Hi7hLi7hts

Een uitgave van

Stichting HL7 Nederland

Nummer 13, januari 2015

www.HL7.nl



HL7 Nederland verandert

Nieuwe organisatie en werkwijze

EHR-S FM
PHR-S FM

Terminologie in HL7 standaarden

Visie: Landelijke samenwerking rond standaardisatie in de zorg-ict

HL7 NEDERLAND

Hi7hLi7hts – Nr 13 / 2015

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 (D)
...in samenwerking met het bestuur van de Stichting HL7 Nederland | Veenendaal

Tekstbijdragen

Anneke Goossen-Baremans | Amersfoort
Jos. J. M. Baptist | Papendrecht
Roel Barelds | Zoetermeer
Bert Kabbes | Veenendaal
Ewout Kramer | Amsterdam
Yvonne Pijnacker Hordijk | Amsterdam
Frank Ploeg | Groningen
René Spronk | Haarlem
Robert Stegwee | Utrecht

Fotografie/Foto's

Fotolia.com: Copyright © Robert Kneschke (p1, p28), vege (p14), Coloures-pic (p16), adam121 (p26), jgphoto76 (p33), Miriam Dörr (p36), Lane Fox (p38), 06photo (p40); Kai Heitmann (p6, p22, p34, p35); Patrique Haidar (p32, p33).
Dank aan Alexander Henket, Diny van de Weerd.

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 800 exemplaren.

Inhoud

Onderwerpen

EHR-S FM en PHR-S FM lijkt in Nederland onderkend 6

HL7 Gebruikersgroepen 14

Visie van HL7 Nederland op Landelijke samenwerking rond standaardisatie in de zorg-ict 16

HL7 FHIR – Update 26

Speerpunt voor 2015!: Toepassing HL7 standaard in de care sector 36

Terminologie in HL7 standaarden 38

Standaardisatie noodzaak in de GGZ 40

Verslagen

Thema gezamenlijk Jaarcongres IHE Nederland en HL7 Nederland: Samen beter, ís beter! 23

HL7 University 25

HL7 Nederland verandert: Nieuwe organisatie en werkwijze 28

De vlag in top: 2e HL7 Nederland Working Group Meeting 31

HL7 International Work Group Meeting september 2014: Chicago 34

Vaste rubrieken

Colofon 2

Ledenlijst 4

Editorial/Voorwoord 5

15th International HL7 Interoperability Conference (IHIC 2015) 33

HL7 International Working Group Meeting 2015, Paris, France 37

Interview met: Alexander Henket 42

Aankondigingen 44

HL7 Nederland University Cursussen 44

Ledenlijst

AA ICT Consultancy
Academisch Medisch Centrum Amsterdam
Academisch Ziekenhuis Maastricht
AcouSoft Informatisering BV
ActiZ
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis
Agfa Healthcare
AGG Solutions
Allegro Sultum BV
Amphia Ziekenhuis
Ascom (Nederland) BV
Atrium Medisch Centrum Parkstad
Avanade
Bergman Clinics
Bernhoven Ziekenhuis
Bethesda Ziekenhuis
BMA BV
Bodégro
BovenIJ ziekenhuis
brightONE Healthcare Solutions B.V.
Brocacef Ziekenhuisfarmacie BV.
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
Capgemini
Cardiologie Centra Nederland
Carestream Health
Catharina-ziekenhuis Eindhoven
Cegeka Health Care NV
CGI Nederland B.V.
Chic Consultancy
Chipsoft B.V.
CIBG
Clinical Science Systems
College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
Complan Valens BV
CSC Computer Sciences BV
CSC Healthcare Group
Curasoft B.V.
DBC-Onderhoud
De Tjongerschans Ziekenhuis
Delfzicht Ziekenhuis
Diaconessenhuis Leiden
Diasoft b.v.
Digitalis bv
Dimence
dir/Active BV
Elkerliek Ziekenhuis
Emergis
Enovation B.V.
Epic Europe B.V.
Erasmus Universiteit Medische Informatica
Euroned Systems
Farmaco-logica B.V.
FarMedvisie BV
Finalist Software Noord Nederland
Flevoziekenhuis
Forcare BV
FPC De Rooyse Wissel
Franciscus Ziekenhuis Roosendaal
Furore
G2 Speech B.V.
Gelderse Vallei Ziekenhuis
Gelre Ziekenhuis Apeldoorn
Gemini Ziekenhuis
GGD Zuid Limburg
GGZ Friesland
GGZ Noord Holland noord
GINO Software
Groene Hart Ziekenhuis
Groot Klimmendaal
HagaZiekenhuis - Leyenburg
Heitmann Consulting & Services e. K.
ICT Automatisering
IDEWE
IJsselland Ziekenhuis
Ikazia Ziekenhuis
Impulse Info Systems B.V.
Info Support
Instituut Verbeeten
Instrumentation Laboratory
Isala ICT
Jeroen Bosch Ziekenhuis
IHE Nederland, Stichting
JMK
Kabbes & Partners
Keizer Kliniek
KLS Software
Laboratorium Microbiologie Twente Achterhoek
Laboratorium voor Infectieziekten
t Lange Land Ziekenhuis
Laurentius Ziekenhuis
Lentis
Leveste
LUMC Leids Universitair Medisch Centrum
M2 Medical BV
Maasstad Ziekenhuis
MagnaFacta B.V.
Marc de Graauw IT
Martini Ziekenhuis
Maxima Medisch Centrum lokatie Veldhoven/Eindhoven
MC Groep
MCH Medisch Centrum Haaglanden
Meander Medisch Centrum
Mechatronics Software Applications BV
Medecs B.V.
MedicalPHIT
Medicore BV
Medimo BV
Mediparc BV
Medisch Centrum Alkmaar
Medisch Centrum de Veluwe
Medisch Centrum Leeuwarden
Medisch Spectrum Twente
Microbais Automatisering BV
Minddistrict Development
MIPS laboratory information systems
MRDM
Ned. Kanker Instituut/Antoni v.Leeuwenhoek Zkh.
Netbasics BV
NICE Software BV
Nij Smellinghe
NovaPro
OIZ, Vereniging
Olympus Nederland BV
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
Orbis
Ordina
Ortus Group B.V.
Parnassia Groep
Philips Healthcare
PinkRoccade Healthcare
Portavita
PRO-V2 B.V.
Protopics BV
Q-RY Solutions BV
quCARE Solutions
Refaja Ziekenhuis
Reinier De Graaf Groep
Results 4 Care b.v.
Ricoh Nederland B.V.
Ringholm bv
Rivas Zorggroep
Rivierenland Ziekenhuis
RIVM
Rode Kruis Ziekenhuis
Rode Kruis-Vlaanderen
Rogan-Delft BV
RVC B.V.
SAP Nederland BV
Saxenburgh Groep
Sectra Benelux
SHO Stg Huisartsenlaboratorium
Siemens Nederland NV
Sint Elisabeth Ziekenhuis
Sint Maartenskliniek
Slingeland Ziekenhuis
Slotervaart Ziekenhuis
Spaarne Ziekenhuis
St. Anna Zorggroep
St. Myosotis
St. Antonius Ziekenhuis
St. Deventer Ziekenhuizen
St. Franciscus Gasthuis
St. Jansdal Ziekenhuis
St. Lievensberg Ziekenhuis
St. Lucas Andreas Ziekenhuis
Star Medical Systems BV
Stb Zorg BV
Stichting Bronovo-Nebo
Stichting KCL
Stichting Kind en Groei
Stichting Nictiz
Stichting PAMM
Stichting van Weel-Bethesda Ziekenhuis
Stichting ZorgSaam
STIP Stg. Innovatieprojecten OIZ
Streekziekenhuis Koningin Beatrix
Technidata Benelux b.v.
Tergooiziekenhuizen
Trits Zorgapplicaties
TweeSteden ziekenhuis
UMC St Radboud
UMCU Universitair Medisch Centrum Utrecht
Unit4 Gezondheidszorg B.V.
Universitair Medisch Centrum Groningen
Universiteit Twente
Urotex Medical b.v.
VCD IT Groep
Versluis Medical
VIR e-Care Solutions B.V.
VitalHealthSoftware B.V.
VRUMUN
VU Medisch Centrum
VZVZ
Waterlandziekenhuis
Welch Allyn Cardio Control BV
Westfriesgasthuis
Wilhelmina Ziekenhuis Assen
Z-INDEX
Zaans Medisch Centrum
ZGT Ziekenhuis Groep Twente
ZoomBIM
Zorgcombinatie Noorderboog
ZorgDomein Nederland bv
Zorgdraad
Zorggroep Pasana
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis

Editorial

Even stil staan



Voor u ligt de nieuwste uitgave van ons HL7 magazine HighLights. Het is even stil geweest, maar ook aan onze vrijwilligers gaan ziekte en verdriet niet voorbij. We hebben stilgestaan bij het overlijden van onze penningmeester Ed Rovers. Enkelen van ons hebben alle heftigheid van de ziekenhuiszorg voor hun geliefden van heel dichtbij mee moeten maken, niet altijd met de afloop die ze gewenst hadden. Daardoor heeft bijvoorbeeld de productie van dit magazine even stil gelegen. Tegelijk geeft het ons ook weer extra motivatie om met modellen en standaarden in de zorg bij te dragen aan daadwerkelijke verbeteringen in de zorg zoals onze geliefden die hebben gekregen. De actieve leden van HL7 Nederland staan elkaar gelukkig bij in voor- en tegenspoed, in privé en zakelijke aangelegenheden.

Deze editie van HighLights staat natuurlijk bol van de nieuwe ontwikkelingen, want we hebben zeker niet stil gestaan de afgelopen twee jaar. Met man en macht is gewerkt aan een nieuwe opzet van ons werk en onze organisatie, zowel binnen HL7 Nederland als in de samenwerking met IHE en andere standaardisatie-organisaties binnen Nederland. U krijgt uitleg over hoe we de nieuwe organisatie voor HL7 Nederland hebben ingericht en hoe wij aankijken tegen de rollen van verschillende partijen in de samenwerking. Tegelijk vindt u ook verslagen van de eerste twee zeer succesvolle Nederlandse Working Group Meetings en van het eerste gezamenlijke jaarcongres met IHE Nederland.

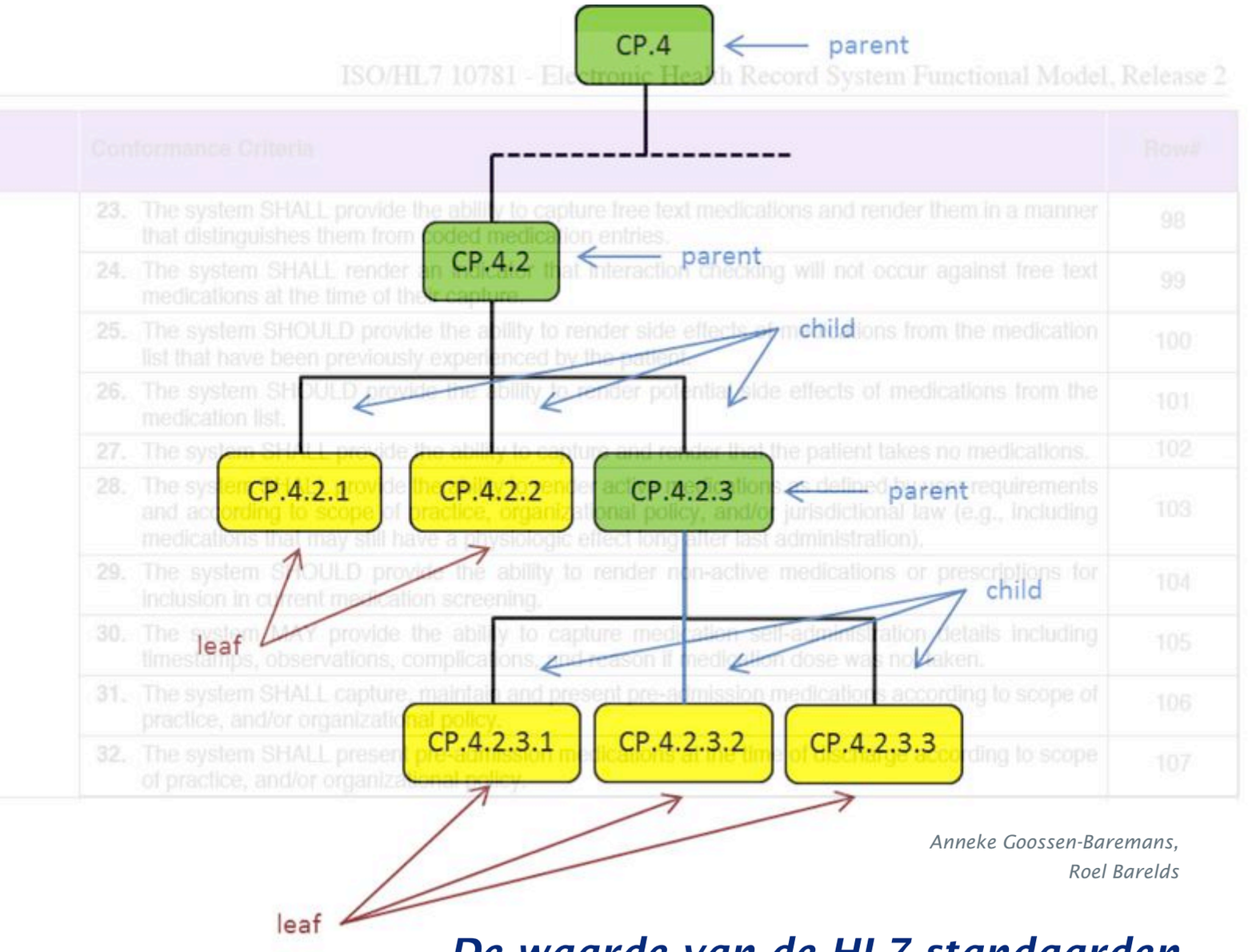
Inhoudelijk staan we stil bij de ontwikkelingen rondom de functionele modellen voor EPD en PGD zoals die binnen HL7 International zijn ontwikkeld. De afgelopen vijf jaar heeft een enthousiaste werkgroep haar best gedaan om hiermee voet aan de grond te krijgen in Nederland. Het is goed gelukt om aansluiting bij de internationale werkgroep te vinden en te participeren in de ontwikkeling van de tooling om de modellen goed bruikbaar te maken. Maar de aandacht en het gebruik in Nederland blijft nog achter bij de verwachtingen. Tijd voor een discussie derhalve!

De stormachtige ontwikkeling van de nieuwe FHIR standaard binnen HL7 geeft veel energie en trekt nieuwe belangstellenden aan, zoals we op de twee Nederlandse WGM's hebben kunnen zien. Ewout Kramer heeft als één van de founding fathers gelukkig tijd gevonden om even stil te staan bij een belangrijke mijlpaal: de publicatie van de eerste volledige versie van de FHIR specificaties die nu voor gebruik gereed is, inclusief de tooling die daar voor nodig is.

Dat HL7 vooral geschikt zou zijn voor gebruik binnen ziekenhuizen is allang niet meer zo. In deze uitgave staan we stil bij de ontwikkelingen in de care en in de GGZ. Beiden zijn druk in beweging om veel meer gebruik te maken van de digitale wereld en dat roept vraagstukken op rondom informatie-uitwisseling en interoperabiliteit. De komende WGM's zullen deze verkenningen ongetwijfeld gaan leiden tot concrete en gerichte actie met de (nieuwe) leden die we graag helpen om tot direct bruikbare en toekomstvaste oplossingen te komen voor hun uitdagingen op informatiegebied.

Hou dus nu al uw agenda vrij voor de volgende twee bruisende standaardisatiebijeenkomsten waarin samenwerking en resultaat centraal staan. In het voorjaar komen we op 9 en 10 april bij elkaar en in het najaar op 12 en 13 november.

We gaan zoals altijd volle kracht vooruit!



Anneke Goossen-Baremans,
Roel Barelds

De waarde van de HL7 standaarden

EHR-S FM en PHR-S FM lijkt in Nederland onderkend

Dit artikel beschrijft de ontwikkelingen van de HL7 functionele modellen en profielen, een groep van HL7 standaarden die niet gaat over de zo bekende HL7 v2/v3 berichten en/of HL7 CDA. Ontwikkelingen in zowel Nederland, Europa als Internationaal worden in dit artikel toegelicht en beoordeeld op hun relevantie voor Nederland. In de discussieparagraaf worden kritische noten beschreven ten aanzien van (bestaande) projecten in Nederland en de meerwaarde die de functionele modellen en profielen kunnen leveren aan deze projecten.

De HL7 functionale modellen en profielen

Het gaat hier om het Electronic Health Record System Functional Model, het EHR-S FM, en het Personal Health Record System Functional Model, het PHR-S FM, en de hiervan afgeleide verzameling functionele profielen.

Voorbeelden van Functionele Profielen zijn:

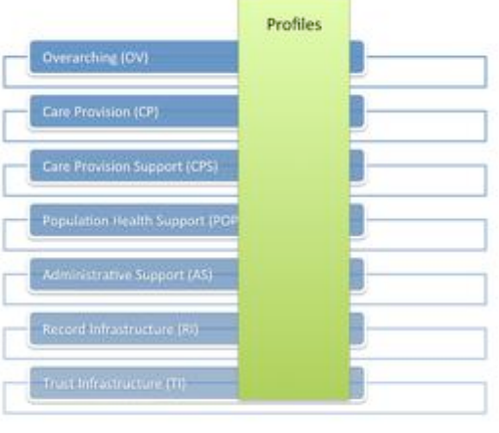
» Long Term Care Functional Profile,

» Child Health Functional Profile, Public Health Functional Profile,
» Clinical Research Functional Profile,
» Referentiemodel EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) voor de GGZ (REPD).

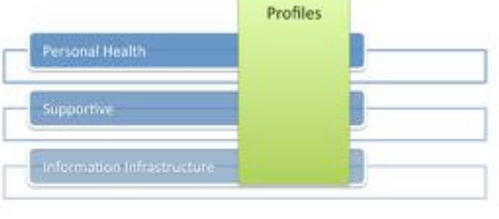
Een overzicht van Functionele Profielen is te vinden op de website van HL7 International:
http://bit.ly/1wTVCiT.
Beide Functionele Modellen, zijn zowel door HL7 goedgekeurde standaarden als erkende ISO standaarden.

De Functionele Modellen bieden een uitgebreide lijst van functies en conformance criteria dat een EPD systeem (EHR-S FM) of een PGD (Persoonlijk Gezondheids Dossier) systeem (PHR-S FM) kan hebben. Deze lijst is verdeelt over verschillende secties. In figuur 1 zijn deze secties voor het EHR-S FM Release 2 weergegeven. In figuur 2 zijn de secties weegegeven voor het PHR-S FM Release 1. In figuur 1 is ook weergegeven dat een Functioneel Profiel een selectie omvat uit de totale lijst van functies en conformance criteria van zowel het EHR-S FM of het PHR-S FM of een combinatie van beide. Een Functioneel Profiel wordt ontwikkeld voor bijvoorbeeld een specifieke gebruiker, zorginstelling, domein.

De Functionele Modellen zijn ontwikkeld met internationale input van zowel zorgverleners, ICT'ers, ICT leveranciers, brancheorganisaties,



Figuur 1. De secties in het EHR-S FM.



Figuur 2. De secties in het PHR-S FM.

etc. Het streven is om de Functionele Modellen zo generiek mogelijk te houden zodat ze overal in de wereld toepasbaar zijn. Zowel de Functionele Modellen als de Profielen zijn op een consistente en eenduidige wijze beschreven met gebruik van een standaard taal die is beschreven in een 'glossary' met definities en referenties.

Een Functioneel Model kan gebruikt worden om per land, bijvoorbeeld voor Nederland, een standaard met een lijst van relevante specifiek beschreven functies en conformance criteria te ontwikkelen (zogenaamd Realm Functional Profile). Zo kan het nog te ontwikkelen Nederlandse Functionele Model samen met het 'Long Term Care Functional Profile', gebruikt worden voor een profiel voor de langdurige zorg in Nederland. Op een vergelijkbare manier kan het 'Clinical Research Functional Profile' voor een profiel voor in Nederland uitgevoerd klinisch onderzoek (clinical trials) worden gebruikt.

Het werk aan de functionele modellen en profielen in Nederland staat regelmatig op de agenda van het jaarlijkse standaardisatiecongres, de HL7 workgroup meeting in Nederland en in het HL7 Magazine.

Ontwikkelingen HL7 Internationaal

In 2014 is het EHR-S FM Release 2 als normatieve standaard gepubliceerd door HL7 en ISO. Tevens is in april 2014 het PHR-S FM Release 1 als normatieve standaard door HL7 en ISO gepubliceerd. Zoals al beschreven zijn beide standaarden zowel HL7 als ISO standaarden en zijn beide door een brede internationale gemeenschap gereviewed en van commentaar voorzien. Vervolgens zijn de standaarden bijgesteld met behulp van dit commentaar.

Wie denkt dat het werk van de HL7 Internationale werkgroep nu klaar is heeft het mis. Op basis van de ervaringen met de ontwikkelde Functionele Modellen, de Functionele Profielen en de ballot commentaren wordt gewerkt aan nieuwe onderdelen, aan het updaten van Functionele Profielen (die gebaseerd waren op het EHR-S FM R1.1), en het ontwikkelen van nieuwe Functionele Profielen. Ook wordt vanuit specifieke domeinen gewerkt of nagedacht over een Functioneel Model voor dat domein, bijvoorbeeld

voor laboratoriumsystemen. Hierna worden de belangrijkste ontwikkelingen op een rij gezet.

Een tool: EHR-S FM Design Tool

Sinds 2012 wordt er gewerkt aan een tool waarmee de functionele modellen en profielen kunnen worden gehanteerd en beheerd. Daarnaast kan er met behulp van de tool een Functioneel Profiel worden ontwikkeld. Deze tool wordt in de nabije toekomst ook voor het PHR-S FM geschikt gemaakt. Ook kan er met behulp van de tool van een bestaand Functioneel Profiel een nieuw Profiel worden afgeleid. Denk bijvoorbeeld aan het 'Child Health Functional Profile' op basis waarvan een profiel ontwikkeld kan worden voor de neonatale zorg.

De tool geeft:
- een compleet overzicht van de secties, headers, functies en criteria zoals deze in een Functioneel Model of Profiel zijn beschreven. In dit overzicht is de traceerbaarheid naar een vorige versie van het Functionele Model of Profiel opgenomen, bijvoorbeeld in het EHR-S FM R2 een verwijzing naar EHR-S FM R 1.1,
- de traceerbaarheid van het Functionele Profiel naar het Functionele Model of Profiel waarvan het is afgeleid, bijvoorbeeld in het Neonatale Zorg Functioneel Profiel wordt naar het Child Health Functional Profile verwezen,
- geeft inzicht in de afhankelijkheidsrelaties tussen de verschillende functies,
- de afhankelijkheid van een criterium van een gegeven situatie,
- de mogelijkheid om in het Model of Profiel te zoeken op een trefwoord waarna alle secties, headers, functies en criteria worden weergegeven waarin het trefwoord voorkomt.

De volgende opties zijn in de planningfase:
- ondersteuning bij de vertaling van het EHR-S FM en de ontwikkeling van een Realm Functioneel Profiel in een andere taal dan Engels,
- de mogelijkheid om voor een (nog te ontwikkelen) softwareproduct de functies en eisen te bepalen en het product er op te toetsen.

Updaten van bestaande functionele profielen

In de afgelopen jaren zijn er verschillende Functionele Profielen ontwikkeld gebaseerd op het EHR-S FM Release 1 of Release 1.1. Nu Release 2 normatief is gepubliceerd zijn verschillende werkgroepen voornemens of al gestart om 'hun' Functionele Profielen te updaten. Hierbij is de tool voor hun beschikbaar om de ontwikkeling van een nieuwe versie te ondersteunen. HL7 Nederland beschikt over een lijst met beschikbare functionele profielen en een planning voor de updates.

Nieuwe functionele modellen voor specifieke domeinen

Specifieke domeinen in de gezondheidszorg willen op eenzelfde wijze als in het EHR-S FM een lijst met functies en conformance criteria beschrijven voor dat specifieke domein of deelsysteem en de interactie met het EPD systeem, zoals bijvoorbeeld voor aanvragen en rapporteren. Een domein waaraan wordt gewerkt betreft het laboratorium. Het doel van het in dit voorjaar opgestarte project is het ontwikkelen van een Functioneel Profiel met een set aan functionele eisen voor laboratoriumaanvragen en resultaten met de focus op de interoperabiliteit tussen EPD-systemen en laboratorium systemen. In de toekomst wil men echter een 'Laboratory Information System (LIS) Functional Model' ontwikkelen.

Eenzelfde ontwikkeling geldt voor het domein van voeding en dieet. Ook daar wordt nagedacht over een functioneel profiel afgeleid van het EHR-S FM danwel de ontwikkeling van een functioneel model voor dit specifieke domein.

Functioneel profiel voor Mobile Health

Nu het PHR-S FM als normatief is gepubliceerd is het plan om een Functioneel Profiel voor Mobile Health te ontwikkelen uitvoerbaar. Het fenomeen Mobile Health is erg actueel. Zo actueel dat bij HL7 Internationaal in 2012 een nieuwe werkgroep Mobile Health is opgericht. De missie van deze nieuwe werkgroep is dan ook het ontwikkelen en promoten van standaarden en raamwerken voor informatietechnologie voor de gezondheidszorg op het gebied van Mobile Health. Meer informatie http://wiki.hl7.org/index.php?title=Mobile_Health.
Zowel het EHR-S FM als het PHR-S FM zullen als basis dienen voor een lijst met functies en conformance criteria voor een Mobile Health functioneel profiel.

Aanvullingen op het EHR-S FM Release 2

In de laatste ballot van release 2 waren een tweetal onderwerpen die opgenomen zouden moeten worden in het EHR-S FM. Dit zijn 'Usability' en 'Detailed Clinical Models'.

Voor het deel 'Usability' is een project gestart met als doel bestaande richtlijnen voor usability te vertalen in functies en conformance criteria voor het EHR-S FM. Dit kunnen nieuwe functies en criteria zijn, maar ook aanpassingen op bestaande functies en critera. De eerste stap in het project is een literatuur review van alle relevante literatuur op het onderwerp 'Usability' in relatie met het EPD. Een expert op het gebied van usability is hiervoor geraadpleegd.

In een EPD-systeem moeten uiteraard heel veel klinische gegevens kunnen worden verwerkt. Het is ondoenlijk om daarvan een compleet overzicht op te nemen in een functioneel model of functioneel profiel. Dataspecificaties zijn daarom noodzakelijk. Het EPD-systeem moet deze dataspecificaties kunnen implementeren. HL7 werkt al jaren aan templates, maar die kennen de CDA en v3-berichtenstructuur, die niet altijd in een EPD kunnen worden ingebouwd. De dataspecificatie wordt daarom voorzien op basis van Detailed Clinical Models, zoals de eisen daarvoor in ISO TS 13972 zijn beschreven. Hier is nog geen project voor gestart.

Record Entry Lifecycle Event Metadata en FHIR

FHIR is een belangrijk initiatief van HL7 met als doel de interoperabiliteit tussen bestaande systemen in de gezondheidszorg te versnellen en makelijker te maken. De methodologie van FHIR is afhankelijk van een aantal bestaande gestructureerde definities van discrete data, genaamd 'resources'. Het project, gestart in de HL7 EHR werkgroep, is de ontwikkeling van een set van essentiële definities voor resources gerelateerd aan het domein van EPD/PGD- en EPD/PGD-systemen, inclusief Records Management and Evidentiary Support (RM-ES). Daarnaast wil het project identificeren of FHIR alle eisen van het FM invult. De eerste stap in dit project beperkt zich tot de 'Record Entry Lifecycle and Lifespan metadata'. Verwachte FHIR-resources die moeten worden ontwikkeld zijn:

- Metadata gerelateerd aan het EHR-S FM Record entry Lifecycle en Lifespan,
- Resources om een veilige EHR/PHR Record Management te ondersteunen, inclusief Record Lifecycle en Lifespan.

Hiervoor is een overzicht gegeven van een aantal ontwikkelingen bij HL7 Internationaal die gerelateerd zijn aan het EHR-S FM en het PHR-S FM, zonder de pretentie volledig te zijn. HL7 Nederland levert een belangrijke bijdrage aan een aantal van beschreven ontwikkelingen.

Ontwikkelingen in Europa

De Functionele Modellen en Profielen zijn ontwikkeld met de intentie dat zij internationaal toepasbaar zijn. In Europa komt er steeds meer belangstelling voor, zeker nu deze standaarden normatief zijn. Ook voor het PHR-S FM is er veel belangstelling gezien de ontwikkelingen rondom de PGD's. Echter, zowel de Functionele Modellen als de Profielen zijn omvangrijk, soms complex en bovendien in het Engels opgesteld. Deze kenmerken maken het gebruik van de Functionele Modellen en Profielen in niet-Engels sprekende landen lastig, met name voor zorgverleners die behoren tot de doelgroep. Met de komst van de tool worden de functionele modellen en Profielen hanteerbaarder, de ontwikkeling van een functioneel profiel makkelijker en, als de tool in de nabije toekomst de vertaling optimaal ondersteunt, de vertaling van het EHR-S FM en/of het PHR-S FM en de ontwikkeling van een Realm functioneel profiel eenvoudiger.

Zo ontwikkelt HL7 Italië op dit moment een Realm Functioneel Profiel in het Italiaans. Het argument voor Italië is dat de doelgroep die een pakket van eisen wil opstellen en een EPD en/of PGD systeem wil beoordelen, dit alleen gaat doen als de standaard in de eigen taal is opgesteld.

HL7 Italië maakt op dit moment gebruik van de EHR-S FM Design Tool. Voor de optimalisering van de vertaling met de EHR-S FM Design Tool zullen de ervaringen van Italië meegenomen worden in een volgende fase van de EHR-S FM Design Tool ontwikkeling.

Voor deze ontwikkeling zal HL7 Europe een bijdrage leveren door mee te denken bij de use

case ontwikkeling en het vaststellen van de eisen voor de ondersteuning van vertalingen met behulp van de EHR-S FM Design Tool. Ook andere landen in Europa hebben hun belangstelling geuit, zoals bijvoorbeeld Griekenland en Finland.

Nederland heeft er vooralsnog niet voor gekozen om het EHR-S FM integraal te vertalen of een Realm Functioneel Profiel te ontwikkelen. Nederland zal op termijn beginnen met het vertalen van de Glossary. Hierdoor zullen beide standaarden al een stuk toegankelijker worden.

Relevante ontwikkelingen in Nederland zullen hierna worden beschreven.

Ontwikkelingen in HL7 Nederland

Een belangrijke doelstelling van HL7 Nederland is om internationale ontwikkelingen op het gebied van de functionele modellen en profielen te volgen op relevantie voor Nederland en het geven van feedback hierop, zodat de standaarden internationaal toegepast kunnen worden. Tot 2013 was er een werkgroep die deze verantwoordelijkheid had. Sinds 2014 is echter de structuur van HL7 Nederland veranderd. Zo zijn er geen werkgroepen meer, maar worden er jaarlijks een aantal projecten worden gestart. Voor deze projecten worden projectgroepen worden ingericht met waar mogelijk deelnemers van buiten HL7. De werkzaamheden aan zo'n project worden door een aantal betrokkenen verricht en de voortgang wordt besproken tijdens de tweedaagse HL7 NL working group Meetings in het voor- en najaar.

In de afgelopen drie jaar is de aandacht van de groep gericht geweest op het geven van informatie over de Functionele Modellen en Profielen. Met deze informatie is geprobeerd om (meer) belangstelling te kweken voor deze HL7 standaarden. Er zijn presentaties gegeven bij onder andere de VIenG (De Vereniging Informatica en Gezondheidszorg is opgericht in 1996 met als doel het bevorderen van de kwaliteit van de informatica in de gezondheidszorg en het behartigen van de gezamenlijke belangen van haar leden, werkzaam in de informatica en binnen instellingen van de gezondheidszorg, het HL7 Standaardisatie congres, artikelen geschreven in het HL7 Magazine, is er contact geweest met iZiekenhuis en de NVZ en is er een HL7 themamiddag georganiseerd in samenwerking met het AMC, afdeling Klinische Informatiekunde. Bij deze activiteiten is de groep het volgende opgevallen:

- Het EHR-S FM en het PHR-S FM en de daarvan afgeleide Functionele Profielen zijn relatief onbekende HL7 standaarden. Vanuit IT-perspectief is er meer belangstelling voor HL7 v3 messages en CDA standaarden.
- De omvang en complexiteit van de Functionele Modellen maakt het lastig om de standaarden goed te doorgronden en begrijpen.
- Naast de omvang en de complexiteit van de Functionele Modellen zijn deze ook in het Engels beschreven. Hierbij is gebruik gemaakt van een eenduidige taal (beschreven in een Glossary). Ook zijn de functies en conformance criteria zodanig beschreven dat zij internationaal van toepassing zijn. Door deze abstractie worden deze niet altijd direct herkend en begrepen.
- Vertalingen worden soms erg letterlijk uitgevoerd, waardoor de originele betekenis wordt veranderd. Om die reden is er vanuit HL7 Nederland een document gemaakt met aanbevelingen voor de vertaling van een Functional Model en/of een profiel. Hierbij is het accent gelegd op een semantische vertaling met als startpunt de vertaling van de Glossary.
- Voor het maken van een functioneel profiel zijn er een methodologie en regels beschreven. Althans als men voor het betreffende functionele profiel conformiteit claimt met het functionele model waar het profiel van is afgeleid.
- De ontwikkeling van een Referentiemodel EPD voor de GGZ (REPD) op basis van het EHR-S FM R1 en het Behavioural Health Functional Profile. Het REPD bevat een beschrijving van de zorgprocessen, zorglogistiek en zorgadministratie in de GGZ en een profiel van de ICT-ondersteuning die daarbij hoort (bron: http://www.pinkroccade-healthcare.nl/actueel/nieuws/gebruikersvereniging-psygis-quarant-van-start-3059). Aan het REPD zijn voor de GGZ relevante functies en conformance criteria toegevoegd aan de basismodellen. Het REPD is geschreven in het Nederlands, waarbij niet altijd voldaan is aan de eis van 'semantische vertaling'.
- Met de NVZ is in 2012 contact geweest om te

kijken of het EHR-S FM R2 een rol kon spelen bij de ontwikkeling van het uitgangspuntendocument. Helaas is dit niet gelukt. Redenen waren de taal van het EHR-S FM, de herkenbaarheid voor de eindgebruiker, de invalshoek, maar vooral ook de tijdsplanning. De NVZ had zich ten doel gesteld in de zomer van 2013 het uitgangspuntendocument te publiceren (NVZ, 2013) en het EHR-S FM R2 zou pas in 2014 klaar zijn.

- Met iZiekenhuis is eveneens in 2012 contact geweest om te kijken of we een relatie konden leggen tussen het Referentiedomeinenmodel Ziekenhuizen (RDZ) en het EHR-S FM. Het RDZ is een referentieoverzicht van domeinen, bedrijfsactiviteiten en informatieobjecten van een ziekenhuis en geen EPD-specificatie. Het is een basis, vertrekpunt, hulpmiddel en referentie, maar geen dictaat of procesmodel voor ziekenhuizen.
- Er zijn verschillende projecten waarvoor de functies en conformance criteria uit de functionele modellen en/of profielen goed gebruikt kunnen worden. Een toepassing is het specificeren van de eisen voor het EPD en/of het PGD. Een beoordeling van bestaande EPD en PGD systemen aan de hand van deze eisen is essentieel voor een succesvolle implementatie van projectresultaten. Voorbeelden zijn:
  - Generieke overdrachtsgegevens (NFU/Nictiz); http://www.nictiz.nl/page/Expertise/Specialistische-zorg/Generieke-overdrachtsgegevens),
  - Medicatieveiligheid (Nictiz); http://www.nictiz.nl/page/Standaarden/Informatiestandaarden/Medicatieveiligheid).
- Willen we een andere doelgroep dan IT-managers en professionals geïnteresseerd krijgen in de Functionele Modellen en Profielen dan zullen we zorgverleners en studenten moeten informeren over deze standaarden. Met het AMC, afdeling Klinische Informatiekunde, is een samenwerking gestart om onder andere het EHR-S FM onderdeel te maken van de opleiding Health Informatics waarbij zorgprofessionals opgeleid worden om een prominente rol te spelen in ICT-projecten (https://www.amc.nl/web/Onderwijs/Aankomend-student/Health-Informatics/Programma-Health-Informatics.htm).

Gezien deze observaties en de veranderingen in de werkstructuur van HL7 Nederland zal er actief een bijdrage worden geleverd aan HL7-projecten waarbij relevante functies en conformance criteria, uit zowel het EHR-S FM als het PHR-S FM, worden geleverd aan een project. Deze functies en conformance criteria dienen dan door het project op hun relevantie te worden beoordeeld en aangepast aan de Nederlandse situatie. In het project gaat het dan niet meer om alleen de specificatie van datasets of klinische bouwstenen/detailed clinical models, maar ook om de eisen waaraan systemen moeten voldoen om deze gespecificeerde data te kunnen registreren, opslaan, overdragen en de mogelijkheid om een query te kunnen doen ten behoeve van verantwoordingsinformatie. Bovendien kan er dan een fasegewijze vertaling van de functionele modellen en profielen plaatsvinden. Op termijn ontstaat er dan een HL7 standaard in het Nederlands met voor Nederland relevante en concrete functies en conformance criteria.

Discussie

Gezien de doelstelling van HL7 Nederland om internationale ontwikkelingen op het gebied van de Functionele Modellen en Profielen te toetsen op de relevantie voor Nederland, blijft het belangrijk de ontwikkelingen internationaal te volgen, feedback te geven en daar waar nodig bij te dragen aan de ontwikkeling zodat Nederlandse toepasbaarheid gegarandeerd wordt. De omvang, complexiteit en de Engelse taal van de Functionele Modellen en Profielen blijft een punt van aandacht. De EHR-S FM Design Tool maakt de Modellen en Profielen beter toegankelijk. Echter, een goede bijdrage vanuit Nederland kan alleen maar plaats vinden indien de standaarden in Nederland worden gebruikt en feedback aan HL7 Nederland wordt gegeven waardoor er een feedbackloop ontstaat naar HL7 Internationaal. Elke nieuwe release van een Functioneel Model of Profiel is gebaseerd op de feedback vanuit diverse groepen die, hetzij het Functionele Model hebben gebruikt voor de ontwikkeling van een eigen nationale standaard (Realm Functional Model of Profile), of een Functioneel Profiel hebben ontwikkeld. Bij deze ontwikkeling worden hiaten aangevuld en conformance criteria aangescherpt die bij elke nieuwe release beoordeeld worden op internationale relevantie en vervolgens wel of niet worden toegevoegd aan de nieuwe release.

Zo had de input vanuit GGZ Nederland een goede bijdrage kunnen leveren aan release 2 van het EHR-S FM. Daarnaast kan de GGZ op basis van release 2 van het EHR-S FM het eigen Referentiemodel EPD voor de GGZ (REPD) actualiseren. Dit zou relevant kunnen zijn omdat EHR-S FM R2 behoorlijk is uitgebreid en ook de GGZ niet stil staat.

Een tot nu toe gemiste kans is de koppeling tussen het Referentiedomeinenmodel Ziekenhuizen (RDZ) en het EHR-S FM. De doelstellingen van beide verschillen, maar zijn wel complementair. Door een mapping ontstaat er een goede EPD-specificatie met een eenduidig taalgebruik.

Een op het EHR-S FM gebaseerde EPD specificatie heeft dan de vorm van een model in tegenstelling tot de lijst van eisen zoals deze is beschreven in het uitgangspuntendocument van de NVZ. Door het gebruik van een model in het EHR-S FM worden relaties tussen functies en conformance criteria helder en worden herhalingen vermeden. Zo zou ook de mapping tussen het referentiedomeinenmodel “care” (RDC) en het Long Term Care Functional Profile een complementaire meerwaarde opleveren voor de caresector. De taal en herkenbaarheid blijven aandachtspunten, maar deze zijn overkomelijk mits er middelen en menskracht zijn om het Engels om te zetten naar het Nederlands in een voor de doelgroep herkenbare taal. Een belangrijk issue hierbij is de semantische vertaling van de functies en conformance criteria waardoor de originele betekenis niet veranderd. Hier zijn internationaal inmiddels afspraken over gemaakt. Daarnaast zal de EHR-S FM Design Tool verder worden ontwikkeld zodat vertaling en aanscherping die noodzakelijk zijn voor een Realm Functioneel Profiel worden ondersteund.

De datasets en klinische bouwstenen/Detailed Clinical Models die tot nu toe worden ontwikkeld gaan om de specificate van gegevens die relevant zijn bij de gegevensuitwisseling. De Detailed Clinical Models kunnen ook gebruikt worden als specificatie voor het vastleggen van gegevens in het EPD of PGD. Waar tot nu toe geen of in ieder geval te weinig aandacht aan is besteed zijn de eisen aan het EPD of PGD systeem waardoor de gegevens conform de specificatie kunnen worden vastgelegd en uitgewisseld. Ook aan deze eisen dient aandacht te worden besteed in de diverse projecten. Immers, als systemen gegevens kunnen vastleggen conform de gegevensspecificatie kunnen ze in de regel ook worden uitgewisseld. Dit laatste is het centrale aandachtspunt van het meerjarenprogramma ‘Registratie aan de bron’ van de NFU en Nictiz. In dat programma staat een goede eenmalige registratie aan de bron centraal. Dit is in het directe contact met de patient, in dit geval op de ziekenhuisvloer. Een EPD-systeem dient het werkproces van de zorgverlener te ondersteunen waardoor deze registratie aan de bron mogelijk wordt.

Registratie aan de bron is niet alleen van belang voor het werkproces van de zorgverleners, maar ook als basis voor de verantwoordingsinformatie die elke zorginstelling jaarlijks verzamelt en aanlevert. Met deze verantwoordingsinformatie kan trouwens ook intern gekeken worden naar de kwaliteit van zorg. Het bespreken van deze informatie in een zorgteam kan direct leiden tot bewustwording bij zorgverleners en kwaliteitsverbetering van de directe zorg opleveren. Verantwoordingsinformatie is dan geen van buiten opgelegde actie, maar wordt intern gebruikt voor de kwaliteitstoetsing.

Conclusie

De HL7 standaarden, het EHR-S FM en het PHR-S FM en de hiervan afgeleide Profielen, zijn goed doordachte standaarden die tot stand zijn gekomen met inbreng vanuit verschillende landen door diverse professionals van verschillende disciplines. Deze standaarden zijn beschreven op een consistente eenduidige manier met behulp van een eenduidige taal waarbij begrippen, voorzien van een definitie, beschreven zijn in de Glossary. De standaarden zijn echter omvangrijk en gesteld in de Engelse taal. Zij zijn omvangrijk omdat er veel van EPD en PGD-systemen wordt geëist en in de (nabije) toekomst nog meer zal worden geëist. Denk hierbij aan registreren aan de bron, hergebruik van gegevens voor bijvoorbeeld overdracht, verantwoordingsinformatie en klinisch onderzoek, uitwisseling van gegevens tussen EPD en PGD, koppeling tussen Medical Devices en het EPD en/of PGD, etc.

Dus omvang en complexiteit zijn eigenlijk vanzelfsprekend. De vraag is hoe hier mee om te gaan bij het gebruik van de standaarden. De EHR-S FM Design Tool die op dit moment door

> *EHR-S FM en PHR-S FM zijn goed doordachte standaarden die tot stand zijn gekomen met inbreng vanuit verschillende landen door diverse professionals van verschillende disciplines...*

HL7 Internationaal wordt ontwikkeld dient hierbij ondersteunend te zijn. Echter, het begrijpen van hoe de standaarden zijn opgebouwd (het model en de relaties), de methodologie en de regels, blijven daarnaast belangrijk voor een goed begrip en gebruik van de standaarden.

De taal en de herkenbaarheid van het EHR-S FM en PHR-S FM in een voor Nederland geconcretiseerde standaard, bijvoorbeeld een Nederlands EPD-S/PGD-S functioneel model, zijn belangrijke initiatieven. Een consistente en eenduidige taal en een semantische vertaling van de bron zijn belangrijke voorwaarden voor een goede Nederlandse standaard.

Er is in de diverse projecten in Nederland meer aandacht nodig voor deze HL7-standaarden EHR-S FM en het PHR-S FM en de hier van afgeleide functionele profielen. Dit, naast de al bestaande aandacht en gebruik van de meer technische standaarden, zoals HL7 v3 en CDA. In feite zou in elke implementatierichtlijn inzicht moeten worden gegeven in de eisen aan het EPD/PGD om met de technische standaarden en gegevensspecificaties om te kunnen gaan. De combinatie van dataspecificatie, technische standaarden en de aan het EHR-S FM of PHR-S FM ontleende eisen die aan het EPD en/of PGD systeem gesteld worden is een voorwaarde voor een succesvolle implementatie.

Referenties

- Health Level 7, HL7 International, International Organization for Standardization, ISO, (2014). HL7 EHR-System Functional Model, Release 2. Verkregen van http://www.hl7.org/implement/standards/product_brief.cfm?product_id=269
- Health Level 7, HL7 International, International Organization for Standardization, ISO, (2014). HL7 Personal Health Record System Functional Model, Release 1. Verkregen van http://www.hl7.org/implement/standards/product_brief.cfm?product_id=88
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, NVZ, (2013). EPD-Uitgangspuntendocument-versie 1. Utrecht, NVZ.
- Nictiz, (2012). RDZ V2 Referentiedomeinenmodel ziekenhuizen versie 2. Congres Architectuur in de zorg, 2012, Smeele & Van der Stigchel
- Referentiemodel EPD voor de GGZ, (2009). Presentatie verkregen via http://www.epd-dag.nl/2009/ppt/REPD%2028%20mei%202009.pdf



Anneke Goossen-Baremans

Anneke werkt als consultant bij Results4Care. Hiervoor werkte zij als verpleegkundige, opleidingsfunctionaris, beleidsmedewerker klinische zorg en kwaliteitsfunctionaris in diverse ziekenhuizen.

Emailadres: agoossen@results4care.nl



Roel Barelds

Roel werkt bij CSC Healthcare als Product Owner Health Terminology en Information Governance. Hiervoor werkte hij als medisch analist en als onderzoeker bij TNO Gezondheidszorg. Hierbij was hij betrokken bij diverse projecten op het gebied de gezondheidszorg.

Emailadres: roel.barelds@hotmail.com



HL7 Gebruikersgroepen

HL7 International en HL7 Nederland bedienen twee grotendeels losstaande doelgroepen:

- **Ontwikkelaars** van standaarden – zij die betrokken zijn bij het maken van standaarden en implementatiehandleidingen;
- **Gebruikers** van standaarden – zij die standaarden "gebruiken" in de breedste zin van het woord, van artsen tot software ontwikkelaars.

De activiteiten van HL7 International zijn met name gericht op de ontwikkelaars van standaarden, iets dat bijvoorbeeld makkelijk te zien is als je naar de structuur en het doel van de internationale Working Group Meetings (WGM's) kijkt – de naam geeft al aan dat er gewerkt wordt aan het ontwikkelen van standaarden. Het doel van de organisatie zou niet zozeer het streven naar 'het maken van meer standaarden' moeten zijn, maar het 'vergroten van het gebruik van standaarden'. Een standaardisatieorganisatie is alleen succesvol als haar standaarden ook daadwerkelijk gebruikt worden. HL7 heeft om die reden het vergroten van het gebruik van haar standaarden inmiddels opgenomen in haar strategische doelstellingen.

Het zich meer willen richten op gebruikers van HL7-standaarden heeft onder andere geleid tot het oprichten van een taskforce
http://bit.ly/1nQ66fB
die het concept 'HL7 gebruikersgroep' nader gaat uitwerken. Een HL7 gebruikersgroep richt zich uitsluitend op gebruikers van standaarden, een deelgebied in de zorg (bijvoorbeeld gebruik van HL7 bij bloedbanken) en/of en geografisch

gebied (bijvoorbeeld Europa of Nederland) en/of het type gebruiker (bijvoorbeeld artsen of software ontwikkelaars).

In feite bestaan binnen HL7 al relatief lang zulke gebruikersgroepen, al dragen zij officieel die benaming niet: bijvoorbeeld de HL7 affiliates, en de internationale Application Implementation and Design (AID) working group.

» Een HL7 affiliate (bijvoorbeeld HL7 Nederland) is zowel actief op het gebied van het ontwikkelen van standaarden (met name het maken van implementatie handleidingen), als in het delen van ervaringen rond het gebruik van de HL7 standaarden. Nieuwe HL7 affiliates zijn vooral gericht op het maken van implementatiehandleidingen. HL7 affiliates die al wat langer bestaan (zoals HL7 Nederland) hebben veelal het karakter van een land-specifieke HL7 gebruikersgroep.
» De internationale AID werkgroep (voorheen bekend als RIMBAA, zie
http://bit.ly/1hc1OfA,
heeft als doel de ervaringen en best practices uit te wisselen tussen software ontwikkelaars, en daarmee de implementatie van HL7 standaarden te vergemakkelijken. AID organiseert regelmatig bijeenkomsten voor dit type gebruikers (onder andere twee keer in Amsterdam in 2014).

HL7 affiliates organiseren doorgaans activiteiten die zowel op ontwikkelaars als op gebruikers van standaarden gericht zijn. De vraag is of zo'n vermenging van doelstellingen en doelgroepen wel een haalbare is, en of we daarmee voldoende recht doen aan de behoefte van de gebruikers van de HL7 standaarden. Moeten we de HL7 affiliates opheffen en in plaats daarvan een reeks gebruikersgroepen oprichten? Zijn de bijeenkomsten van HL7 Nederland wel voldoende gericht op de gebruikers van HL7 standaarden? Het is wellicht een kwestie van omdenken: als je je primair richt op gebruikers van HL7 standaarden, wat zou je als HL7 affiliate dan anders willen of moeten doen ?

HL7 International poogt dit type vragen te beantwoorden. De eerder genoemde taskforce van HL7 International heeft als pilot een gebruikersgroep opgericht rondom Immuniziation Registries (vaccinatiegegevens). HL7 heeft voor deze pilot samenwerking gezocht met AIRA, een Amerikaanse organisatie voor partijen die werken met vaccinatiegegevens. Op dit moment is men bezig deze gebruikersgroep te internationaliseren, en ook gebruikers van buiten de VS bij deze groep te betrekken. HL7 internationaal wil gebruikersgroepen positioneren als 'member benefit', als exclusieve meerwaarde voor HL7 leden. De recente vrijgave van de HL7 standaarden heeft tot effect dat het ledenaantal van HL7 International terugloopt, waardoor men op zoek is naar extra diensten die als motivatie voor lidmaatschap zouden kunnen dienen. Door gebruikersgroepen te zien als 'member benefit' is het gebruik van de e-mail-lijst en wiki van de Immunization Registries gebruikersgroep beperkt tot de leden van die gebruikersgroep, wat voor- en nadelen heeft.

De AID werkgroep werkt aan een plan, zie
http://bit.ly/1okfc6z,
om zichzelf om te vormen naar een formele HL7 gebruikersgroep. Nadeel is dat hele concept van HL7 gebruikersgroepen nog in de steigers staat, en dat het onzeker is hoe de organisatorische structuur er uit gaat zien. Voordeel is dat AID mee kan helpen die organisatorische structuur te definiëren ten einde zeker te stellen dat één en ander past bij de werkwijze van AID.

Ongeacht het resultaat van de pilot met HL7 gebruikersgroepen is het de moeite waard eens na te denken hoe wij (als HL7 Nederland) de gebruikers van de HL7 standaarden beter kunnen betrekken bij haar activiteiten.





Visie van HL7 Nederland op

Landelijke samenwerking rond standaardisatie in de zorg-ict

De landelijke afstemming en samenwerking tussen de verschillende organisaties en organen die zich bezig houden met standaardisatie in de Zorg-ICT heeft de afgelopen 2 jaar eindelijk duidelijk voortgang geboekt. Voorbeelden daarvan zijn de intensivering van de samenwerking tussen HL7 en IHE, het ingestelde SDO-overleg, waarin Nictiz, HL7, IHE, GS1 en IHTSDO hun activiteiten en prioriteiten afstemmen en de recente instelling van het VWS Informatieberaad. Maar we zijn nog lang niet waar we feitelijk al lang hadden kunnen en moeten zijn. Waarom kan de samenwerking niet veel sneller, wat zou de gewenste situatie moeten zijn en hoe komen we daar? We zetten de actuele situatie en feiten zo objectief mogelijk op een rijtje, gelardeerd met informatie die vaak niet breed bekend is, gevolgd door de visie van HL7 Nederland op de noodzakelijke verbeteringen rond de nationale Zorg-ICT standaardisatie.

Standaardisatie organisaties

Standaardisatie-organisatie zijn organisaties die standaarden ontwikkelen, beheren en ondersteunen. Er zijn zowel wereldwijd als in Nederland slechts enkele echt leidende organisaties die op grote schaal Zorg-ICT standaarden in de volle breedte ontwikkelen, beheren en ondersteunen. En op grote tot zeer grote schaal internationaal operationeel worden toegepast. HL7 (met daarin geïntegreerd de Dicom standaard) en IHE zijn daarvan bij uitstek voorbeelden. HL7 richt zich op het ontwikkelen van generieke, universele *formats* voor de uitwisseling van informatie in de zorg en is wereldwijd breed in gebruik. Dicom biedt gestandaardiseerde formats voor beeldinformatie en is daarvoor wereldwijd de standaard. De Dicom beeldformats zijn geheel geïntegreerd in de HL7 standaard. IHE ontwikkelt zelf geen standaarden in de vorm van formats (zoals HL7) maar biedt zogenaamde *profielen* aan die bestaan *uit selecties en combi-*



naties van formats uit verschillende bestaande internationale standaarden, al dan niet met eigen aanvullingen. IHE maakt via deze profielen voor specifieke domeinen keuzes uit de keuze-opties die binnen standaarden zoals HL7 nu eenmaal bestaan om universele toepasbaarheid te waarborgen: IHE standaardiseert dus eigenlijk de keuze-opties en dat is uitstekend. Daarnaast heeft IHE een specifieke architectuur op basis van IHE profielen voor uitwisseling (XDS) die breed wordt gebruikt. De HL7 standaarden en IHE profielen zijn wereldwijd en ook in Nederland al ruim 20 jaar op grote schaal in gebruik. Beiden beschikken over geoliede organisaties, bedruipen zichzelf financieel zonder enige subsidie en al het werk wordt gedaan door vele honderden vrijwilligers. Dankzij de inspanningen van deze organisaties heeft Nederland in feite "gratis" de beschikking gekregen over Zorg-ICT standaarden.

Naast HL7 en IHE zijn er nog enkele belangrijke internationale standaardisatie organisaties die vermeld moeten worden omdat zij ook in Nederland steeds actiever zijn: GS1, IHTSDO (Snomed CT) en Continua. GS1 beheert de internationale standaard voor barcodes (UDI) die ook in de zorg een essentiële rol vervult, meer en meer wordt geïncorporeerd in standaarden zoals HL7 en IHE en binnenkort wettelijk verplicht wordt. De IHTSDO-organisatie is een consortium van een aantal Europese landen die samen de Snomed CT standaard voor hun landen beheren en implementeren. Snomed CT is een internationaal erkende standaard voor medische terminologie en gericht op standaardisatie ofwel eenheid van taal. HL7 en de organisaties die Snomed CT beheren en implementeren. werken internationaal intensief samen. Snomed CT coderingen kunnen worden opgenomen in HL7-berichten.

Continua is een wereldwijde standaard voor zorgdomotica en is sterk in opkomst. De voornoemde drie organisaties zijn in Nederland vertegenwoordigd: GS1 via GS1 Nederland, Snomed CT wordt via een "national release center" vertegenwoordigd door Nictiz, via een mandaat van VWS als partner van de Europese IHTSDO-samenwerkingsorganisatie en Continua wordt vertegenwoordigd via Continua Europe.

Er zijn nog andere internationale standaardisatieorganisaties, doch deze hebben geen vergelijkbaar wereldwijd of nationaal draagvlak, de gepubliceerde standaarden zijn niet of nauwelijks operationeel in gebruik, zij beschikken niet over een lokale beheer- en/of ondersteuningsorganisatie en worden (grotendeels of geheel) gefinancierd met publieke (overheids-)gelden.

Op Europees niveau wordt er in CEN-verband gewerkt aan grensoverschrijdende informatie-uitwisseling, bijvoorbeeld in projecten als Antilope. Leden van CEN zijn alle EU-landen, die in CEN worden vertegenwoordigd door de landelijke standaardisatie- en normalisatie instituten van elk EU-land. Deze constructie werd ruim 30 jaar geleden bij de start van de EU ingesteld (voor insiders: via het zgn. "Vienna Agreement"). Voor Nederland vertegenwoordigt NEN en daarbin-

nen de NEN Normcommissie ons land in CEN. De CEN-trajecten zijn over het algemeen langlopende projecten, waarbij de (grote) verschillen in de wijze waarop de zorg, financiering en wetgeving in Europese landen is ingericht een probleem vormen. Het niet (willen?) overnemen van internationale standaarden doch het in plaats daarvan ontwikkelen van eigen, veelal doublerende Europese standaarden is jarenlang een discussie geweest.

Standaarden kunnen tot norm worden verheven indien de marktpartijen daaraan waarde of belang hechten. Voor Nederland zijn dat NEN-normen en de normeringsprocedure verloopt via door NEN ingestelde Normcommissies. Standaarden kunnen het predicaat NEN-norm verkrijgen indien aan een hele reeks van normatieve eisen die worden gesteld wordt voldaan. Zo is de HL7 versie 2 standaard alweer ruim 10 jaar een officiële NEN-norm.

Voor de zorgsector fungeert de NEN Normcommissie Informatievoorziening Zorg. Deze commissie levert namens Nederland input in CEN en beoordeelt de producten die de CEN werkgroepen opleveren op bruikbaarheid voor Nederland. In de NEN Normcommissie zijn diverse ICT-Zorg leveranciers en andere zorgorganisatie vertegenwoordigd.

Binnen NEN functioneert daarnaast nog de Beleidscommissie Zorg, Organisatie & Technologie die o.a. de Zorg-ICT als aandachtsveld heeft. In deze Beleidscommissie zijn de directies vertegenwoordigd van alle zorgverleners, zorginstellingen, zorgverzekeraars, zorg-ICT leveranciers en ook HL7 en IHE. Deze Beleidscommissie stuurt formeel de Normcommissie aan. In een eerder stadium gaf de toenmalige Beleidscommissie daarnaast gevraagd en ongevraagd (beleids-) adviezen aan o.a. VWS en Nictiz. De ondersteuning van de NEN-bureautaken voor de Normcommissie en de Beleidscommissie werd tot medio 2013 gefinancierd door VWS, doch deze financiering is in 2013 gestopt vanwege bezuinigingsmaatregelen. Niettemin hebben zowel de Normcommissie als de Beleidscommissie daarop besloten om zichzelf te continueren en daarmee hun overlegplatformen in stand te houden. Het stopzetten van de financiering betekent echter een aanzienlijke inperking van de rol en taken van de Normcommissie en de Beleidscommissie.

Tenslotte: HL7 en IHE zijn beide gelieerd lid van ISO, de welbekende wereldwijde overkoepelende organisatie van standaarden in vele sectoren, waaronder de zorg. ISO valideert de standaardisatieprocessen van organisaties die standaarden ontwikkelen en kent daaraan het ISO-kenmerk toe.

Een aantal jaren geleden is door HL7, CEN en ISO een internationaal platform gesticht om te komen tot afstemming van elkaars standaarden, ter oplossing en voorkoming van doublures: het JIC ofwel “Joint Initiative Council”. Dat was nodig omdat met name CEN eigen (Europese) standaarden ontwikkelde voor dezelfde domeinen en toepassingsgebieden waarin o.a. HL7 reeds generiek en wereldwijd voorzag. Dat zorgde voor verwarring in de markt, concurrerende standaarden, etc. Via afstemming in het JIC wordt getracht om doublures in standaardisatie te voorkomen en harmonisatie te bevorderen. Naast HL7, CEN en ISO zijn intussen ook IHE, DICOM, GS1, IHTSDO en CDISC toegetreden.

Nationale afstemming en coördinatie

HL7 Nederland en IHE Nederland hebben, na jarenlange succesvolle bestuurlijke afstemming, in 2013 besloten om op alle operationele terreinen intensief samen te gaan werken. Dit initiatief werd van harte ondersteund door OIZ, de vereniging van ICT-leveranciers in de zorg, waarvan vele leden zowel lid van HL7 als van IHE zijn. Deze bundeling van krachten heeft intussen duidelijk vruchten afgeworpen. Ook op het niveau van landelijk beleid hebben deze drie organisaties intussen een positie verworven. Logisch, want in deze drie organisaties samen zijn alle ZorgICT leveranciers en ruim 400 zorginstellingen en zorgorganisaties vertegenwoordigd. Daarmee vervullen deze drie organisaties samen een vitale brugfunctie tussen landelijk beleid en de operationele praktijk.

Een ander belangrijk landelijk initiatief was de instelling van het SDO-overleg in 2013. SDO staat voor “standards developers organizations”. Aan het SDO-overleg nemen deel HL7, IHE, GS1, IHTSDO, Nictiz, Continua en het NEN-bureau. Doel van het SDO is het wederzijds afstemmen van activiteiten, voorkomen van doublures, samenwerken en prioriteiten afstemmen. De titel “SDO” dekt niet geheel de lading, want de leden

zijn zowel organisaties die standaarden *ontwikkelen en beheren* (HL7, IHE, GS1 en Continua) als organisaties die op landelijke schaal de *toepassing* van standaarden coördineren voor een specifiek domein (Nictiz en IHTSDO) en organisaties die standaarden *normeren* (NEN)

De landelijke coördinatie van de Zorg-ICT en van de standaardisatie is ruim 15 jaar geleden door VWS belegd bij Nictiz. Nictiz is een Stichting en opereert binnen een door VWS verstrekt mandaat, waarin is opgenomen welke rol en taken aan Nictiz worden opgedragen en welke financiering vanuit VWS daarbij wordt verstrekt als Nictiz die taken goed uitvoert. Nictiz legt periodiek verantwoording af aan VWS. Sedert de herstructurering van Nictiz in 2012 als gevolg van de verwikkelingen rond het landelijk LSP en de daarop volgende afsplitsing van die LSP-activiteiten naar een nieuwe, zelfstandige organisatie van marktpartijen (VZVZ), richt Nictiz zich specifiek en zeer actief op de Zorg-ICT en standaardisatie. Nictiz heeft in dat kader een aantal belangrijke initiatieven genomen en profileert zich thans duidelijk als een coördinerend expertiseorgaan van en voor gebruikers. Nictiz is feitelijk geen standaardisatieorganisatie (zij ontwikkelt en beheert immers in strikte zin zelf geen standaarden) maar initieert en stimuleert o.m. de landelijke toepassing van bestaande standaarden voor specifieke toepassingsgebieden via gebruikersgroepen.

In 2013 is door VWS het Kwaliteitsinstituut Zorg ingesteld. Aan dit nieuwe instituut worden door VWS ook (deel-)taken toegekend op het terrein van de Zorg-ICT en standaardisatie. Op dat terrein wordt samenwerking en afstemming met Nictiz en andere zorgpartijen verwacht. Tegelijkertijd is echter ook sprake van een toezichthoudende rol van het Kwaliteitsinstituut op allerlei terreinen en ook op Nictiz. De rol en taken van het Kwaliteitsinstituut zijn verwoord in een brief van de Minister, doch geheel duidelijk is het allemaal nog niet, evenmin als de precieze focus en prioriteiten van het Kwaliteitsinstituut ten aanzien van Zorg-ICT en standaardisatie, de afstemming met IGZ, de afstemming met het Zorginstituut Nederland (dat de standaarden in de care sector beheert) etc. Dat zal en moet binnenkort duidelijker worden.

Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft verantwoordelijkheden die zich uitstrekken tot de Zorg-ICT. Feitelijk is IGZ de enige instantie die echt formele doorzettingsmacht heeft op basis van wetgeving. De Inspectie heeft de afgelopen jaren de focus specifiek gericht op ICT-systemen in relatie tot informatiebeveiliging (o.a. via de NEN-norm 7510 en NEN7512/7513) en meer recent op patientveiligheid in de volle breedte. Zo zijn de eisen m.b.t. *alle* ICT-toepassingen die zorginformatie verwerken en bewerken, gelijkgesteld met de (zeer hoge) eisen die worden gesteld aan medisch-technische apparatuur. Ten aanzien van standaarden is de algemene lijn dat de Inspectie eist dat indien standaarden beschikbaar zijn, deze ook daadwerkelijk dienen te worden toegepast. Het niet toepassen van beschikbare standaarden is daarmee een aanzienlijke risicofactor geworden voor zowel instellingen als zorgverleners. Hoe één en ander in de praktijk zal uitpakken moet worden afgewacht.

Naast generieke standaarden zijn er een zeer groot aantal professionele standaarden in gebruik, die worden ontwikkeld en beheert door de diverse beroepsgroepen en vakgroepen in de zorg. Deze standaarden hebben vooral betrekking op zorginhoudelijke informatie en gericht op een specifieke beroepsgroep. Er is op dit moment nog geen sprake van landelijke coördinatie om deze specifieke beroepsgroepen standaarden te harmoniseren met de generieke standaarden: een essentieel gemis met het oog op de toekomst.

Tenslotte: wet- en regelgeving! In de ZorgICT hebben we te maken met zeer veel wet- en regelgeving ten aanzien van tal van onderwerpen en aspecten. Grotendeels betreft dat nationale wet- en regelgeving, doch in toenemende mate ontstaat er ook Europese wet- en regelgeving. Nog niet algemeen bekend is dat in 2013 op Europees niveau enkele zeer verstrekkende wetten van kracht zijn geworden op het terrein van (keten-)aansprakelijkheden in de zorg, toegangsrechten en informatiebeveiliging. Deze wetgeving moet in 2015 in alle EU-landen zijn ingevoerd. De impact van deze wetgeving is enorm ingrijpend en zal nog heel wat stof doen gaan opwaaien.

Nationale samenwerking

Standaardisatie vereist per definitie samenwerking *binnen en tussen* alle organisaties op *alle niveaus*:

Op uitvoerend niveau:

» Organisaties die standaarden *ontwikkelen en beheren*: HL7, IHE, IHSTDO, GS1, Continua etc., ook diverse landelijke standaarden in de cure en de care sectoren
» Organisaties die standaarden *implementeren*: zorgorganisaties in de breedste zin, ICT leveranciers (verenigd in OIZ), de Nictiz gebruikersplatformen, etc.
» Organisaties en individuen die standaarden *gebruiken*: zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars, etc.
» Organisaties die standaarden *normeren*: NEN Normcommissie, NEN Beleidscommissie

Op besturend / coördinerend niveau:

» Organisaties die een landelijke *coördinerende en stimulerende* rol hebben rond de toepassing van standaarden: Nictiz, koepels zorgsectoren, koepels zorgverleners.
» Organisaties die de toepassing van standaarden *toetsen en toezicht houden* op naleving van daarbij relevante wet- en regelgeving: Inspectie, Kwaliteitsinstituut, etc.

Op beleidsniveau:

» Organisaties die het *nationale beleid* rond standaarden vorm en inhoud geven: VWS, diverse koepels van zorginstellingen, zorgverleners en zorgverzekeraars.

Geconstateerd kan worden dat de bovenstaande indeling van niveaus, primaire rollen en taken helaas (nog) niet landelijk is vastgelegd of geformaliseerd. Bijgevolg kan elke organisatie zich in principe naar eigen goeddunken rollen en taken toe-eigenen, op elk niveau. En dat gebeurt dan ook, vooral als gevolg van onze jarenlange "poldercultuur", waarbij de overheid het afstemmen van veel taken delegeerde aan het (vrije) krachtenspel in het zorgveld.

In de visie van HL7 Nederland vereist een effectieve samenwerking tussen organisaties in de eerste plaats helderheid en eenduidigheid over en naar elkaar over rollen, taken, afbakening en positionering. Samenwerken in een "polderlandschap" slaagt alleen wanneer organisaties zich *zelf* de discipline opleggen om zich te houden bij hun primaire rol en taak en dat transparant vastleggen en communiceren naar alle betrokken partijen. Zodra organisaties daarbuiten treden en ook rollen en taken gaan vervullen die op andere terreinen of niveaus liggen dan hun primaire rol en taak, dan ontstaan er onduidelijkheden, competenties, doublures en verwarring over wie, wat en waar.

Bij alle verbeteringen rond landelijke afstemming, is het voorgaande nog steeds een belangrijk verbeterpunt rond de zorgstandaardisatie. Er zijn organisaties die rollen, taken en positie innemen op terreinen en niveaus die primair het werkterrein zijn van andere organisaties. Met als gevolg verwarring, doublures en competentieperikelen. Ten aanzien van transparantie is niet altijd helder wat alle betrokken organisaties doen, hoe hun werkwijze is, wat hun prioriteiten zijn en wat er concreet is of wordt opgeleverd of hoe daarop invloed kan worden uitgeoefend. Met als gevolg ondoorzichtige structuren, scepsis in de markt en terughoudendheid ten aanzien van samenwerking en investeringen.

Op *uitvoerend* niveau is de *horizontale* samenwerking de afgelopen twee jaar gelukkig aanzienlijk verbeterd, getuige de samenwerking tussen HL7 en IHE (met steun van OIZ) en het SDO-overleg ter afstemming van activiteiten. Zo heeft HL7 Nederland dit jaar het initiatief genomen om alle landelijke organisaties die zich met ICT-standaarden bezighouden twee keer per jaar samen te brengen in gezamenlijke tweedaagse werkconferenties. Een initiatief dat door alle deelnemers zeer wordt gewaardeerd.

Wat zeker voor verbetering vatbaar is, is de directe betrokkenheid van en samenwerking met (koepels van) zorginstellingen, zorgverleners, zorgverzekeraars en de betrokkenheid van alle zorgsectoren en gemeenten (WMO). Dat geldt onder meer voor de informatie-uitwisseling tussen de cure en de care sectoren.

Met name op besturend/coördinerend niveau en op beleidsniveau was tot zeer recent (nog) geen sprake van *transparante en zichtbare* samenwerking tussen de partijen, anders dan informele bilaterale overleggen, platformen en commissies waarover niet of nauwelijks informatie wordt gepubliceerd, waar het zorgveld geen weet van heeft en waar veelal politieke posities worden ingenomen. Het zorgveld heeft behoefte aan daadkrachtige beleidsmaatregelen, heldere afstemming en eenduidige aansturing. Dat kan en moet veel beter. De initiatieven van VWS in 2013 hebben intussen geresulteerd in het instellen van een Informatieberaad op ministerieel niveau,

met adviserende expertgroepen, waaronder de Expertgroep Standaardisatie Zorg. Zowel HL7 als IHE hebben daarin zitting genomen.

Naast verbeteringen in de horizontale samenwerking op de drie niveaus, is vooral de *verticale* samenwerking tussen de niveaus uitvoerend, besturend en beleid voor verbetering vatbaar: echte vormen van georganiseerde samenwerking, kruisbestuiving en afstemming ontbreken of zijn niet breed bekend. Initiatieven (zoals b.v. de Nationale Implementatie Agenda - NIA) zijn in de breedte van het zorgveld nauwelijks bekend, de inhoud en totstandkoming zijn voor het uitvoerende zorgveld niet transparant verlopen en de daadwerkelijke uitvoering is (nog) niet verankerd. Scherp gesteld is er geen governancestructuur die vertaling van beleid naar uitvoering en vice versa bewaakt, sluiten landelijk beleid en de uitvoering niet op elkaar aan en ontbreekt het aan landelijke coördinatie op basis van een nationaal uitvoeringsplan met mijlpalen, verplichtingen en sancties. De NIA-agenda lijkt nogal sterk afgeleid van het "Meaningful Use" programma in de USA, maar dan zonder de strakke uitrol- en beheersstructuur die men in de USA *wel* heeft ingesteld.

HL7 NEDERLAND

Visie HL7 Nederland op verbetering van de nationale samenwerking

In de visie van HL7 Nederland moeten de belangrijkste verbeteringen gericht zijn op:

- vergroten en verbreden van alle betrokken veldpartijen, regelen van directe invloed op beleid, prioriteiten en uitvoering
- toepassing van zorg-ICT standaarden door zorgverleners in alle sectoren en beroepsgroepen stimuleren en waar nodig en mogelijk verplicht stellen
- afstemmen van rollen, taken en werkvelden van standaardisatie organisaties
- verbeteren van transparantie en publicatie van activiteiten door beleidsorganen en coördinerende organen

Hiertoe moeten ons inziens de volgende concrete initiatieven worden genomen:

- Alle partijen dienen tezamen een nota op te stellen waarin de primaire rollen, taken en posities van alle partijen op alle niveaus helder en eenduidig worden vastgelegd, zonder horizontale en verticale doublures. Bestaande overlappingen en onduidelijkheden dienen te worden geëlimineerd. Deze nota dient formeel en politiek te worden bekrachtigd.
- Een landelijke structuur waarin zowel de horizontale coördinatie op elk van de niveaus beleid, besturing en beheer wordt vastgelegd als de verticale coördinatie, opdat de afstemming tussen beleid, besturing en uitvoering wordt verankerd. Het beëindigen van de huidige situatie waarin sommige partijen zonder mandaat op eigen titel op meerdere of zelfs op alle drie niveaus acteren.
- Alle partijen dienen periodiek hun activiteiten en planningen te publiceren.
- Op beleidsniveau dienen keuzes te worden gemaakt met betrekking tot standaarden, dienen maatregelen te worden genomen om via wet- en regelgeving te verankeren dat deze standaarden daadwerkelijk worden ingevoerd ("pas toe of leg uit waarom niet") en dient het toezicht op naleving daarvan helder te worden belegd. De recente instelling van het VWS Informatieberaad vormt hiervoor een belangrijke aanzet.
- Koepels van zorgsectoren, zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars dienen op alle drie niveaus actief deel te nemen, met last en ruggenspraak en dienen hun achterbannen actief en krachtig te stimuleren om beleid en uitvoering ten aanzien van standaarden na te leven. Ook dit aspect zal via het VWS Informatieberaad invulling krijgen.
- Jaarlijks dient een nationaal standaardisatiecongres te worden belegd, waar partijen naar elkaar verantwoording afleggen, waar input voor beleid en projecten wordt gegeven en waar gezamenlijk prioriteiten worden vastgesteld op elk niveau.
- Van alle samenwerkingen, afstemmingen en coördinerende bijeenkomsten dienen de data, agenda's en besluiten open en publiek te worden gepubliceerd. Alle bijeenkomsten dienen openbaar toegankelijk te zijn. Open standaarden vereisen open verhoudingen en open communicatie!

> *HL7 Nederland heeft in 2014 het initiatief genomen om voor het eerst in de geschiedenis alle landelijke partijen die betrokken zijn bij zorg-standaardisatie uit te nodigen ...*

Hoe verder?

De hiervoor genoemde maatregelen zijn in de visie van HL7 Nederland noodzakelijke maatregelen. Het zijn stuk voor stuk allesbehalve ingewikkelde, dure of tijdrovende exercities, integendeel. Het zijn betrekkelijk eenvoudig en snel te realiseren acties die – ironisch genoeg – vrijwel iedereen wenselijk, logisch en nuttig zal vinden. En toch gaat het allemaal langzaam. Voornaamste oorzaak: de Overheid heeft zichzelf tot voor kort op afstand gezet, het veld heeft het zelf geprobeerd maar kan zichzelf maar moeizaam organiseren want er is geen sturende kracht. Intussen ondervindt ook VWS zelf praktisch en politiek behoorlijke last van het gebrek aan organisatie, transparantie en standaardisatie van informatie: de landelijke beleidsinformatie is lang niet altijd eenduidig en consistent. VWS is daarom in 2014 gestart met het hernieuwd innemen van een leidende positie in de zorginformatie, onder meer met het instellen van een Informatieberaad. Zodra dat op gang komt mag hopelijk blijken dat de verticale samenwerking een stuk eenvoudiger en sneller tot stand zal komen.

De oplossing voor deze impasse is eenvoudig: laten de partijen op elk van de drie niveaus zelf het initiatief nemen, elkaar actief opzoeken en starten met horizontaal beter te gaan samenwerken. Wachten op elkaar of op de Overheid is zinloos. Doorgaan met de huidige vermengingen van rollen en taken en met alle onduidelijkheden en gebrek aan transparantie van dien is eveneens zinloos. Het duurt allemaal veel te lang. En dat voor een klein land als Nederland, waarvan de schaal in het niet valt bij wat er op diverse plaatsen wereldwijd lokaal en regionaal is gepresteerd met betrekking tot standaardisatie. Vaak op een schaal die vele malen groter is dan de onze.



Bert Kabbes
bestuurslid

Standaardiseren doe je samen!

De daad bij het woord voegend, heeft HL7 Nederland in 2014 het initiatief genomen om voor het eerst in de geschiedenis *alle* landelijke partijen die betrokken zijn bij zorgstandaardisatie uit te nodigen om deel te nemen aan de HL7 Nederland Working Group Meeting, door op dezelfde data en dezelfde locatie hun vergaderingen en bijeenkomsten te houden. Alle deelnemende organisaties hielden daar hun eigen bijeenkomsten met eigen agenda's, doch parallel daaraan werden in totaal zo'n 55 open werksessies gehouden waarin kruisbestuiving, kennismaking, afstemming en samenwerking hebben plaatsgevonden. In de diverse sessies is concreet gewerkt aan het samen uitbouwen van de HL7 standaarden en IHE profielen, het verbeteren daarvan en het maken van nieuwe implementatie-documenten voor nieuwe zorgprocessen en zorgdomeinen. Zie de HL7 website (www.hl7.nl) voor een samenvatting van alle acties en resultaten.

Het enthousiasme bij de 190 deelnemers was groot en dus gaan we als HL7 Nederland op dat spoor verder werken aan de verwezenlijking van de visies en noodzakelijke initiatieven zoals hiervoor uiteen zijn gezet.

Een ander bijzonder belangrijk initiatief dat eind 2014 door HL7, IHE en Nictiz is ondernomen is het opstellen en uitrollen van een 7-lagen model voor interoperabiliteit in de zorg. Dit model bevat op elk van de niveaus – van beleid tot en met techniek – een checklist van de acties die ondernomen en ingevuld dienen te worden bij elk project waarin informatie-uitwisseling en standaardisatie een rol speelt. Het voornemen is om dit model in 2015 via het Informatieberaad als landelijk verplicht toe te passen aanpak uit te doen rollen. Daarmee wordt verzekerd dat alle stappen in een interoperabiliteitsproject juist, tijdig en volledig worden doorlopen.

We gaan het zien!

Thema gezamenlijk Jaarcongres IHE Nederland en HL7 Nederland

Samen beter, ís beter!

Op 14 november 2014 organiseerden IHE Nederland en HL7 Nederland hun eerste gezamenlijke Jaarcongres in !Spant te Bussum. 'We willen met één stem optreden', was het motto. We spraken met beide voorzitters, Tie Tjee namens IHE Nederland en Robert Stegwee namens HL7 Nederland.

IHE, Integrating the Healhtcare Enterprise, richt zich op de procesgang en integratie van ICT-systemen in ziekenhuizen met als doel een efficiënt en effectief zorgproces en een optimale medische zorg voor de patiënt te bevorderen. Om dit doel te bereiken heeft IHE standaarden nodig, afkomstig van internationaal opererende standaardisatieorganisaties zoals HL7, Health Level Seven. Oftewel: 'Zonder hen hebben we niets', aldus Tie Tjee. Het is dan ook niet verwonderlijk dat juist deze organisaties elkaar opzoeken om een Jaarcongres te organiseren. Immers: Samen beter!

Eén lijn

Volgens Robert Stegwee is het noodzakelijk om ook op operationeel niveau op één lijn te zitten. Samenwerking met IHE is onontbeerlijk. "We opereren los van elkaar, maar wat we doen, moet wel bij elkaar komen. Kijk je bijvoorbeeld naar de afstemming tussen nationaal en internationaal, dan merk je dat er internationaal soms keuzes worden gemaakt binnen HL7 en IHE, die we op lokaal niveau weer moeten glad strijken. Neem de Farmacie. Tussen wat IHE en HL7 op dit gebied hebben, zit een versieverschil. Dat brengt de markt in verwarring. We moeten hier samen een antwoord op geven. Het niet overlaten aan de individuele klanten." De wil tot samenwerking is er. Dat blijkt onder andere ook uit het samenvallen van de IHE Nederland Stuurgroepvergadering met de HL7 Nederland Working Group Meeting op 7 en 8 oktober 2014. Tijdens deze dagen werd intensief samengewerkt aan de uitbreiding en toepassing van HL7 en andere standaarden. Uniek is, dat naast IHE en HL7 ook alle andere landelijke standaardisatieorganisaties aanwezig waren: Nictiz, IHTSDO, OIZ, SDO, Nictiz/VZVZ Klankbordgroepen Medicatieproces en Huisartsenwaarneming, VZVZ Klankbordgroep Infrastructuur, NEN Beleidscommissie, GS1, de GGZ-sector en het iCare Platform.

Gezamenlijk jaarcongres

Samen de focus hebben op standaardisatie in de wereld van de zorg en ICT. Dát is de weg die





De nieuwe opzet van het congres heeft, mede door alle sprekers te vragen het meerlagen model voor interoperabiliteit als leidraad te gebruiken voor hun bijdrage, veel meer begrip voor elkaars rol gegeven aan zowel de gebruikers- als de leverancierszijde. Diversiteit van inzichten wordt hiermee een kracht!

– Tie Tjee, leveranciersvoorzitter IHE Nederland

Nederland inslaat. Met één stem optreden en vervolgens samen met de overheid werken aan een efficiënte en veilige informatievoorziening in de zorg. IHE Nederland en HL7 Nederland toonden op het eerste gezamenlijke jaarcongres dat de wil er is met de nodige resultaten van dien. Ook de bezoekers waren nieuwsgierig naar de nieuwe aanpak. Meer dan 170 mensen bezochten deze dag.

Van Integrated Care naar Registratie aan de Bron

Leveranciersvoorzitter IHE Nederland, Tie Tjee, en voorzitter HL7 Nederland, Robert Stegwee, openden het officiële gedeelte van het congres.

Open standaarden zijn de norm, lieten de voorzitters weten. Uitgangspunt is een gelijk speelveld, interoperabiliteit en keuzevrijheid. En let wel, daarbij gaat het niet over concurrentie tussen standaarden, maar om concurentie op basis van één gemeenschappelijke set van standaarden. Ook het zogenaamde meerlagenmodel kwam ter sprake; het verbinden van alle lagen met elkaar. Een model dat herhaaldelijk – zo zou later blijken – terug kwam in andere presentaties.

Vervolgens was het woord aan dagvoorzitter Nick Guldemond, in het dagelijks leven Associate Professor Integrated Care & Technology in het UMC te Utrecht en voorzitter van de Beleidscommissie Zorg en ICT van NEN. In zijn lezing ging hij in op Integrated Care, zowel binnen (health care systems) als buiten (home care en assisted living) zorginstellingen alsook tussen de communities zelf.

Bas van Vliet, Informatiemanager RIVM-CvB, vervolgde de ochtend met een lezing over de complexheid van de uitrol van standaarden. Iets wat simpel lijkt, maar het niet is. Hij gebruikte hierbij onder andere het voorbeeld van het bevolkingsonderzoek darmkanker. ‘Als alles van te voren op verschillende niveaus goed in kaart is gebracht, lijkt het simpel. Maar gebeurt dat wel? Het kost veel tijd, geld en vasthoudendheid, het is een proces.’ Wat helpt volgens Van Vliet, is onder andere het volgen van het IHE-ontwikkelpad.

Cees Buren, lid Raad van Bestuur van Radboud UMC en lid van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) sloot de plenaire ochtendsessie af. Hij nam de bezoeker mee in de wijze waarop UMC’s en Nictiz in gezamenlijkheid werken aan de implementatie van een toekomstbestendige registratie volgens de NFU-visie ‘Registratie aan de Bron’.

Patiënt en zorgprofessional

Zowel voor als na de lunchpauze konden de bezoekers kiezen uit verschillende workshops, met onderwerpen als de visie van VZVZ op landelijke diensten en (boven)regionale uitwisseling, landelijke registraties naar de bron en het hoe uitwisselen van medische gegevens tussen regio’s.

Key-note spreker Jan Vesseur, projecthoofdinspecteur patiëntveiligheid en zorg ICT bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) sloot de dag af met een verhaal over de rollen van zorgprofessional en patiënt bij het uitwisselen van gegevens over de patiënt. Wat moet er gebeuren om het uitwisselen te verbeteren? Welke instrumenten zijn er om de continuïteit van de zorg te bewaken, alsook de kwaliteit. Aan welke instrumenten denken we bij research en bij verantwoording afleggen en toetsing? Ook ging Vesseur in op patiëntenportalen; een mogelijkheid voor patiënten om via internet toegang te



De nieuwe opzet van het Jaarcongres gaf mij veel inspiratie om meer samen te werken en meer van elkaars ervaringen te leren. In de parallelsessies werd heel duidelijk hoe dat in de praktijk verder vorm kan krijgen. Plenair werd glashelder de noodzaak neergezet om op alle lagen samen te standaardiseren.

– Robert Stegwee, voorzitter HL7 Nederland

krijgen tot zijn medische gegevens bij specifieke zorgaanbieders. Heel mooi, maar aan het gebruik van die patiëntenportalen hangen voorwaarden. Denk aan acceptatie door hulpverleners, het vertrouwen van patiënten in betrouwbaarheid en privacy en uiteraard standaardisatie!

Geen eilandjes

Het is duidelijk voor de bezoekers aan het jaarcongres. Dat er alle fronten wordt hard gewerkt aan interoperabiliteit en standaardisatie in de zorg. De 'eilandjes' verdwijnen langzamerhand. De tijd is rijp voor gezamenlijkheid. IHE Nederland en HL7 Nederland hebben met het Jaarcongres een goede stap in deze richting gezet. Een stap die uitnodigt om in de toekomst op deze weg van SAMEN BETER verder te gaan, ook met GS1, Nictiz, NEN en Z-Index.



HL7 University

HL7 University biedt in het voorjaar van 2015 weer diverse cursussen aan, die u kunnen helpen uw interoperabiliteitsproblematiek op te lossen. Het gaat om cursussen HL7 versie 2, HL7 FHIR, HL7 versie 3, HL7 CDA en de NFU Generieke Gegevensoverdracht.

Aandacht voor regionale initiatieven

Bij cursussen als HL7 versie 2 en DICOM zijn de deelnemersaantallen relatief constant: dit zijn stabiele basisstandaarden die met name gebruikt worden binnen één organisatie. Met name op het gebied van IHE XDS (een mechanisme om documenten en beelden organisatie overstijgend te delen) en CDA (een eDocument formaat voor de zorg, bijvoorbeeld gebruikt voor de NFU GoG specificatie) zien we significante groei. Het cursusaanbod en de deelnemersaantallen reflecteren de toename van het aantal regionale initiatieven om gegevens uit te wisselen.

De Generieke Overdrachtsgegevens (GenO-Geg, of GoG) is een initiatief van de NFU om te komen tot een CDA eDocument waarin de belangrijkste gegevens benodigd voor een overdrachtssituatie aanwezig zijn. In feite vormt het document een 'medische samenvatting', een type CDA document dat internationaal het meest geïmplementeerd wordt. De GoG specificatie bevind zich op dit moment nog in de afrondingsfase – wij bieden er nu al een cursus over aan in de verwachting dat deze specificatie breed geïmplementeerd zal gaan worden. De cursus beschrijft de informatiemodellen (klinische bouwstenen) en implementeerbare gegevensstructuren (HL7 CDA).

De belangstelling voor de IHE XDS specificatie (en verwante IHE specificaties, evenals de CDA standaard) vanuit de regionale initiatieven en de grotere ziekenhuizen neemt toe – als enig reeds ontwikkeld alternatief voor de LSP. Naar verwachting zullen de diverse regio's op termijn ook onderling gegevens willen uitwisselen.

Overzicht van standaarden

Voor hen die geen enkele genoemde standaard kennen, of slechts kennis hebben van één ervan, bieden zowel HL7 als IHE cursussen aan, zij het voor verschillende doelgroepen:

- De IHE cursus "Introductie IHE/HL7/DICOM" is bedoeld voor een brede doelgroep met (enige) IT achtergrond, en biedt een overzicht van de belangrijkste kenmerken van de diverse standaarden evenals hun onderlinge samenhang.
- De HL7 cursus "Interoperabiliteit voor beleidsmakers" is bedoeld voor beleidsmakers en projectmanagers. Deze cursus (die naar wens 2 of 4 uur duurt) wordt uitsluitend on-site verzorgd, met name in de voorbereidingsfase van de invoering van een nieuw ZIS of EPD.

Cursusagenda

De planning van de cursussen, wat betreft de eerste helft van 2015 is als volgt:

» HL7 Versie 2: 14/15 April
» HL7 CDA / GoG: 21 April
» HL7 FHIR: 23 April
» Interoperabiliteit voor beleidsmakers: op aanvraag
» Introductie IHE/HL7/DICOM: 10 Maart en 11 Juni (IHE)
» IHE XDS en regionale uitwisseling: 20/21 Mei (IHE)
» DICOM basic: 28 Januari, 27 Mei (IHE)
» DICOM advanced: 29/30 Januari (IHE)

De cursussen voorzien van IHE worden aangeboden via IHE Academy, zie http://www.iheacademy.nl voor details. Zie http://aa5.nl/snOxf2 (PDF) voor de volledige cursusagenda en beschrijvingen van de cursussen.



In deze rubriek vertelde ik al eerder over het wel en wee van FHIR, de nieuwste telg in de HL7 familie, waar ik actief aan bijdraag. Sindsdien is er internationaal hard gewerkt aan de standaard en is het goed om zowel (even) achteruit als vooruit te kijken.

De grootste stap die we begin vorig jaar zetten, is het publiceren van FHIR in een eerste, "vroeg puberale vorm", formeler bekend als de *DSTU 1*, oftewel de eerste *Draft Standard for Trial Use*. Voor diegenen die aan de standaard werken betekende dat vooral een einde aan een creatieve periode van het maken van de standaard en het daarna verwerken van binnenkomende suggesties voor verbeteringen. Het signaleert ook een fase van FHIR waarin we als HL7 geloven dat de tijd rijp is voor het uitproberen van hetgeen in de twee jaar daarvoor bedacht en op schrift gesteld is. Waar vóór de DSTU de standaard nog bijna elke dag veranderde, is de tekst van de specificatie nu een (dik) jaar bevroren, zodat ontwikkelaars niet meer op een bewegend doel hoeven te schieten.

Vervolgens is het natuurlijk belangrijk dat er ook partijen zijn die FHIR in de praktijk gaan proberen. Hierover hebben we als HL7 niet veel contrôle, wat we kunnen doen is de standaard aantrekkelijk maken en de drempel voor ontwikkelaars laag houden. En natuurlijk zorgen dat zij

die hun nek uitsteken voor ons door de standaard uit te proberen voldoende ondersteund worden. Dit is de fase waarin we nu beland zijn. De aandacht van de industrie voor onze DSTU1 is gelukkig groot: zowel kleine partijen (voornamelijk de mobiele ontwerpers) als enkele zeer grote partijen (waaronder de Amerikaanse “Nictiz” - de ONC, een ziekenhuis als Intermountain Healthcare, een leverancier als Epic, maar bijvoorbeeld ook de Britten) zijn druk bezig met proefimplementaties. Hier bovenop komen nog de drie “hackathons” die jaarlijks worden gehouden en die over het algemeen bezocht worden door zo’n 30 bedrijven. Ook is er nog het speciale Skype-kanaal voor actieve ontwikkelaars met meer dan 100 leden.

Al deze feedback wordt meegenomen in het standaardisatieproces dat leidt tot de volgende fase in de levenscyclus van FHIR, die weinig verrassend “DSTU2” zal heten en de “vroeg-volwassen vorm” zou moeten worden, ergens medio 2015. De DSTU2 richt zich op het verbeteren van de bestaande specificatie en voegt nieuwe elementen toe: vooral rondom overdracht van zorg, planning, beschikbaarheid en financiële instrumenten worden er nieuwe “resources” toegevoegd, met als doel de volledige informatiebehoefte van de Amerikaanse “C-CDA” (en dus de eisen van Meaningful Use) te kunnen dekken. Er is echt nog een groot onderscheid in focus tussen de huidige DSTU1 en DSTU2: De eerste versie richtte zich noodzakelijkwijs op de definitie van de basisgegevens maar ook vooral het beschrijven van de (technische) infrastructuur, noodzakelijk om gegevens uit te kunnen wisselen en terug te kunnen vinden. In DSTU2 kijken we vooruit naar wat volgt op de fase: het ondersteunen van lokale “implementatiegidsen” en “profielen” die de universele FHIR-specificatie aanpassen voor specifiek landelijk (of zelfs specialisme of branche-specifiek) gebruik. Hierbij hoort het aanleggen van (intern)nationale bibliotheken van uitbreidingen op FHIR en het ontwikkelen van tooling om deze profielen te kunnen schrijven, en te gebruiken bij testen en validatie van softwaresystemen. Ook in Nederland zijn we voorzichtig begonnen aan het nadenken over een (nationale) strategie voor het uitwerken van deze profielen.

De inspanningen door HL7 en software-leveranciers levert op dit moment een groeiende schare aan (open-source) implementaties van FHIR op, die als voorbeeld dienen voor anderen. Ook neemt hierdoor de kennis over de standaard toe en verspreidt zich buiten de initiële vaste kern in de vorm van blogs. Dit “community building” is ons inziens een belangrijke levensader voor een standaard en een hoofddoel is het bereiken van diegenen die normaal buiten het zicht blijven van onze standaardisatie-activiteiten: ontwerpers en ontwikkelaars bij de softwareleveranciers. Onder wie velen die tot voor kort nog niet van HL7 gehoord hadden. Hiermee bereikt FHIR zijn secundaire doel: marktvergroting van het gebruik van HL7 standaarden en het weer in de spotlights brengen van HL7 als partner voor leveranciers.

De kennis van deze nieuwe “community”, de ervaren oud-gedienden en de (financiële) investeringen die een aantal grote partijen op dit moment ondernemen om FHIR naar de volgende versie te brengen zijn een enorme hulp én zorgen er voor dat de prioriteiten van het verder ontwikkelen van de standaard komen te liggen waar ze horen: het ondersteunen van het bouwen van goed testbare en implementeerbare systemen aan de hand van concrete use-cases die bij de leden van HL7 leven. Of dat nu grote commerciële bedrijven zijn, kleinere vernieuwende app-ontwikkelaars of nationale standaardisatieorganisaties.

Ondertussen is het dus volle kracht vooruit voor het Kernteam en alle meewerkende werkgroepleden om DSTU2 en ondersteunende tooling “af” te krijgen, zodat deze rond juni 2015 kan worden gepubliceerd. Tevens ligt het in de planning om rond die termijn de eerste grote pilots af te ronden. Daaraan zullen we natuurlijk in een volgend magazine aandacht besteden!



Ewout Kramer
Adviseur techniek en architectuur, Furore



De afgelopen 22 jaar bestond de HL7 organisatie uit het Bestuur en diverse domeingerichte Technische Commissies (TC's), waarvan de voorzitters samen zitting namen in de Technische StuurCommissie (TSC). Zo hadden we een TC Infrastructuur, een TC Patiënten Administratie en Financieel Management en een TC Orders en Observaties. Na een interne wijziging binnen HL7 International zijn ook binnen HL7 Nederland alle TC's omgedoopt tot werkgroepen (WG's). De werkgroepen kwamen gemiddeld zes keer per jaar bijeen om te werken aan de standaarden. Daarnaast werden binnen dezelfde werkgroepen de binnengekomen vragen uit het land beantwoord. Door de tomeloze inzet van de vrijwilligers in deze werkgroepen waren dit succesvolle jaren. Via de TSC werden de voorzitters van de verschillende WG's onder andere op de hoogte gehouden van de diverse ontwikkelingen binnen de verschillende domeinen.

De tijden veranderen echter en daarmee veranderden ook rol en taken van de HL7 organisatie. We waren te weinig bezig met actuele problemen, er was gebrek aan afstemming en samenhang tussen de diverse domeinen en de hoeveelheid werk was in de loop der jaren behoorlijk toegenomen. Dat leidde onder andere tot meer werk dan we aankonden, tijdverlies en veel communicatielagen. Intussen nam de aandacht voor Zorg & ICT en daarmee standaardisatie in tal van nieuwe domeinen steeds meer toe. Dat alles heeft het Bestuur en TSC achter de oren doen krabben. Er moest iets gebeuren om de stichting HL7 Nederland succesvol te laten blijven.

Midden vorig jaar is de transitie op gang gekomen om HL7 Nederland weer op een niveau te brengen waarbij naast de ontwikkeling en het beheer van de standaarden ook ruimte is om de actuele problemen aan te pakken. Na veel overleg over allerlei opties is besloten om de organisatie om te bouwen naar een organisatie die gericht is op de projectmatige ontwikkeling van nieuwe producten en het beheer van bestaande producten. Inmiddels is deze nieuwe structuur goeddeels gerealiseerd. De reden om over te stappen naar een gescheiden project- en beheerstructuur was vooral omdat steeds meer standaardisatieonderwerpen betrekking hebben op meerdere HL7 domeinen en meerdere HL7 standaarden. Met de oude domeingerichte organisatie kon daar niet meer effectief op worden ingespeeld.

In de nieuwe structuur zien we dus projectgroepen en beheergroepen ontstaan. Projectgroepen zijn gericht op het realiseren van nieuwe modellen, standaarden of implementatiegidsen, veelal rondom nieuwe initiatieven of nieuwe domeinen. Beheergroepen houden zich bezig met het up-to-date houden van documentatie en implementatiegidsen ten gevolge van nieuwe internationale versies en veranderende inzich-

ten, maar ook het beantwoorden van vragen van leden (Q&A). Uiteraard zijn er ook activiteiten, al dan niet projectmatig, die vooral de eigen organisatie van de stichting ten goede komen, zoals het beheer van de website of de ontwikkeling van een marketingplan.

Voorstellen voor projecten kunnen worden aangeleverd vanuit de leden door het hele land. Maar ook niet-leden kunnen met hun relevante vragen bij ons terecht. Het voordeel van deze manier van werken is dat alle verschillende experts, die nodig zijn om de vraag te kunnen beantwoorden, bij elkaar in één van de projectgroepen samenwerken. Tevens wordt hierdoor de tijd om tot een oplossing te komen verkort.

Naast deze manier van werken is namelijk ook de vergaderstructuur aangepakt. We merkten dat zes á zeven keer per jaar een paar uur bij elkaar komen gewoon te weinig was om efficiënt te kunnen werken. Als onderdeel van de organisatieverandering hebben we besloten om het internationale model te gaan volgen en twee keer per jaar een meerdaagse nationale HL7 Nederland Working Group Meeting te organiseren. Twee dagen met alle experts de koppen bij elkaar steken en ter plekke samen het werk doen. In 2014 hebben we in april en oktober we de eerste twee tweedaagse NL WGM gehouden. Op deze dagen stonden die onderwerpen en vraagstukken centraal, die leden hadden aangedragen en die potentie hadden om in projectvorm uitgediept te worden.

Zo is er op beide NL WGM's veel kennis overgedragen over de nieuwe FHIR-standaard en zijn er afspraken gemaakt hoe we in Nederland met FHIR-profielen om willen gaan en hoe er een discussieplatform kan worden ingericht om direct commentaar te leveren op voorgestelde profielen. Vervolgens zijn de eerste stappen gezet binnen een nieuw project om rondom Administrative Management de bestaande domeinkennis naar FHIR-profielen en extensies om te zetten. Maar ook eMeasures (verzamelen van relevante gegevens t.b.v. kwaliteitsindicatoren), uitwisseling van laboratoriumgegevens tussen laboratoria onderling en het vormgeven van de patiënttoestemmingen zodat systemen goed kunnen communiceren over de informatie waarvoor de patiënt toestemming heeft gegeven om deze verder te delen, zijn uitgebreid aan bod gekomen. En uiteraard was het beheer van alle documentatie en implementatiegidsen ook een belangrijk onderwerp tijdens deze dagen.

Naast de vele HL7 vrijwilligers waren ook experts uitgenodigd van niet-HL7 organisaties zoals IHE, Nictiz, NEN en GS1. Vooral het feit dat een groot aantal van onze zuster-/partnerorganisaties hun najaarsvergaderingen tijdens de tweede NL WGM op dezelfde locatie hebben gehouden, wat heeft gezorgd voor veel productieve kruisbestuiving tussen groepen die elkaar anders maar beperkt tegenkomen. Daarmee zal de onderlinge afstemming en samenwerking nog veel beter uit de verf kunnen komen. Al met al kunnen we terugkijken op twee succesvolle en productieve sessies.

Een ander nieuw aspect van de organisatieverandering was het idee om alle operationele zaken te gaan beleggen bij een HL7 Kernteam, ondersteund door een zogenoemd Coördinatie Team (CT). Bedacht was dat het CT een wisselende samenstelling zou hebben, afhankelijk van de op dat moment lopende projecten. Tijdens de 1e NL WGM kwam echter naar voren dat dit leidde tot onduidelijkheden over de rol en taken van het CT. Dit zou bijvoorbeeld betekenen dat alleen leden van lopende projecten zitting konden nemen in het Coördinatie Team, andere leden met veel ervaring en behoefte om mee te praten geen CT-lid zouden zijn en het niet goed mogelijk bleek om taken en bevoegdheden tussen Kernteam en CT helder af te bakenen. Omdat helderheid, snelheid van acteren en betrokkenheid van alle leden voorop moeten staan, heeft het bestuur op advies van en in samenspraak met het Kernteam besloten om afscheid te nemen van de term Coördinatie Team. De centrale coördinatie van alle operationele taken ligt dus op één plek: het HL7 Kernteam.

Afscheid nemen van het Coördinatie Team betekent echter niet dat we ook afscheid willen nemen van de vrijwilligers die zich jarenlang enthousiast en succesvol hebben ingezet voor HL7 Nederland. Integendeel zelfs! Het Kernteam is verantwoordelijk voor het organiseren van de coördinatie van alle operationele werkzaamheden en is bevoegd hier besluiten over te nemen. Hiertoe zal het Kernteam tijdens de WGM, maar waar nodig ook tussendoor, bijeenkomsten organiseren met de trekkers van de onderwer-

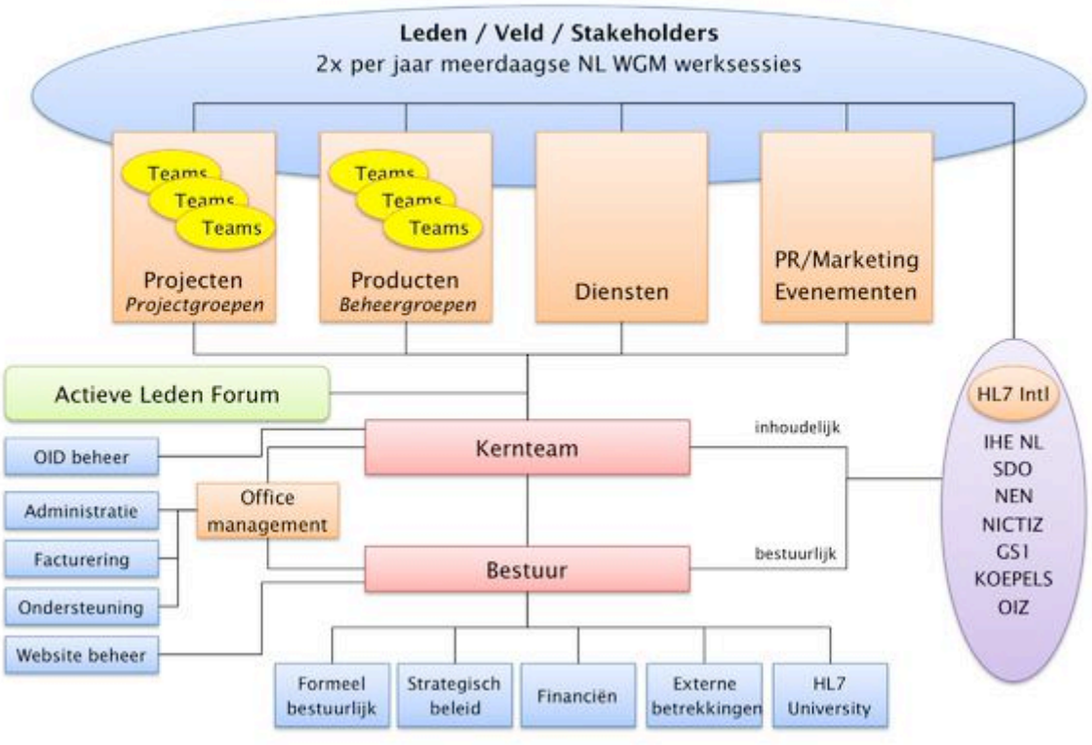
pen die op dat moment op de agenda staan. Maar het Kernteam kan en wil dit zeker niet alleen en wil gebruik blijven maken van de kennis en inbreng van de groep vrijwilligers die de afgelopen 22 jaar als TSC, TC's en WG's de kar hebben getrokken. Maar ook van die HL7 leden die graag direct betrokken willen worden bij de invulling van de rol en taken van onze Stichting. We hebben daarom het "Actieve Leden Forum" opgericht voor al die leden die graag mee willen bepalen hoe de activiteiten van HL7 Nederland in de breedte vorm krijgen, los van een eventuele rol in een projectgroep of beheergroep. Ieder lid van HL7 Nederland kan zich aanmelden voor dit Forum en we roepen iedereen op daarvan gebruik te maken! De leden van dit Forum zullen door het Kernteam expliciet uitgenodigd worden voor de diverse bijeenkomsten. Van deze actieve leden wordt wel verwacht dat ze zich ook actief voorbereiden op en bemoeien met de discussies en de daaruit volgende acties. Het is dus geen vrijblijvende rol.

In het kort ziet de nieuwe organisatiestructuur van HL7 Nederland er nu uit zoals in onderstaande figuur is weergeven. In hoofdlijnen komt het er op neer dat onder verantwoordelijkheid van het bestuur er een Kernteam actief is.

Dit team bestaat uit 3 á 4 mensen die verantwoordelijk zijn voor:

- de organisatie van de Nederlandse HL7 WGM's
- het beoordelen, vaststellen en bewaken van uit te voeren projecten
- het organiseren van het beheer van alle HL7 producten inclusief vragen & antwoorden
- de operationele afstemming en samenwerking met landelijke zuster- en partnerorganisaties
- het organiseren van de inbreng in de internationale HL7 ontwikkelingen via de HL7 International WGM's

HL7 Nederland is er altijd trots op geweest dat de organisatie gedragen wordt "door en voor" onze leden. Het zijn immers de leden die de koers, prioriteiten en inhoud bepalen. Indien u actief mee wilt denken hoe HL7 Nederland naar een nieuw hoger niveau te brengen, dan roepen wij u op om u aan te melden als lid van het "Actieve Leden Forum". Dit doet u door in te loggen op de HL7 website en via Mijn Menu te kiezen voor Groepen/Alle groepen. Daar kunt u zich bij de groep Actieve Leden Forum aanmelden en zult u direct kunnen participeren. We hopen dat we gebruik kunnen (blijven) maken van de kennis, ervaring en opinies van velen van onze enthousiaste leden!





De vlag in top

2e HL7 Nederland Working Group Meeting



Dinsdag 7 en woensdag 8 oktober 2014 wapperde de HL7 vlag bij Motel de Witte Bergen. Vrijwel iedereen die iets te maken heeft met informatie-uitwisseling in de zorg en de standaardisatie hiervan was hier bij elkaar om oplossingen uit te werken en nieuwe toepassingen te verkennen. Naast het eigen HL7 Nederland programma waren er bijeenkomsten van IHE Nederland, het iCare Platform en het SDO overleg van GS1, HL7, IHE, IHTSDO, NEN en Nictiz. Ook VZVZ, OIZ en de NEN Beleidscommissie Zorg Technologie en Organisatie mengden zich met hun vergaderingen in het programma van beide dagen. Onderstaande impressie doet het bruisende karakter van de bijeenkomst uiteraard geen recht.

HL7 Projecten en Verkenningen

De **FHIR**-bijeenkomsten laten zien dat de ontwikkelingen snel gaan. Na een update van de huidige stand van zaken zijn de laatste ervaringen uitgewisseld en is gekeken naar de mogelijke toepassing bij een *serious game* voor jongeren met autisme. Dit blijkt op basis van de huidige conceptversie (DSTU) al heel goed mogelijk te zijn. Rondom **informatiebeveiliging** is gekeken hoe de wetgeving de verschillende interoperabiliteitsniveaus beïnvloedt. Hiermee blijkt het mogelijk te zijn om de impact van wetgeving en normen goed weer te geven en tevens te laten zien waar er lacunes of zelfs tegenstrijdigheden zitten. Dit zal een stevige slag verder uitgewerkt worden.

Met een paar instellingen en leveranciers in de **GGZ** werden de meest acute problemen onderkend, met name waar het gaat om de aansluiting tussen eHealth modules, waarin patiënt/cliënt en behandelaar op afstand samenwerken aan de behandeling. Er zijn op standaarden gebaseerde oplossingen voorhanden, maar die worden nog maar zeer beperkt ingezet. Ook de voorkeur van eHealth leveranciers voor Webservices speelt hier een rol. Er is behoefte aan een GGZ brede implementatiegids waar zowel eHealth als EPD leveranciers aan meewerken.

In de sessies over **terminologie en SNOMED** is veel uitleg over het onderwerp gegeven. Er is afgesproken meer aandacht te besteden aan voorlichting, uitleg en concrete toepassingen. Ook rapportage vanuit de internationale *HL7 Terminology Authority* zal breder gedeeld worden. Dit is een belangrijke ingang naar de organisaties die zich internationaal met terminologie bezig houden. Als concreet voorbeeld is een toelichting



gegeven op het datalandschap binnen UMCG en EMCR. De **functionele modellen** voor EPD en PGD landen (nog) niet in de landelijke projecten zoals iZiekenhuis, Registratie aan de Bron of PGD Kader 2020. Een vertaling is nu dus nog niet aan de orde, maar publiceren van de beschikbare materialen staat wel op de agenda.

Om de uitwerking en het gebruik van V3 standaarden te vereenvoudigen wordt door een aantal partijen, waaronder Nictiz en RIVM, inmiddels gebruik gemaakt van de **ART-DECOR** tool. De ondersteuning vanuit deze tool kan worden verbeterd voor systeemleveranciers die nieuwe versies moeten implementeren van bijvoorbeeld de berichten rondom de landelijk darmkankerscreening. Binnen het project **patiënttoestemmingen** is een presentatie gegeven over het IHE BPPC profiel. Vervolgens zijn de eigen use-cases geïnventariseerd. Daarmee is de basis gelegd om volgende keer gestructureerd aan Nederlandse specificaties te werken.

In de sessies over **Orders & Observations** is vooral aandacht besteed aan Lab2Lab en antibiotica resistentie. Er moeten voor Lab2Lab twee parallelle trajecten komen: communicatie en eenheid van taal. Anders gaan de verkeerde mensen de verkeerde dingen doen, of wachten op acties van anderen die niet weten dat ze “iets” moeten doen. Het projectvoorstel van Nictiz zal worden gedeeld, zodat er voortgang zal komen zonder overlap.

Last but not least is er stilgestaan bij **eMeasures**, in combinatie met DCM’s en functies uit het EHR-S FM: een manier om te specificeren hoe kwaliteitsinformatie uit een klinische database of datawarehouse kan worden verkregen en aan welke registratie-eisen dan moet worden voldaan. Hiermee wordt aangesloten bij de toenemende aandacht voor kwaliteitsregistraties binnen wetenschappelijke verenigingen en kwaliteitsindicatoren in het beleid van overheid en verzekeraars.

Beheer en bestuur

Binnen de **beheergroep** is afgesproken om een standaarden registry op de website in te richten met verwijzing naar de eigen specificaties en implementatiehandleidingen in combinatie met de implementatiehandleidingen die door andere organisaties zijn uitgebracht en worden onderhouden. Voor vragen over de toepassing van standaarden wordt bekeken of een listserver, stackoverflow of stackexchange kan worden ingericht om snel de vragen te bediscussiëren en tot antwoorden te komen. Een keuze wordt binnenkort gemaakt. Tegelijk zijn ook vijf openstaande vragen behandeld.

Alle project- en beheergroepen zullen binnenkort hun plek krijgen op de **website**. Daarbij wordt vermeld wie er participeren en wanneer er tussentijds bijeen wordt gekomen of via GoToMeeting online wordt vergaderd. De groepen kunnen hun eigen samenwerkingsplatform kiezen, afhankelijk van hun eigen behoefte. De HL7 Wiki wordt al gebruikt door een aantal groepen. Daar zal ook het overzicht worden bijgehouden. Eindproducten komen uiteraard gewoon via de website beschikbaar.

Het bestuur heeft, nu dat we twee maal binnen een WGM bij elkaar zijn gekomen, de **nieuwe structuur** vastgesteld. Ten opzichte van het oorspronkelijke idee is het brede coördinatie teruggebracht tot uitsluitend het Kernteam dat in afstemming met projectleiders, Actieve Leden Forum en Bestuur de activiteiten binnen HL7 Nederland ondersteunt en coördineert. Het Actieve Leden Forum is al een keer bij elkaar geweest in voorbereiding op de tweede WGM. De komende tijd zal, bijvoorbeeld op de website, inzicht gegeven worden in de manier van werken binnen de nieuwe structuur.

Bijeenkomsten van andere organisaties

Naast de reguliere **IHE agenda** is apart stilgestaan bij nieuwe profielen rondom workflow definities die tussen verschillende systemen uitgewisseld kunnen worden. De 2e dag is spe-

cifiek aandacht besteed aan profielen voor variabele rapportages uit verschillende bronnen. In het **iCare Platform** brandt men van ambitie om zeer urgente problemen, bijvoorbeeld rondom overdracht met ziekenhuizen en samenwerking tussen Gemeente, WMO en ZVW trajecten inzichtelijk te krijgen. Voornemen is om binnenkort de relevante bestuurlijke partijen aan tafel te krijgen: VNG, Actiz, VGN, KING en ZN. De diversiteit aan instellingen en leveranciers laat niet eenvoudig toe dat het veld dit probleem wel even zelf oppakt, zonder serieuze middelen.



In het **SDO overleg** is uitgebreid gesproken over onze betrokkenheid bij de Expertgroep Standaardisatie ter ondersteuning van het Informatieberaad. Het is duidelijk dat elk van de partijen hier een eigen rol te spelen heeft. Gezamenlijk is het van groot belang om namens de eigen organisatie te adviseren en niet als individueel expert. Dit vraagt om goede interne afstemming. Rondom Marketing en Communicatie worden de krachten ook gebundeld, zodat duidelijk is dat het niet óf, óf is, maar én, én.

Op het terrein van identificatie van medische apparaten, hulpmiddelen en medicatie zal in 2016 de **GS1 standaard UDI** gefaseerd verplicht worden. Er zal worden gekeken hoe deze identifiers binnen workflow en berichten moeten worden verwerkt. In samenwerking tussen IHE, HL7 en GS1 wordt hier een projectvoorstel voor ontwikkeld.

Kernteam

Grote waardering is er voor het vele werk dat door het **KernTeam** is verzet en het enorme succes dat ze hebben bereikt met de organisatie van de eerste twee HL7 Nederland Working Group Meetings. Daarvoor worden Bert Kabbes, Frank Ploeg, Roel Barelds en Yvonne Pijnacker Hordijk heel hartelijk bedankt. De verwachtingen voor de derde HL7 NL WGM op 9 en 10 April 2015 zijn hooggespannen!

Frank Ploeg





HL7 International Work Group Meeting september 2014

Chicago

Met maar liefst 15 Nederlanders, waaronder een afvaardiging van HL7 Nederland, was ons land weer buitengewoon goed vertegenwoordigd op deze (alweer 28e!) internationale HL7 werkrgroep vergadering in Chicago.

Met zo'n 500-600 deelnemers en 40 zalen en zaaltjes zijn de hotels altijd al aan de forse kant, maar dit keer werkelijk een bakbeest van een hotel in het centrum. Met dik 2000 kamers, ballrooms als voetbalvelden (1500 stoelen) en einde-de-loos veel sub-zalen. Zoals altijd werd het voor iedereen weer een volle week met lange dagen, vaak nog gevolgd door avondsessies. Ontbijten om 7 uur met broodje op schoot in de plenaire zaal, start van de sessies om 8 uur en dan in een ruk door naar 17 uur, met alleen wat korte pauzes.

Dan mis je de koffiekwaliteit van thuis wel!

Voor sommigen onder ons begon de werkweek al op vrijdag en zaterdag, met een aantal werksessies waaronder een HL7 FHIR connectathon, dit keer gericht op klinische resources. Opnieuw een zeer hoge opkomst, vele "heads down" en hard werken. Voor de vertegenwoordigers van HL7 Nederland begon de week op de vroege zondagochtend, met de International Affiliates Council Meeting (zie foto volgende pagina). Geen echt vermeldenswaardige zaken voor ons land dit keer. De grote werkconferentie startte op de maandag en traditioneel is die 1e dag van de september WGM altijd de "Plenary". Dat betekent dat de blik op de buitenwereld wordt gericht en dat diverse sprekers van "buiten" de HL7-wereld hun visie geven op zorginformatie en communicatie. Met deze keer onderwerpen zoals zelflerende systemen, wetgeving rond informatiebeveiliging, de plannen van Walgreens om info over medicatiegebruik voor haar klanten te ondersteunen en een presentatie over ethische aspecten van informatie verzamelen en bundelen.

Het echte werk begon op de maandagmiddag en de dagen daarna, met een keur van parallelle sessies over vrijwel elk denkbaar onderdeel en aspect van de HL7-standaarden. Voor ons land zijn de sessies over Patient Care, Phar-

macy en Infrastructure & Messaging traditioneel het belangrijkste om aan deel te nemen. Met daarnaast uiteraard Orders & Observations, Terminology, EHR & PHR Functional Models en Tooling. Via “HL7 Holland House”, onze vaste thuisbasis op Skype waarop we tijdens de HL7 Working Group Meetings de hele dag door met elkaar communiceren tijdens de sessies, kunnen we on-line uitstekend volgen wat er overal gebeurt en worden heel snel zaken afgestemd en uitgewisseld. De samenvattingen van deze sessies met de voor ons land relevante punten zijn te raadplegen via de HL7 website.

Op bestuursniveau ook dit keer weer de gebruikelijke International Affiliate Council op dinsdagochtend (vergadering van Affiliate-voorzitters) Board Meeting op dinsdagmiddag en -avond en de Affiliate Lunch Meeting op donderdag. Belangrijkste onderwerpen in deze vergaderingen: het besluit tot instelling van een *HL7 European Strategy Advisory Board* en een *European Technical Advisory Committee* (conform organisatievoorstel van Bert Kabbes) met als leden de Europese HL7 Affiliates. Deze beide organen moeten de HL7 belangen gaan behartigen (d.w.z. bijdragen, coördineren maar ook verdedigen) in de Europese projecten en het beleid daar omheen. Een voorbereidingsgroepje is al aan de slag met de opzet en invulling, met als doel om dit in het vroege voorjaar 2015 operationeel te hebben. Daarnaast was de Working Group Meeting in Parijs in mei 2015 een belangrijk punt van overleg, met name de programmering en keuze van onderwerpen. Voor ons land en de andere HL7 EU Affiliates is Parijs uiteraard een uitgelezen gelegenheid om massaal aan deel te gaan nemen, ook door onze leden!

Tenslotte ter informatie en verantwoording wat bijzonderheden over de regelingen en afspraken over met betrekking tot onze deelname vanuit HL7 Nederland aan de Internationale HL7 Working Group Meetings.

Hoeveel mensen worden door HL7 Nederland naar de Internationale WGM’s afgevaardigd?

Er zijn jaarlijks drie Internationale HL7 WGM’s, meestal in de USA. Voor elke WGM worden gemiddeld vijf mensen afgevaardigd, waaronder standaard een bestuurslid (verplicht) en totaal vier afgevaardigden vanuit het Kernteam, de trekkers van de projectgroepen en de trekkers van de beheergroep. In totaal zijn er dus jaarlijks 15 plaatsen beschikbaar. Het Kernteam wijst per WGM de deelname toe op basis van een aantal vastgestelde criteria en motiveert haar keuzes naar Bestuur en alle betrokkenen.

Hoe wordt de deelname door HL7 Nederland gefinancierd?

Jaarlijks wordt uit het algemene budget van de Stichting een budget voor WGM-deelname vastgesteld door het Bestuur. Dat budget is leidend. De kosten worden verantwoord door de deelnemers en wordt gecontroleerd door de controller in het Bestuur.

Hoe vindt de terugkoppeling naar de leden plaats van alle onderwerpen die tijdens de WGM’s wordt behandeld?

Alle deelnemers die door HL7 Nederland worden afgevaardigd hebben de verplichting om na afloop van de WGM een verslag op te stellen. Deze verslagen worden gepubliceerd op de website. Daarnaast moeten deelnemers in beginsel



Affiliates Council Meeting

bereid zijn om tijdens een HL7 NL congresdag, een themadag of anderszins een presentatie te geven over het onderwerp, inclusief een update van de meest recente internationale informatie die tijdens een WGM is verkregen. De deelnemers die worden afgevaardigd kunnen - naast hun primaire doelen voor deelname - vanuit Bestuur en Kernteam specifieke vragen of opdrachten meekrijgen die ter plekke moeten worden ingebracht.



Speerpunt voor 2015!

Toepassing HL7 standaard in de caresector

Een der vele interessante sessies tijdens de 2e HL7 Nederland Working Group Meeting (op 7 en 8 oktober jl. in Hilversum) was de najaarsbijeenkomst van het iCare Platform. Dit platform wordt georganiseerd door Nictiz en omvat zo'n 25 vaste leden uit de caresector: instellingen, koepels, leveranciers en andere betrokkenen. Het platform richt zich specifiek op standaardisatie van de informatievoorziening in de wereld van de verzorgingshuizen verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties. Recent werd door het platform een eerste belangrijk product opgeleverd, namelijk de eCare Overdracht, geheel op basis van de HL7-standaarden.

Als onderdeel van de bovengenoemde iCare Platfom bijeenkomst was de focus gericht op onder meer de actuele status van de standaardisatie van de informatie-uitwisseling in de care, waar in de care sector de prioriteiten liggen en de vraag op welke wijze HL7 Nederland kan helpen om de HL7-standaard ook in de care sec-

tor breed te implementeren. Uit enkele eerste projecten in de care weten we al dat de HL7-standaard voor meer dan 90% direct toepasbaar is voor de caresector. Een uitstekend uitgangspunt dus!

Uit de discussie kwam duidelijk naar voren dat er grote behoefte bestaat aan sectorbrede standaardisatie van met name de externe informatie-uitwisseling. De eOverdracht is een eerste belangrijke stap, maar vele andere terreinen liggen nog “braak”. Er zijn een aantal initiatieven gaande, veelal op lokaal niveau, maar er is behoefte aan centrale, landelijke regie en coördinatie. Ook de inhoudelijke kennis van beschikbare standaarden schiet tekort en moet dringend worden verbeterd, zodat er een kennispool ontstaat die zich specifiek kan gaan richten op de care. Samengevat werden als prioriteiten genoemd:

- Standaardisatie van de informatie-uitwisseling binnen de care: bijvoorbeeld overdracht, invulling van indicaties door meerdere care organisaties, relaties care – 1e lijn, etc.
- Standaardisatie van de informatie-uitwisseling tussen de care- en de cure-sector: sterke toename overdrachten vice-versa, ten gevolge van vergrijzing, toename complexe ziektegevallen, segmentering en specialisatie van zorgorganisaties, etc.
- Standaardisatie van de informatievoorziening aan gemeenten en verzekeraars: productie, declaraties, beleidsinfo, kwaliteitsinfo, etc. Bedreiging: grote verschillende in door gemeenten gevraagde (vereiste) informatie. Als typerend voorbeeld werd genoemd dat een grote zorggroep via 7 verschillende Excel formats hun productie en declaraties moet verstrekken, omdat de eisen per gemeente sterk verschillend zijn.
- Duidelijkheid over waar de landelijke c.q. sectorale coördinatie van standaardisatie in de care ligt: rol koepels, beroepsgroepen, etc. en de rol van het VWS Informatieberaad.
- Verduidelijking van de actuele status, acties en plannen bij de diverse partijen.
- Kunnen standaardisatieorganisaties zoals HL7 en IHE helpen: waarmee, hoe, behoeften, kennisinbreng, hergebruik, etc.

In vervolg op deze bijeenkomst heeft HL7 Nederland het initiatief genomen voor een informatief overleg met een aantal van de belangrijkste partijen in de caresector. Het doel daarvan is elkaar in een ronde-tafel-gesprek te informeren over onder meer de bovengenoemde onderwerpen en vervolgens samen te bezien of en welke acties ondernomen zouden kunnen worden voor informatie, afstemming, kruisbestuiving en gezamenlijke projecten.

Eén ding is duidelijk: voor 2015 wordt de standaardisatie in de caresector een van de belangrijke speerpunten voor HL7 Nederland!

Bert Kabbes

HL7 INTERNATIONAL

HL7 International Working Group Meeting

Paris, France

May, 10–14, 2015





Terminologie in HL7 standaarden

Er zijn maar weinig mensen, die zich realiseren wat deze eerste woorden uit het bijbelse evangelie volgens Johannes voor consequenties hebben in onze huidige maatschappij. Woorden zijn de meest elementaire communicatiemiddelen. Met woorden drukken wij begrippen uit om elkaar iets duidelijk te maken. Helaas kent onze wereld duizenden talen, waarin de woorden van elkaar verschillen. De betekenis blijft altijd hetzelfde. Een zandkorrel blijft altijd een zandkorrel, in welke taal je dat woord dan ook wilt uitspreken. In welke taal ook, iedereen begrijpt wat een zandkorrel is.

En toch zijn er honderden soorten zand met allemaal verschillende zandkorrels. De structuur kan verschillen, de manier waarop de zandkorrel is ontstaan kan verschillen, hoe de zandkorrels zich gedragen kan verschillen, want nat zand op het strand is heel wat anders dan een zandstorm in de Sahara.

Zandkorrels of medische termen...

...ze verschillen niet zoveel van elkaar. Het probleem met medische termen is, dat men weliswaar woorden gebruikt, maar begrippen bedoelt. En daar ligt in feite wel het probleem, waar wij als standaardisatie mensen in de informatica van de gezondheidszorg een antwoord op proberen te vinden. Wij willen een oplossing om met computertechnologie de medische informatievoorziening na te bootsen. En eerlijk gezegd lukt dat nog niet zo best. Wat doen wij dan en hoe doen wij dat? Wat gaat er goed en wat niet?

De HL7 standaarden...

...bevatten bits en bytes in de vorm van cijfers en letters en hier een daar een teken, die wij interpreteren als getallen en woorden. Het is helemaal niet moeilijk om op die manier een-

voudig samengestelde informatie te registreren en te communiceren. Een patiëntnummer, naam en adres en woonplaatsgegevens, het zijn vast ingeburgerde begrippen geworden, waarvan we weten hoe wij die moeten interpreteren. Dit overigens wel na ellenlange discussies. En ook eenvoudige referentiesets die bestaan uit een code en een omschrijving, waaraan wij een betekenis hebben gegeven, kunnen effectief en eenduidig worden ingezet. Medici en informatici kunnen tot dat niveau prima door één deur. Maar zodra wij beginnen aan samengestelde begrippen, dan begint daar de grote verwarring. Gelukkig voor iedereen is dit niet de schuld van één van de partijen, maar is het meer te wijten aan een collectief gebrek met diepliggende oorzaken.

De medische wetenschap...

...is als geen andere beroep een kennisindustrie. Er worden miljarden besteed om medische techniek verder te ontwikkelen om zowel klinisch onderzoek als de medische praktijk te verbeteren en de mensheid gaat daar steeds verder mee. Dat is prachtig en nuttig en wij leren er veel van, maar de basiskennis waar iedere zorgverlener dagelijks mee moet werken en moet gebruiken voor de zorg aan ieder individu is nog steeds onvoldoende aangepast aan de mogelijkheden van deze tijd. De groene kaart van de huisarts zit nu wel in een computer; de papieren dossiers in de ziekenhuizen verdwijnen langzaam maar zeker; papieren labuitslagen worden elektronisch gemaakt en elektronisch verzonden. Maar wat is er nu inhoudelijk veranderd? Niet veel.

De medisch Babylonische spraakverwarring...

...zou bij de automatisering ervan alleen maar exponentieel toenemen. Want, nu begrijpen zorgverleners elkaar -over het algemeen- uitstekend, wanneer zij in een één op één situatie medische informatie over een patiënt met elkaar uitwisselen en aan elkaar overdragen. Maar dat gebeurt dankzij de wijze waarop wij met elkaar communiceren. Wij kennen elkaar, waardoor wij van elkaar weten op welk kennisniveau wij ongeveer zitten. Wij stellen elkaar aanvullende vragen en middels controlevragen stellen wij vast of wij elkaar eenduidig hebben begrepen. En tot slot van iedere conversatie vragen wij elkaar om bevestiging en instemming. Gesprekstechnieken en sociale vaardigheden, lichaamstaal en echte taal, wij gebruiken alles. Maar zijn computers ook al zo ver doorontwikkeld? Zijn er al standaarden gedefinieerd die dit kunnen modelleren? Niet echt.

Medici proberen echter op dezelfde wijze het probleem van het coderen van informatie in te vullen alsof zij over de patiënt aan het communiceren zijn. Maar daarbij missen zij uiteraard al die andere factoren die verbale communicatie doet slagen. Dat werkt dus sowieso niet.

Op die manier worden EPD's gevuld...

...maar een EPD heeft meerdere functies, die met name door zorgverleners onvoldoende worden herkend, omdat zij daar nooit voor zijn opgeleid of bekend mee zijn gemaakt. Voor onderlinge communicatie worden andere termen gebruikt als voor de registratie in een EPD, omdat er nu eenmaal meer functies ondersteund moeten kunnen worden. Dat vereist dus een na te leven "terminologie discipline en hygiëne" waarbij je voor verschillende situaties ook verschillende termen gebruikt. Op zich is het dus vreselijk moeilijk om de juiste keuzes te maken voor de te gebruiken terminologie en het zijn met name de medici zelf die de verschillen nog niet (willen) zien en van deskundige informatici niet accepteren, dat deze laatste groep niet klakkeloos aanneemt, wat zij hen aanleveren. En zeker in Nederland wordt het er ook niet eenvoudiger op, omdat wij van de zorgverleners vragen om coderingen in DBC en verrichtingen codes, ICPC en ICD codes, LOINC en SNOMED CT codes en noem maar op. Dat moeten wij niet van hen verlangen.

De conclusie van dit artikeltje over terminologie...

...wordt dus eenvoudigweg, dat wij nog lang niet toe zijn aan "verantwoorde keuzes" voor code- en terminologiestelsels in welke geautomatiseerde registratie dan ook. Toch doen wij het, eenvoudigweg omdat wij nu al niet meer zonder kunnen. En dat betekent, dat de kennis over het gebruik en toepassen van dergelijke stelsels steeds moet worden getoetst en toegepast om te voorkomen, dat wij een berg aan medische informatie creëren, die achteraf volslagen onbruikbaar en zelfs levensgevaarlijk kan zijn.



Jos. J. M. Baptist
HL7 Terminology Authority
(HTA)

Voor de standaardisatieontwikkelaars en implementatoren van standaarden is dit een serieuze waarschuwing, dat terminologie niet zomaar iets is, wat je er even bijdoet of aan anderen over kunt laten, maar dat je je heel bewust moet zijn van het feit dat dit een vak apart is.

Bij HL7 is de HL7 Terminology Authority (HTA)...

...in het leven geroepen om juist al dit soort problemen te adresseren en aan te geven hoe HL7 hiermee moet omgaan. En dat in alle HL7 standaarden: versie 2, versie 3, alle varianten van CDA, en nu vooral in FHIR, juist omdat die laatste standaard snel lijkt te groeien en neigt naar 'quick en dirty' oplossingen van de vocabulaire en terminologie. Daarover meer in een volgend artikel over de werkwijze van de HTA.

Wordt vervolgd!

Jos. J. M. Baptist

Standaardisatie noodzaak in de GGZ

Tijdens de tweede HL7 Nederland Working Group Meeting hebben we met een aantal mensen om tafel gezeten om de stand van zaken en ontwikkelingen rondom standaardisatie te bespreken. De behoefte ontwikkelt zich sterk en er kan al meer dan sommigen weten. De kunst zal zijn om met name de EPD- en ZIS-leveranciers mee te krijgen in deze ontwikkelingen en de apps en eHealth leveranciers niet ieder voor zich het wiel te laten uitvinden.

Vier lagen in het applicatielandschap

In de GGZ beginnen zich vier lagen af te tekenen waarbinnen de belangrijkste zorgprocessen zich afspelen (zie figuur).

In de bovenste lagen speelt samenwerking tussen apps en tussen eHealth-modules een belangrijke rol. Door alle vier de lagen heen moet duidelijk worden hoe de informatie kan stromen en hoe we zorgen dat er geen dubbele administratie hoeft te worden gevoerd. Daarnaast is ook behoefte aan eenduidige *single sign on* voor professionals en het synchroniseren van schermen op patiëntniveau als er met meerdere toepassingen tegelijk wordt gewerkt.



Behoeftes en eerste oplossingen

Rondom *single sign on* is kort ingegaan op de mogelijkheid om de HL7 CCOW standaard te gebruiken. Hier is in het verleden in Nederland ervaring mee opgedaan, maar echt breed toegepast is de standaard niet.

Een korte inventarisatie leverde de volgende situaties op waarin behoefte is aan afstemming tussen de lagen:

» cliëntgegevens (NAW, BSN, etc.)
» koppeling van behandelingen
» koppeling van ROM gegevens
» taken en signalen voor cliënten en professionals
» zorgplannen over de bovenste drie lagen heen, dus inclusief eHealth programma en inzet van apps
» afspraken inplannen vanuit eHealth omgeving
» medicatiebewaking en laboratoriumonderzoek

Cliëntgegevens worden met de standaard HL7 v2 ADT koppelingen (Admission, Discharge, Transfer) gerealiseerd. Daarmee krijgen eHealth-omgevingen de patiëntgegevens doorgestuurd en een link naar de ingezette behandeling. Wanneer binnen de eHealth-omgeving directe tijd aan een cliënt wordt besteed kan deze door middel van een HL7 v2 Scheduling-koppeling in de agenda binnen EPD of ZIS worden weggeschreven.

Op het niveau van apps wordt inmiddels gekeken naar de toepassing van de nieuwe HL7 FHIR-standaard als koppeltaal tussen apps (zoals health-games) en een app- of eHealth-platform voor de cliënt. Rondom trauma, verslaving en autisme zijn inmiddels coöperaties gevormd die dergelijke apps gezamenlijk willen ontwikkelen. Elke app zal gebruik maken van de op FHIR gebaseerde koppeltaal.

Medicatie wordt gekoppeld op het niveau van het EPD met een Elektronische Voorschrijfsysteem, vaak met v2- of v3-koppelingen.

Rondom labgegevens wordt nu vaak een simpele iframe toegepast, om het labsysteem zichtbaar te maken binnen de EPD omgeving. Eventuele signaleringen van kritische labwaarden blijft daarmee echter buiten de normale signaleringen voor de professional.

Referentiemodellen

Om goed te kunnen inzien hoe en waar er gekoppeld zou moeten worden is het nuttig om de volgende vier referentiemodellen in de discussie te betrekken:

» Het referentiedomeinenmodel in de GGZ (RDG).
» Het referentiemodel voor een EPD in de GGZ (REPD).
» Het ISO/CEN/HL7 EHR-S FM (als basis voor REPD).
» Het ISO/CEN/HL7 PHR-S FM (voor beschrijving PGD).

Deze laatste is toegevoegd omdat een aantal eHealth-omgevingen zich aan het ontwikkelen zijn in de richting van een Persoonlijk Gezondheidsdossier over instellingen heen. Hierbij kan ook gekeken worden naar de projectwebsite www.pgdkader2020.nl van de NPCF.

Standaard koppelvlakken

Het blijkt nog niet zo makkelijk om de leveranciers op één lijn te krijgen als het gaat om de koppeling van systemen. De behoefte hieraan stijgt echter wel, omdat veel organisaties met een aantal eHealth-omgevingen werken die gezamenlijk onderdeel kunnen uitmaken van de zorgplannen die in het EPD worden uitgezet. Daarnaast speelt ROM een belangrijke rol in de financiering van de zorg en wil men graag de ROM ook beter kunnen gebruiken in de kwaliteitscyclus binnen de zorg zelf. Op EPD-niveau zie je ook dat er onderdelen van de zorg worden uitbesteed aan andere, gespecialiseerde zorgaanbieders. Zowel zorginhoudelijk als administratief moet dit vloeiend kunnen worden afgehandeld, waarvoor systemen goed met elkaar moeten koppelen.

Hier is het nodige werk te verzetten, om met elkaar tot de juiste beschrijvingen te komen, op basis van (of geïnspireerd door) IHE-procesbeschrijvingen en HL7 koppelingen. Voor de komende HL7 NL WGM gaan we ons best doen om een bredere groep belangstellenden rond de tafel te krijgen, waarbij uitdrukkelijk de EPD/ZIS leveranciers en eHealth leveranciers in de GGZ worden uitgenodigd.

Robert Stegwee



HL7 Interview

Alexander Henket

Alexander Henket is lid van HL7 Nederland sinds 2003, tot 2013 werkzaam bij Enovation als System Integrator/Business Consultant en werkt nu bij Nictiz als HL7 expert / informatieanalist. En hij is dol op vele genres muziek...

Wie is Alexander Henket?

Alexander Henket (1973) is getrouwd en heeft één kind en werkt sinds 1997 aan de verbindingen tussen zorg-gerelateerde IT-systemen in diverse functies.

Wat doet Alexander Henket?

Alles wat ik doe staat op één of andere manier in dienst van interoperabiliteit. Dit komt uit het geloof dat er nooit één systeem zal zijn dat alles doet en dat dus altijd een ecosysteem is van samenwerkende systemen. Als die systemen van verschillende oorsprong gezamenlijk ondersteunend willen kunnen zijn voor patiëntveilige en efficiënte zorg moeten de samenwerkingsvlakken goed gedefinieerd zijn. Hoe breder de definitie gedeeld wordt, hoe meer je kunt spreken van een standaard. Mijn arbeidspad is overzichtelijk: 1997-2013 Enovation vooral System Integrator/Business Consultant, 2013-heden Nictiz als HL7-Expert/informatieanalist.

Sinds 2011 werk ik mee aan de ontwikkeling en promotie van ART-DECOR (art-decor.org). Dit open source platform is voor Nictiz de basis voor ontwikkeling van alle informatiestandaarden. Naast Nictiz gebruiken diverse andere landen dit platform ook voor standaardontwikkeling en is de interesse van HL7 Internationaal ook groeiende bijvoorbeeld voor de ontwikkeling van C-CDA 2.0.

Wat heeft Alexander Henket met HL7 te maken?

Ik ben lid van Stichting HL7 sinds 2003, eerst lid van TC Infrastructure en Management (IM) en lid van TC Administrative Management (AM) zoals ze toen nog heten en later werkgroep co-voorzitter AM en TSC-lid. Sinds de recente organisatiewijziging actief in diverse projectgroepjes. Mijn kennis van HL7v2, HL7v3, CDA R2 en FHIR heb ik via HL7 Working Group Meetings en in de meeste gevallen ook met implementaties kunnen op- en uitbouwen. In mijn rol bij Nictiz ben ik vooral bezig met de totstandkoming van standaardisatie en minder met implementatie. Tenslotte ben ik lid van de Nederlandse IHE werkgroep Lab sinds het Nictiz-programma e-Lab waarvan momenteel het onderdeel ten behoeve van medicatiebewaking doorgang vindt.

Wat betekent HL7 volgens Alexander Henket voor de zorg?

HL7, in alle vormen die het intussen heeft aangenomen, lijkt nog altijd het beste deelantwoord op de interoperabiliteitsvraagstukken die

> *HL7, in alle vormen die het intussen heeft aangenomen, lijkt nog altijd het beste deelantwoord op de inter-operabiliteitsvraagstukken die zich in allerlei vormen aandienen...*

zich in allerlei vormen aandienen. Het is niet het enige antwoord. De belangrijkste tweede pijler is Eenheid van Taal, ofwel goed gedefinieerde codering van medicatie, diagnoses, tests, materiaal, bezoektypen, etc.

Waar gaat HL7 heen?

Dat is een hele lastige vraag. HL7 heeft met HL7v3 het zichzelf en zijn implementers op een aantal punten ingewikkeld gemaakt. Van alle goede ideeën die in HL7v3 wél zitten is uiteindelijk vooral het RIM, de datatypen en CDA overgebleven. Alle overige HL7v3-messaging is alleen opgekomen in landen met een sterke messaging cultuur en die er vroeg in zijn gestapt. Dat is onder andere Nederland. Intussen is HL7v2 geenszins in populariteit afgenomen en heeft het zelfs her en der ideeën uit HL7v3 geabsorbeerd. Nieuw is FHIR wat vanwege zijn omarming van bestaande technologieën een nieuwe schare geïnteresseerden trekt en vanwege het messaging paradigma ook soms HL7v2-mensen over de streep trekt.

Vanwege HL7v3 heeft HL7 het moeilijk; met FHIR kan een nieuw tijdperk van innovatie komen. FHIR zal allereerst opkomen in gebieden die geen verleden in HL7 hebben. Dit beschouw ik als de eerste proeftuin van waaruit bij gebleken succes FHIR ook langzaam de vervangingsmarkt op kan. Hoe dat er precies uit zal zien moet de tijd nog uitwijzen.

Wat zou Alexander Henket nog meer kwijt willen over de zorg in Nederland of in het algemeen?

ICT in de zorg is in Nederland op hoog niveau en nog altijd erg versnipperd. Onderzoek, zoals de Nictiz eHealth Monitor, toont dat ook aan. Er komt heel hard een patiëntgeoriënteerde trend op ons af waar HL7, met van oorsprong zijn zorgverlener focus, nog niet alle antwoorden op heeft. HL7v2/HL7v3 lijken bij voorbaat niet interessant voor willekeurige mobiele, patiënt-georienteerde app, FHIR daarentegen wel, maar de uitdaging voor HL7 is om voldoende tractie te creëren op dat deel van de markt. Voor de zorgverlenersysteembouwers breken ook tijden met nieuwe interoperabiliteitsvraagstukken aan. Patiëntinteractie, identificatie, privacy, autorisatie, wetgeving, granulariteit van gegevens en de wijze van aanbieden van gegevens moet onder de loep worden gehouden en mogelijk bijgesteld.

Wat moeten we nog zeker weten over de mens Alexander Henket?

Ik ben dol op vele genres muziek. Die *carrière* begon ooit met Madonna en Bruce Springsteen zoals zovelen, maar intussen via alle dance-stromingen, Britpop, (Arabisch) klassiek, bandjes, singer/songwriters, oldies zoals Louis Davids en Al Jolson en R&B etc. Verbazingwekkend wat mensen allemaal voor moois en leuks kunnen maken. Leukste albums van de laatste tijd waren Eels met Cautionary Tales of Mark Oliver Everett, Maitre Gims met Subliminal la Face Cachée en Typhoon met Lobi da Basi.

Alexander Henket geeft het interview stokje door aan Marc de Graauw.

Aankondigingen



HL7 International

International HL7 Interoperability Conference	9 –11 februari 2015	Praag, CZ
Working Group Meeting Europa	10 – 15 mei 2015	Parijs, FR
Plenary and Working Group Meeting	4 – 9 oktober 2015	Atlanta, GA

HL7 Nederland

Working Group Meeting, de Witte Bergen	9 –10 april 2015	Hilversum
Working Group Meeting, de Witte Bergen	12 – 13 november 2015	Hilversum
HL7 cursus versie 2	14 april 2015	Utrecht
University CDA en de NFU Generieke Overdrachts Gegevens (april 2015)	21 april 2015 16 november 2015	Utrecht
FHIR hands-on	23 april 2015	Amsterdam
HL7 V3 en CDA	17 november 2015	Utrecht
International HL7 FHIR Developers Days	18 november 2015	Amsterdam

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.