, we hope that many more thousands of people throughout the world will be in a position to understand the implications of HL7 Version 3 and how it can help with development of healthcare communications in their organisation.

ISBN 3-933819-21-0 • € 26 • please contact info@hl7.nl for orders

Onderwerpen volgende uitgave Hi7hLi7hts

De onderwerpen van de volgende uitgave zijn waarschijnlijk

- Reacties op “de nieuwe jas”
- TSC en TC’s Nederland activiteiten
- Berichten uit het veld over HL7 implementaties v2 en V3
- Interview met: Irma Jongeneel

HL7 NEDERLAND

Aankondigingen

HL7 International

Working Group Meeting	15 – 20 januari 2012	San Antonio, US
Working Group Meeting	13 – 18 mei 2012	Vancouver, CA

HL7 Nederland

Nationaal HL7 Standaardisatiecongres	8 december 2011	Utrecht
Werkgroepvergaderingen, TSC-vergadering, Nieuwjaarsdiner	24 januari 2012	Utrecht
HL7 cursus versie 2	3 – 4 april 2012	Utrecht
HL7 cursus versie 3 en CDA	17 – 18 april 2012	Utrecht

Stichting HL7 Nederland
Willem Barentszstraat 1
3902 DE Veenendaal
Telefoon: +31 (0) 318 - 548869 · Fax: +31 (0) 318 - 548090
Internet: www.hl7.nl · Email: info@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.
Kijk op www.hl7.nl “Lid worden” voor algemene informatie en voor de verdere voordelen van het lidmaatschap.