# HL7 Magazine

Nr. 3 / 2005

December 2005

Officiële Mededelingen van de Stichting HL7 Nederland



## V3 implementatie in Nijmegen

## Patiëntendossier met HL7 Versie 3

## CEN 13606 Elektronisch Medisch Dossier?

## Nictiz: Koploperproject gaat van start

Stichting HL7 Nederland

**www.hl7.nl**

# Colofon

**Samenstelling en redactie**

Frank Ploeg | Groningen

Kai U. Heitmann | Purmerend

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

**Tekstbijdragen**

Jos J. M. Baptist | Leidschendam

Ernst de Bel | Nijmegen

Kai U. Heitmann | Purmerend

Max Hendriks | Rotterdam

Bert Kabbes | Veenendaal

Wiggert Kalis | Sliedrecht

Frank Ploeg | Groningen

René Spronk | Zeist

Robert Stegwee | Haaksbergen

Michael Tan | Leidschendam

**Fotografie/ Foto's**

PhotoCase.com

Michael Tan | Leidschendam

Winnaars van de HL7 Photographic Meeting Minutes Wedstrijd

ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände

HL7 Newsletter, HL7 Inc.

**Ontwerp en opmaak**

Heitmann Consulting & Services | Purmerend

**Drukwerk**

LUP AG | Hürth bij Keulen

**HL7 Magazine is de nieuwsbrief van de Stichting HL7 Nederland**

W. Barentszstraat 1, 3902 DE Veenendaal

Telefoon : 0318 - 548869 • Fax : 0318 - 548090 • Email : info@hl7.nl

**HL7 Magazine wordt verspreid in een oplage van 500 exemplaren.**

## Stichting HL7 Nederland

Voorzitter: Robert Stegwee

*Stichting HL7 Nederland*

W. Barentszstraat 1

3902 DE Veenendaal

Telefoon : 0318 - 548869 • Fax : 0318 - 548090

Internet: www.hl7.nl Email: info@hl7.nl

... deze keer

# Inhoudsopgave

Officiële Mededelingen van de Stichting HL7 Nederland

## Onderwerpen

Ontwikkeling van een Elektronisch Patiëntendossier op basis van HL7 V3 ..... 6

Nederlandse Implementatiehandleiding Data Types & CMETs .... 8

NICTIZ projecten kort gevisiteerd: Koplopers voor het landelijke Elektronische Patiëntendossier ..... 9

Stand van zaken: Koploperproject Elektronisch Medicatiedossier ..... 12

Normen en standaarden rond het Elektronisch Medisch Dossier ..... 15

## Verslagen

Out Of Cycle: Pharmacy SIG ..... 13

HL7 meeting in Noordwijkerhout ..... 20

Nederland valt in de prijzen ..... 25

Werkgroep vergadering San Diego ..... 26

## Vaste rubrieken

Colofon ..... 2

Ledenlijst ..... 4

Editorial/Voorwoord ..... 5

TSC & TC's Nederland activiteiten ..... 18

Boekbespreking ..... 19

Interview met...deze keer: Michiel Sprenger ..... 28

Onderwerpen volgende uitgave ..... 31

Aankondigingen ..... 32

# Ledenlijst

Academisch Medisch Centrum Amsterdam (Amsterdam)
Academisch Ziekenhuis Groningen AZG (Groningen)
AcouSoft Informatisering BV (Doesburg)
Acquest BV (Koudekerk a/d IJssel)
Agfa Healthcare (Rijswijk)
AHP ICT & Consulting (Uithoorn)
Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht)
Allegro Sultum BV (Badhoevedorp)
Amphia Ziekenhuis (Breda)
Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen)
Sint Annaziekenhuis (Geldrop)
Arcares (Utrecht)
Ziekenhuis Bernhoven (Oss)
Bethesda Ziekenhuis (Hoogeveen)
BMA (Houten)
Stichting Bronovo-Nebo (Den Haag)
Capgemini (Utrecht)
Catharina-ziekenhuis Eindhoven (Eindhoven)
Chipsoft B.V. (Amsterdam)
Coevorden-Hardenberg Streekziekenhuis (Hardenberg)
CorTTex (Schiphol-Rijk)
Danica Nederland b.v. (Leusden)
Datex-Ohmeda B.V. (Hoevelaken)
Deloitte Management & ICT Consultants (Amstelveen)
Delta Psychiatrisch Ziekenhuis (Poortugaal)
St. Deventer Ziekenhuizen (Deventer)
Diakonessenhuis Utrecht (Utrecht)
Stichting Dianet, Locatie Utrecht (Utrecht)
Digitalis BV (Amsterdam)
Sint Elisabeth Ziekenhuis (Tilburg)
Elkerliek Ziekenhuis (Helmond)
Erasmus Universiteit Medische Informatica (Rotterdam)
Euroned Systems (Sittard)
Eurosoft bvba (Nazareth)
Falcon Automatisering b.v. (Veenendaal)
Farmaco-logica B.V. (De Meern)
Flevoziekenhuis (Almere)
St. Franciscus Gasthuis (Rotterdam)
Furore (Amsterdam)
G2 Speech B.V. (Nuenen)
GE Healthcare (Hoevelaken)
Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede)
Gelre Ziekenhuis Apeldoorn (Apeldoorn)
Gemini Ziekenhuis (Den Helder)
Getronics Care Services BV (Tilburg)
GGD Nederland (Utrecht)
Stichting GGZ Groningen (Zuidlaren)
GINO Software (Groningen)
Gooi-Noord Ziekenhuis (Blaricum)
GOZL St.Gezondheidszorg Oostelijk Zuid-Limburg (Heerlen)
GreCom Application Development (Alkmaar)
Groot Klimmendaal (Arnhem)
HagaZiekenhuis (Den Haag)
Health Level Seven, Inc. (Ann Arbor)
Heitmann Consulting & Services (Purmerend)
HL7 Nederland Secretariaat (Veenendaal)
IBM (Almere)
IBS Nederland (Nieuwegein)
IDION (Renkum)
IGN Automatisering B.V. (Veenendaal)
Impulse Info Systems B.V. (Oldenzaal)
In Summa (Raamsdonksveer)
Info Support (Veenendaal)
Information Builders (Amstelveen)
Innovadis (Enschede)
INNOVIT Solutions & Services (Uithoorn)
Instrumentation Laboratory (Breda)
Isala Klinieken, locatie De Weezenlanden (Zwolle)
Isala Klinieken, locatie Sophia Ziekenhuis (Zwolle)
iSOFT Nederland BV (Leiden)
Itémedical b.v. (Tiel)
Kabbes & Partners (Veenendaal)
Stichting KCL (Leeuwarden)
Kennemer Gasthuis (Haarlem)
Kodak Nederland B.V. (Vianen (Z-H))
't Lange Land Ziekenhuis (Zoetermeer)
Laurentius Ziekenhuis (Roermond)
St. Lievensberg Ziekenhuis (Bergen op Zoom)
LifeLine Networks bv (Capelle a/d IJssel)
St. Lucas Andreas Ziekenhuis (Amsterdam)
LUMC Leids Universitair Medisch Centrum (Leiden)
Sint Maartenskliniek (Nijmegen)
Magister Nederland BV (Veldhoven)
Martini Ziekenhuis (Groningen)
Máxima Medisch Centrum (Veldhoven)
MCH, Medisch Centrum Haagelanden (Den Haag)
McKesson Nederland (Nieuwegein)
Meander Medisch Centrum (Amersfoort)
Meavita (Den Haag)
Mechatronics Software Applications BV (Zwaag)
Mediparc BV (Hilversum)
Medisch Centrum Alkmaar (Alkmaar)
Medisch Centrum Rijnmond Zuid (Rotterdam)
Medisch Spectrum Twente (Enschede)
Mesos Medisch Centrum (Utrecht)
MI Consultancy (Leiden)
Microbais Automatisering BV (Amsterdam (Z-O))
Lab. Microbiologie TA (Enschede)
MIPS laboratory information systems (Gent)
Stichting MLS (Den Haag)
Ned. Kanker Instituut/Antoni v.Leeuwenhoek Zkh. (Amsterdam)
NICE Software BV (Eindhoven)
Stichting NICTIZ (Leidschendam)
St. Noord Limburg Ziekenhuizen (Venlo)
NovaPro (Purmerend)
Novo Cetec B.V. (Nieuwegein)
Obec Software Engineering BV (Eindhoven)
OC Technologies BV (Rotterdam)
Olympus Nederland BV (Zoeterwoude)
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam)
Oracle Nederland (De Meern)
Orbis, Medisch en Zorgconcern (Sittard)
Ordina Public Business Solutions B.V. (Nieuwegein)
Stichting PALGA (Utrecht)
Stichting PAMM (Veldhoven)
Pharma Partners (Oosterhout)
Philips Medical Systems Nederland Medical IT (Eindhoven)
PinkRoccade Healthcare bv (Apeldoorn)
Portavita (Amsterdam)
PreValent (Gouda)
Prismant (Utrecht)
PRO-V2 B.V.
Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal)
Reinier De Graaf Groep (Delft)
Rijnland Ziekenhuis (Leiderdorp)
Ringholm GmbH (Zeist)
Rivierenland Ziekenhuis (Tiel)
RIVM/cie (Bilthoven)
Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk)
Rogan Medical Systems BV (Veenendaal)
Ruwaard van Putten Ziekenhuis (Spijkenisse)
Sananet (Apeldoorn)
SAP Nederland (s-Hertogenbosch)
SEIN St. Epilepsie Instellingen Ned. (Heemstede)
SGS Cortex Quality Software NV (Antwerpen)
Siemens Ned. NV (Den Haag)
Sioux Medical Systems (Montfoort)
Slingeland Ziekenhuis (Doetichem)
Slotervaart Ziekenhuis (Amsterdam)
Spaarne Ziekenhuis (Heemstede)
Streekziekenhuis Midden Twente (Hengelo)
SZE Scheperziekenhuis (Emmen)
Talma Sionsberg Ziekenhuis (Dokkum)
Technidata Benelux b.v. (Oosterhout)
De Tjongerschans Ziekenhuis (Heerenveen)
TNO Preventie en Gezondheid (Leiden)
UMC St.Radboud (Nijmegen)
UMCU Universitair Medisch Centrum Utrecht (Utrecht)
Universiteit Maastricht (Maastricht)
Universiteit Twente (Enschede)
Universiteit Ziekenhuis Antwerpen (Edegem)
Unlock IT (Bilthoven)
Uzorg (Utrecht)
VCD Automatisering B.V. (Groningen)
VIR e-Care Solutions B.V. (Arnhem)
VU Medisch Centrum (Amsterdam)
WD Solutions (Breda)
Stichting van Weel-Bethesda Ziekenhuis (Middelharnis)
Peter van de Werf (Monnickendam)
Westfries Gasthuis Alg. Ziekenhuis (Hoorn)
Wilgengroep (Groot-Ammers)
WKM Business Software BV (Assen)
IJsselland Ziekenhuis (Capelle a/d IJssel)
IJsselmeerziekenhuizen (Lelystad)
Yuse Nederland (Amsterdam)
Z-INDEX (Den Haag)
Zaans Medisch Centrum (Zaandam)
ZoomBIM (Hilversum)
ZorgDomein Nederland bv (Amsterdam)
ZorgPlus Systemen BV (Apeldoorn)
Stichting ZorgSaam (Terneuzen)
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (Woerden)

*Voorwoord*

# HL7 op kop

## Het voorwoord

door Robert Stegwee



Het lijkt al weer een hele tijd terug, maar in de internationale HL7 gemeenschap wordt nog steeds met heel veel plezier en respect teruggekeken op een zeer geslaagde Working Group Meeting afgelopen voorjaar in Noordwijkerhout. Afgelopen september in San Diego zag je nog heel veel oranje poloshirts rondlopen en werden er ook een aantal Nederlanders in het zonnetje gezet. Tom de Jong deelde zijn "Volunteer Award" met Adri Burggraaff voor hun enorme inzet om Noordwijkerhout tot een onvergetelijke ervaring te maken. Verder kreeg Bert Kabbes zijn award voor zijn jarenlange inzet voor HL7 in verschillende rollen en delen van de wereld.

In dit nummer van HL7 Magazine wordt teruggeblikt, zowel op Noordwijkerhout als op San Diego. Als extraatje werd in San Diego de uitslag bekend gemaakt van de foto competitie, die voor veel vermakelijke plaatjes uit Nederland heeft gezorgd. Verder ook verslag van een extra bijeenkomst van de "Pharmacy SIG" over de modellering van medicatie in Purmerend(!).

Naast de verslagen van onze bijdrage aan de internationale ontwikkeling van HL7 staan we, zoals gebruikelijk, stil bij de praktische toepassingen van HL7. Dit keer berichten van één van de landelijke koplopers bij de implementatie van het Elektronisch Medicatie Dossier en over de ervaringen met de ontwikkeling van een medicatie-applicatie op basis van het HL7 RIM. Deze aandacht voor medicatie komt op het juiste moment, want tot en met de minister van VWS en de tweede kamer houdt men zich bezig met de landelijke uitwisseling van medicatie-informatie.

De ontwikkelingen binnen HL7 Nederland zelf komen ter sprake in de bijdragen over de Nederlandse handleiding voor datatypes en CMETs (Common Message Element Types) en over de werkzaamheden en inrichting van de technische commissie Health & Clinical. Ook wordt stilgestaan bij de activiteiten van het Projectbureau, waarbij een belangrijke mijlpaal is dat we de opdracht hebben gekregen om HL7v3 berichten te ontwikkelen voor het registreren van DBC's in de GGZ-sector. Dit is een belangrijke ontwikkeling, omdat daarmee twee nieuwe terreinen in één keer voor HL7v3 worden ontgonnen, waardoor gestandaardiseerde gegevensuitwisseling op grotere schaal binnen handbereik komt.

In onze serie interviews is het nu de beurt aan Michiel Sprenger, hoofd Informatica en Proces Ondersteuning bij het VU medisch centrum. Michiel bundelt de Klinische Informatica met de Bestuurlijke Informatica, waardoor de zorgprocessen vanuit één gedeelde visie middels ICT ondersteund worden. Hij is tevens betrokken bij het initiatief van de Universitaire Medische Centra om gezamenlijk tot een referentie architectuur te komen voor de zorg. Dit maal derhalve geen door de wol geverfde HL7 betrokkene, maar een relatief buitenstaander die goed kan verwoorden wat hij van HL7 verwacht.

Veel leesplezier toegewenst!

*Robert Stegwee*
*voorzitter*

*Bericht uit het veld*




# Ontwikkeling van een Elektronisch Patiëntendossier op basis van HL7 V3

## in het UMC St. Radboud (Nijmegen)

*Sinds enkele jaren wordt op de Intensive Care van het UMC St. Radboud gebruik gemaakt van een Web applicatie (ICweb), o.a. voor ordercommunicatie, die gebaseerd is op XML gegevensuitwisseling tussen diverse systemen.*

door Ernst de Bel

Het model van de eerste versie was al zo generiek, dat het herhaaldelijk mogelijk bleek om in korte tijd nieuwe applicaties te realiseren Achteraf bleek het informatiemodel sterke gelijkenissen te vertonen met de basisklassen van HL7v3.

Toen het systeem eind 2004 uitgebreid ging worden met een module voor het elektronisch voorschrijven van medicatie en toedieningregistratie, was het een eenvoudige beslissing om nu helemaal het pad van HL7v3 in te slaan. Deze keuze werd vooral ingegeven door de generieke mogelijkheden van HL7v3 voor het modelleren van zorginformatie . Maar natuurlijk is het ook wel gemakkelijk als de opgebouwde structuur meteen geschikt is voor HL7v3 communica-

tie naar buiten, zonder dat hiervoor een aparte schil rond het interne systeem gebouwd hoeft te worden.

De techniek van de basisapplicatie (XpertMed) wordt sinds mei 2003 in het gehele ziekenhuis tevens ingezet voor het raadplegen van resultaten (o. a. radiologie, laboratoriumuitslagen, pathologie, kennisbronnen) en DBC registratie, dit onder de naam Labrador.

Sinds april 2005 werken we in een apart project aan een basisstructuur voor het inrichten van een elektronisch patiëntendossier, waarvan de voorkant bestaat uit een web applicatie, terwijl aan de achterkant een database beschikbaar staat voor het opslaan van HL7v3 informatie structuren. De droom: alle formulieren die door gebruikers gedefinieerd worden, kunnen op een generieke wijze verwerkt worden zonder langdurige ontwikkeltrajecten.

De database, die geheel geënt op HL7v3 modelering, heeft de naam RIM (van Reference Information Model) gekregen. Aangezien de rollen op de werkvloer (arts, verpleegkundige enz.) van alle personeelsleden in het UMC St. Radboud als Web service gepubliceerd worden, is het mogelijk om “role based“ toegang tot applicatie onderdelen als HL7 “participations” te implementeren.

Het ontwerpen van een database op basis van het HL7v3 structuurmodel bleek niet eenvoudig. Er moest een strategie gevonden worden voor het weergeven van HL7v3 basisklassen (Entity, Role, Act, Participation, ActRelationship en RoleLink) en hun relaties. Vervolgens zorgde de complexe en op het eerste gezicht wat ongebruikelijke structuur van HL7 data types eveneens heel wat hoofdbrekens. Door het hanteren van een beperkt aantal basisregels is dit uiteindelijk goed gelukt. Er is zowel vanuit de HL7 als vanuit het NICTIZ zeer veel documentatiemateriaal, waarin we eindeloos rondgespit hebben. Daarbij werden we soms gehinderd door de zeer frequente wijzigingen in de diverse ballots. Ook bevatten de (inter)nationale documenten van de HL7 organisatie soms onnauwkeurigheden, die pas bij het gebruik in algoritmes aan het licht kwamen!

Een volgend zeer belangrijk onderwerp is uiteraard de codering van data-items. Codering volgens bekende externe systemen (HL7, LOINC, ICD-9, de G-standaard voor medicatie enz.) maakt pas interoperabiliteit binnen de instelling en naar buiten toe echt mogelijk. Een aparte structuur, onder de weinig originele naam Terminology Server, levert de nodige vocabulaires en verbindt interne en externe coderingssystemen. Ook de koppeling van interne en externe identificatie van personen, materialen, organisaties en plaatsen is zo georganiseerd, dat straks het burger-servicenummer en de UZI nummers zonder veel extra moeite kunnen aanhaken.

Nadat de database was ingericht zijn we begonnen met het regelen van de koppeling met het (legacy) ziekenhuisinformatiesysteem, zodat de gegevens van alle Entities (patiënten, personeel, plaatsen, organisaties en straks ook magazijnartikelen) opgehaald kunnen worden. Ook de rollen waarin de Entities in het EPD worden ingezet zijn gedefinieerd. De rol codes van HL7 zijn heel erg losjes gedefinieerd, dus we hadden vrijheid maar moesten ook veel zelf verzinnen.

Daarna zijn ook alle ADT berichten (admission-discharge-transfer) in de database verwerkt, hetgeen via een HL7 v2 (!) koppeling gecontinueerd wordt; het legacy syteem spreekt immers geen HL7v3.

De volgende stap is het uitwerken van een configuratie omgeving waarin we HL7v3 informatiemodellen in de database kunnen vastleggen. Er zijn een aantal projecten gedefinieerd, onder meer een implementatie van het landelijke project CVA-KIS (CVA KetenzorgInformatieSysteem), waarvoor een lijst met standaard items (de rode blokjes in HL7v3 modellen) en hun verbindingen (roze en blauwe pijlen) opgesteld wordt. Deze items kunnen worden ingevoerd via het configuratiesysteem en vormen de basis voor de schermen van de Webapplicatie. Het workflow model voor de applicatie wordt geleverd door de ‘State machine’ van HL7v3 (“acitvate”, “suspend”, “complete” enz.).

In de configuratie omgeving kunnen we ook ‘query templates’ genereren waarmee de database via een Web service (met SOAP als transport

protocol) benaderd kan worden. Het aardige is, dat de database de data zo als geneste XML kan aanleveren, dat in één (XSLT) transformatie een geldig HL7 bericht wordt afgeleverd. Dit is een generiek proces. We verwachten dat er voor aansluiting op de landelijk communicatiestructuren weinig programmeerwerk overblijft.

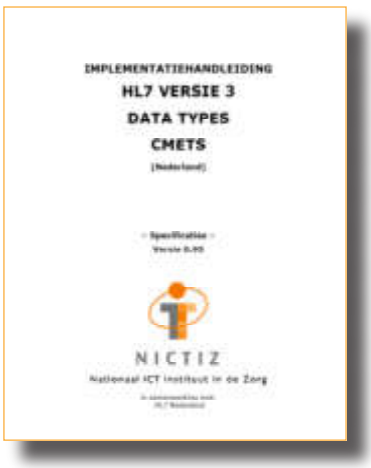
Voor het genereren van schermen (GUI) en het verwerken van de gegevensinvoer van de gebruikers aan het scherm maken we weer uitgebreid gebruik van de combinatie van XML en XSLT. Ook de Web service die de informatie in de database opslaat is op deze zelfde technologie gebaseerd.

De ontwikkeling van deze technieken is nog niet afgerond. Pas over enkele maanden weten we of de droom dichterbij is gekomen: een flexibele structuur, die legacy gegevens en nieuwe informatie integreert, en kan communiceren middels HL7v3 met de buitenwereld.

*Ernst de Bel*

*UMC St. Radboud, Nijmegen*

# Nederlandse Implementatiehandleidung Data Types & CMETs




door Kai U. Heitmann

De HL7 versie 3 standaard beschrijft onder andere een reeks artefacten die in vele berichten worden toegepast. Zo zijn alle gegevens door bepaalde data types geklassificeerd. Zogenaamde Common Message Elements Types (CMETs) zijn herbruikbare informatieblokjes (zoals de patiënt, de zorgverlener) en worden in nagenoeg elk HL7v3 bericht toegepast.

De diverse HL7 versie 3 implementatiehandleidingen van NICTIZ en de Stichting HL7 Nederland bevatten tot nu toe elk een beschrijving van de daarin gebruikte data types en CMETs. Om herhaling te voorkomen, maar ook om reden van consistentie, werd in mei 2005 besloten om dit onderwerp in een aparte implementatiehandleiding onder te brengen.

De “Implementatiehandleiding HL7 Versie 3 Data Types en CMETs” heeft als doel de meestgebruikte datatypes en CMETs nader te verklaren en te specificeren voor toepassing in de Nederlandse zorgsector. Het is de bedoeling dat het document gezamenlijk met de HL7 versie 3 standaard documentatie wordt gelezen.

De Implementatiehandleiding is opgesteld onder verantwoordelijkheid van de Technische Stuur Commissie van HL7 Nederland en is bedoeld voor softwareontwikkelaars van zorg applicaties en zorg-infrastructurele applicaties, die op grond van de HL7 versie 3 communicatiestandaard en op grond van dit document hun berichtschema’s en berichten willen definiëren. Ook de net gepubliceerde handleidingen rond de koploperprojecten zijn al op de nieuwe gids afgestemd.

Na een interne afstemmingsprocedure binnen de Technische Stuur Commissie HL7 Nederland worden nu vanaf 8 december 2005 alle leden van HL7 Nederland opgeroepen om het document kritisch te beoordelen en commentaren in te dienen. Daarna wordt de handleiding de normatieve basis voor komende HL7 versie 3 bericht en document specificaties. Doet u ook mee?

*Kai U. Heitmann*
*HL7 Nederland*

NICTIZprojecten
kortgevisiteerd

NICTIZ
Nationaal ICT Instituut in de Zorg



# Koplopers voor het landelijke Elektronische Patiëntendossier

door Michael Tan

*Decennia lang werd er in Nederland gesproken over een landelijk EPD. In 2002 werd NICTIZ door koepelorganisaties in de zorg met subsidie van het ministerie van VWS opgericht om hierin concrete stappen te realiseren. In een vijfjarenplan werden de stappen naar een landelijk EPD beschreven en nu in 2005 staan wij aan de vooravond van de realisatie van het landelijke EPD. Dit artikel beschrijft de voortgang van de realisatie van het EPD.*

NICTIZ heeft er voor gekozen om specifieke onderdelen van een EPD, waarvoor een business case aanwezig is, op te pakken. Deze componenten zijn in eerste instantie het medicatiedossier en het waarneemdossier voor huisartsen. Veel andere toepassingen zijn in voorbereiding.

NICTIZ past geen centralistische benadering toe zoals in UK of Canada, maar een decentrale oplossing. Het is een virtuele EPD, waarbij gegevens bij de bron blijven. Gegevens kunnen worden opgezocht en ingezien via een verwijsindex. De verwijsindex is een communicatiedienst van het landelijk schakelpunt (LSP). Gegevens worden in HL7v3 berichten via het LSP getransporteerd.

## Medicatiedossier

Gelijktijdig met de bouw van het LSP ondersteunt NICTIZ koploperregio's die als eerste

gebruikers zullen aansluiten bij het LSP. Er zijn zes koplopers voor het medicatiedossier en zes voor het waarneemdossier voor huisartsen. Aan de koploper is gevraagd om in het project de volgende functionaliteiten te realiseren:

- toepassing van het Burger Service Nummer (BSN) zoals gedefinieerd door het ministerie van VWS.
- toepassing van de Unieke Zorgverleners Identificatie (UZI) zoals gedefinieerd door de CIBG.
- Toepassing van de eisen voor een Goed Beheerd Zorgsysteem (GBZ) zoals gedefinieerd door NICTIZ.
- Aansluiting op het LSP.
- Gebruik van HL7v3 standaarden voor de uitwisseling van gegevens.

Voor het medicatiedossier moest een koploper minimaal bestaan uit een ziekenhuis, een groep openbare apotheken en een centrale huisartsenpost met aangesloten huisartsen. NICTIZ ontving 27 aanmeldingen voor het medicatiedossier. Na een selectieprocedure werden op 8 juli de volgende zes koplopers bekend gemaakt.

- Nijmegen met Canisius Wilhelmina Ziekenhuis als ziekenhuis.
- Amsterdam met BovenIJ en Onze Lieve Vrouwe Gasthuis als ziekenhuis
- Noord Holland Noord met het Gemini ziekenhuis van Den Helder
- Harderwijk met het St. Jansdal ziekenhuis
- Rotterdam met het St. Franciscus Gasthuis en het Erasmus Medisch Centrum als ziekenhuizen.

Hoewel het in de selectie geen rol heeft gespeeld, kunnen wij achteraf constateren, dat er een goede spreiding onder leveranciers is. De IT leveranciers, die een groot marktaandeel hebben, zowel voor de 2de lijns, 1ste lijns of infrastructuur leverancier, zijn allen vertegenwoordigd bij de koplopers.

In de uitrol van het medicatiedossier heeft NICTIZ een fasering aangebracht. Als eerste functionaliteit is gekozen voor inzage in de medicatiehistorie. De medicatiehistorie wordt op de verstrekkingen van een apotheker gebaseerd. Om dit mogelijk te maken, moet ook de verwijsindex gevuld kunnen worden. Dit gebeurt met HL7v3-aanmeldingen. Vijf van de zes koplopers willen niet alleen de medicatiehistorie mogelijk maken, maar tevens het elektronisch verzenden van een voorschrift van een voorschrijver naar een verstrekker met een HL7v3-voorschriftbericht. Het was de apothekers vooral om de poliklinische recepten van de specialisten te doen. Een onderzoek[1] in 2002 heeft aangetoond, dat slechts 2%- 3% van de specialisten het voorschrijven van geneesmiddelen elektronisch vastlegt. Bij huisartsen wordt 30% van de voorschriften reeds elektronisch naar een openbare apotheek verzonden. Het HL7v3-bericht is reeds geschikt voor de poliklinische voorschriften. Zelfs WCIA tabel 25, waarin een pseudo-taal voor doseerinstructie meegegeven wordt, kan met het HL7v3-bericht naar de openbare apotheker doorgesluisd worden.

## Waarneemdossier voor huisartsen

Voor het waarneemdossier voor huisartsen hebben 22 kandidaat regio's zich gemeld. Ook hier werden zes koplopers geselecteerd:

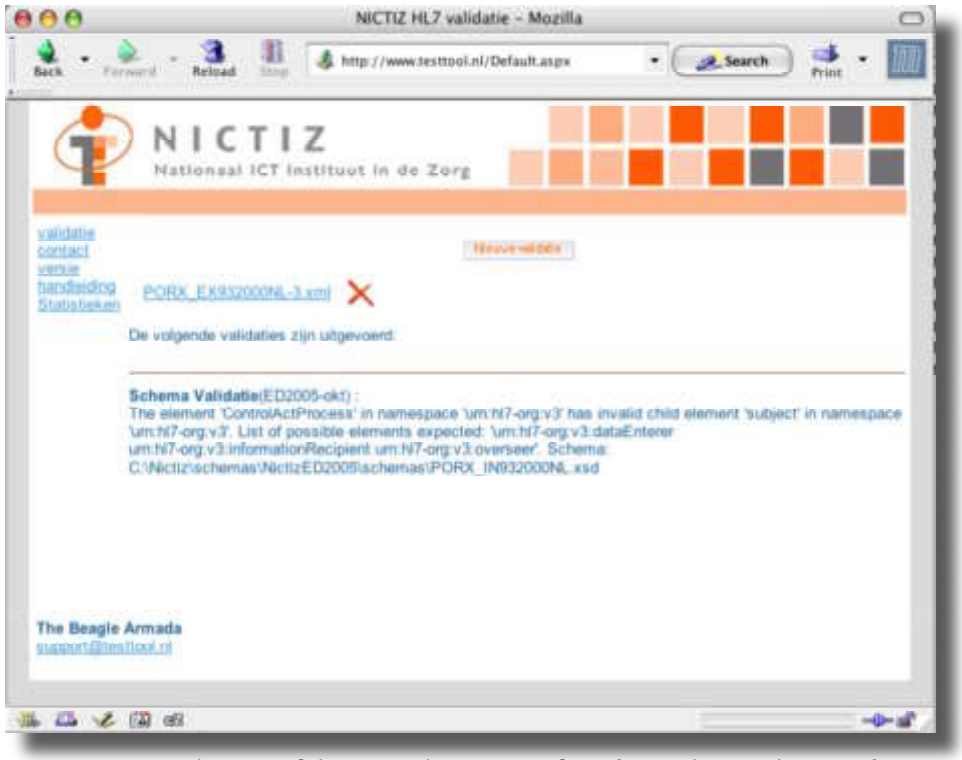
- Nijmegen met drie huisartsen posten, 99 huisartsen en het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
- Twente (Izit project) met 2 huisartsposten en circa 250 aangesloten huisartsen
- Drenthe Centrale huisartsendienst Drenthe met 200 huisartsen en 4 huisartsposten in Assen, Emmen, Hoogeveen en Meppel
- Friesland met 4 huisartsposten in Drachten, Heerenveen, Leeuwarden en Sneek en 10 huiartsen
- Rijnland Middenholland met huisartsposten in Leiden en Alphen, de bollenstreek, Gouda en Voorhout

1 Bytes op recept, Prof. M. van den Berg et al, IBMG, 16-09-2002

- Utrecht met 2 huisartsposten, SEH en 15 huisartsen.

Nijmegen spant zich zowel in voor het EMD en WDH. In totaal zijn er dus elf koplopers.

In het waarneemdossier voor huisartsen gaat het om inzage in een professionele samenvatting van de vaste huisarts als een patiënt buiten de normale huisartspraktijkuren bij een waarnemer op een huisartsenpost komt. De waarnemer vraagt dan via het LSP de samenvatting van de patiënt uit het systeem van de vaste huisarts van de patiënt op. De vaste huisarts van de patiënt wordt via een waarneembericht door de waarnemer op de hoogte gebracht over het consult van de patiënt.




*Met de testtool kunnen de HL7v3-berichten, die straks voor het EPD gebruikt worden, worden getest op syntax, gebruik van het juiste vocabulaire en op semantiek.*

## Begeleiding

In de uitrol van het landelijke EPD begeleidt NICTIZ de realisatie van het LSP en de invoering van de EMD en WDH. Aangezien in de afzonderlijke regio's veel issues hetzelfde zijn, is met de koploper regio's afgesproken om niet ieder voor zich oplossingen te bedenken maar om deze generieke zaken gezamenlijk aan te pakken. De projectleiders van de koploperregio's komen regelmatig bij elkaar om de voortgang van de afzonderlijke projecten te bespreken. NICTIZ voert ook gesprekken met de IT leveranciers. Het gaat immers om landelijke toepassingen van een verder uit te breiden EPD. Dat betekent, dat de oplossingen niet regio specifiek mogen zijn, en dat conformance een belangrijke voorwaarde is. Dat geldt niet alleen voor de technische specificaties, maar ook voor uitwisselbaarheid van inhoudelijke gegevens. Het gebruik van afgesproken vocabulaires is daarbij een belangrijk element.

Om leveranciers en gebruikers te ondersteunen heeft NICTIZ een testtool op Internet (www.testtool.nl) beschikbaar gesteld. Met de testtool kunnen de HL7v3-berichten, die straks voor het EPD gebruikt worden, worden getest. Er wordt op syntax, gebruik van het juiste vocabulaire en voorzover dat in een standalone testtool mogelijk is, ook op semantiek getest.

De specificaties voor het EPD zijn in diverse publicaties van NICTIZ en het CIBG uitgebracht. Tevens heeft NICTIZ IT leveranciers van de koplopers themadagen georganiseerd. De IT leveranciers zijn nu hard aan de slag met de specificaties. Om de support in goede banen te leiden is er een NICTIZ helpdesk beschikbaar. Ook als u technische vragen heeft over het EMD en het WDH programma, kunt u uw vragen richten aan support@nictiz.nl.

*Michael Tan,*
*Project manager NICTIZ*

# Stand van zaken Koploperproject Elektronisch Medicatiedossier

door Max Hendriks

Het EMD (Elektronisch Medicatie Dossier) staat model voor het toegankelijk maken van uiteindelijk al de landelijk beschikbare patiëntgegevens die de behandelaar nodig heeft. Al meer dan 15 jaar wordt er door diverse partijen gediscussieerd en geprobeerd om de hiervoor noodzakelijke randvoorwaarden in te vullen, zoals een unieke patiënt- en zorgverleneridentificatie en landelijke standaarden. Door o.a. de inspanningen van het NICTIZ (Nationaal ICT Instituut in de Zorg) gaat dit in 2006 nu eindelijk lukken. De regio Rijnmond is daartoe – als één van de zes EMD-koploperregio's – op dit moment bezig met de invoering van het BSN (Burger Service Nummer), de UZI-pas (Unieke Zorgverlener Identificatie) en HL7v3 berichten.

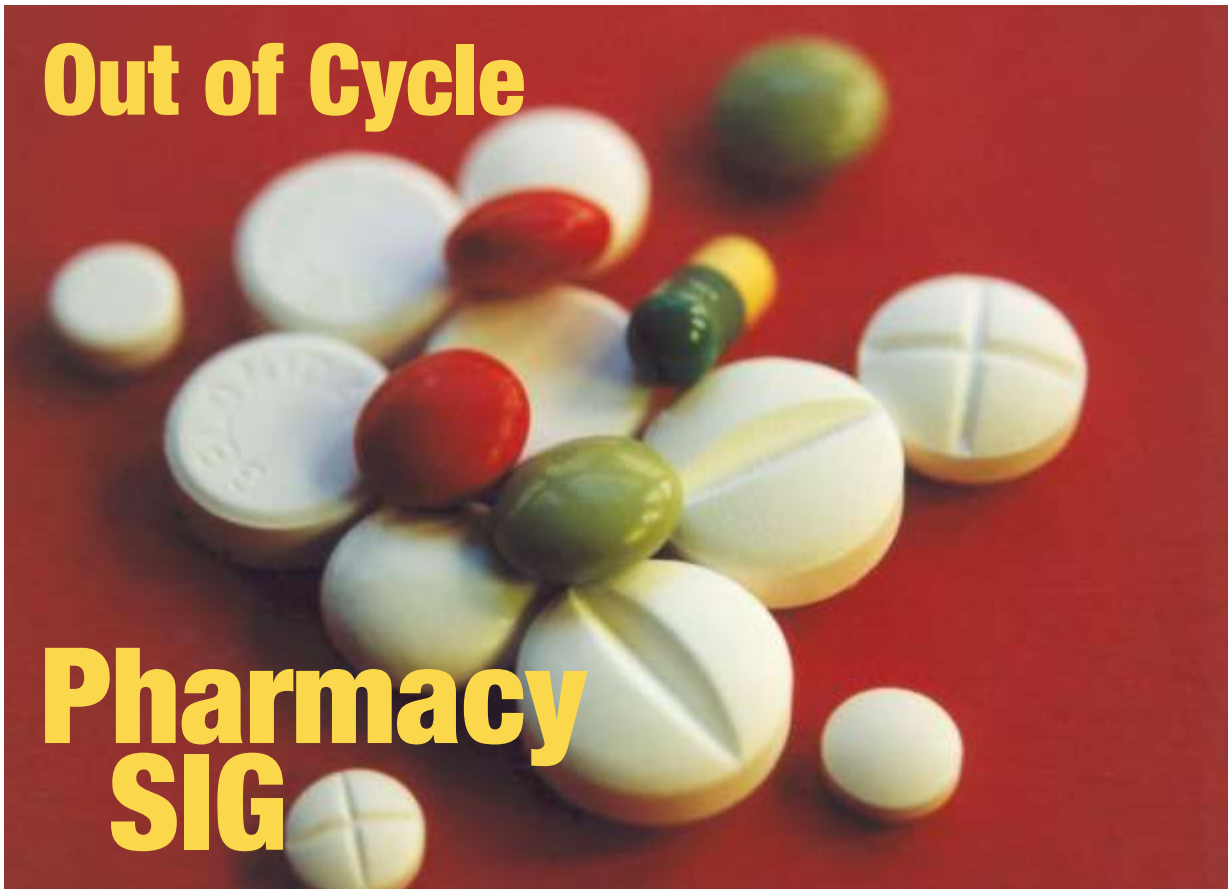
Binnen de regio Rijnmond participeren het Erasmus MC, het Sint Franciscus Gasthuis, de openbare apotheken en de stichting RijnmondNet in het EMD-koploperschap. De stadsapothekers zullen medicatiegegevens via het LSP (Landelijk Schakel Punt) gaan aanleveren die vervolgens door medisch specialisten – voor medicatiebewaking - in de beide ziekenhuizen kunnen worden ingezien. RijnmondNet fungeert daarbij als provider van de verbindingen (als zogenaamd ZSP; Zorg Service Provider). Extra meerwaarde wordt aan het project meegegeven door ook de recepten die de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis meekrijgt, direct elektronisch naar zijn apotheek te verzenden.

Nadat door de landspolitiek, koepelorganisaties en patiënten- en cliëntenorganisaties de nodige inspanningen zijn verricht om op één gezamenlijke lijn uit te komen, is het nu de beurt aan de koploperregio's en de softwareleveranciers om de door NICTIZ ontworpen architectuur (AORTA) te realiseren. Er is met opzet gekozen voor koploperregio's, omdat veldpartijen bij de technische uitwerking onherroepelijk tegen allerhande praktische vragen aan gaan lopen. Dat blijkt inmiddels ook het geval te zijn: NICTIZ wordt door koplopers en softwareleveranciers overspoeld met vragen. Mede daarom heeft NICTIZ recentelijk besloten extra tijd te nemen om te komen tot afspraken met softwareleveranciers. In een eerst offerteronde reserveerden een aantal leveranciers namelijk wel erg veel ruimte (en geld) voor invulling van bestaande onduidelijkheden.

Het Erasmus MC neemt binnen dit alles een bijzondere positie in. Wij zijn namelijk niet alleen 'zorginstelling', maar ook 'softwareleverancier' en ontwikkelen een EPD (Elektronisch Patiënten Dossier), het EMD is daar onderdeel van. De viewer op de landelijke medicatiegegevens wordt daarom door onszelf ontwikkeld en gebouwd. Eén van de uitdagingen die we daarbij tegenkomen, is het gebruik van de UZI-pas. Alléén na het insteken van deze persoonsgebonden pas (die iedere geregistreerde zorgverlener straks krijgt) en slechts na het intypen van zijn pincode krijgt de zorgverlener toegang tot de landelijke patiënt gegevens. Daarbij moet er voor worden gezorgd dat de implementatie van de technische en beveiligingseisen niet resulteert in een onwerkbare situatie voor de zorgverlener. Een andere uitdaging is gelegen in het HL7v3 berichtenverkeer. Met name over de plek waar dit binnen onze architectuur het beste kan worden ingevuld wordt op dit moment hard nagedacht. Mogelijk dat we ook dit onderdeel in eigen beheer gaan ontwikkelen.

*Max Henriks, Erasmus MC (Rotterdam)*

# Out of Cycle Pharmacy SIG



*Dat de working group meeting dit jaar voor het eerst buiten de Verenigde Staten werd georganiseerd is nu een welbekend feit. Minder bekend zijn de zogenaamde "Out of Cycle" meetings van bepaalde Special Interest Groups (SIG).*

door Michael Tan

Met de komst van HL7v3 kwam ook de bewustwording, dat er nog veel werk verricht moest worden om tot een werkbare standaard te komen. Dit werd ook zo ervaren in de Pharmacy SIG. Al enige tijd worstelden de pharmacieten bij elke working group meeting met de materie en zij merkten, dat het materiaal nog verre van volledig was en dat het indienen voor een DSTU (draft standard for trial use) elke keer uitgesteld werd. Landen, die een nationaal programma voor medicatie hadden, zagen de vaststelling van een standaard hierdoor in gevaar komen. De geloofwaardigheid, dat HL7v3 een realistische standaard zou kunnen worden, werd door de buitenwereld in twijfel gebracht. De kritiek van leveranciers, dat zij pas met HL7v3 zouden ontwikkelen als deze gestabiliseerd was, werd door deze nationale organisaties zeer serieus genomen.

Gedurende de working group meeting van San Antonio (mei 2004) besloten sleutelfiguren van Canada Health Infoway en NICTIZ hier verandering in aan te brengen. Om echt meters te kunnen maken, werd het idee geopperd om aparte workshops te organiseren, waarin de werkgroepleden totaal afgezonderd van de buitenwereld volledig kunnen concentreren op de medicatiematerie. Om de bijeenkomst te organiseren zocht M. Tan zelfs, tijdens zijn vakantie in Canada, zijn Canadese counterpart Mark Köhn op, om afspraken te maken voor de eerste Pharmacy SIG workshops.

In oktober 2004 werd de eerste "Out of Cycle" meeting in Toronto georganiseerd. Canada Health Infoway trad als gastheer op en via de open inschrijving op de HL7 website kwamen twaalf participanten uit vier landen (USA, CA, UK, NL) om drie dagen lang van 's ochtends 8 uur

tot 's avonds 10 uur zich te buigen over de geneesmiddelen, de processen en de berichten. In noeste arbeid werd zweet met heftige emoties vermengd. Zelfs een brandalarm in het hotel konden de werkgroepleden niet weerhouden om de sessie in de koude buitenlucht voort te zetten. Belangrijk was dat er knopen werd doorgehakt en, dank zij de uitstekende stuurmanskunst van de gesprekleider Michael van Campen, konden aan het eind van de bijeenkomst goede afspraken worden gemaakt voor het indienen van de ballot.

In januari 2005 werd vlak voor de januari WGM een tweede "Out of cycle" bijeenkomst in Tampa Bay georganiseerd. Dit keer was de Veterans Health Administration (het Amerikaanse leger) de gastheer van de SIG. Elf werkgroepleden uit vier landen werkten in het vroege Floridaanse voorjaars zonnetje aan het model. De SIG kon nu verder reiken dan alleen voorschrift en verstrekkingsberichten. De waarde van de Out of cycle meetings werd groter dan de reguliere WGM, doordat de WGM meer gebruikt werd voor harmonisatie met andere TC's en SIG's dan voor bespreken van het eigen domein.

Er werd dan ook besloten om een vervolgbijeenkomst te organiseren vlak voor de WGM van Noordwijkerhout. Dit keer was het de beurt van NICTIZ om als gastheer de bijeenkomst bij het Hampshire Hotel in Purmerend te faciliteren.

Van 27 tot en met 29 april hebben tien werkgroepleden uit vijf landen (USA, CA, UK, AUS, NL) in de landelijke omgeving van Waterland flink aan de weg getimmerd om het domein uit te breiden met queries, doseringsinstructies, data-typen en allergie modellen. De werkgroepleden zijn intussen zodanig op elkaar ingewerkt, dat snel resultaat geboekt kan worden. Noemenswaardig hierbij is de onuitputtelijke kennis van HL7 goeroe Lloyd McKenzie. Dankzij de inspanningen van deze Out of Cycle bijeenkomsten kan de Pharmacy SIG nu daadwerkelijk het medication en pharmacy model tot DSTU te verheffen.

*Michael Tan, Leidschendam*




*Het team van links naar rechts: Tom de Jong, John Hatem, Rob Hallowell, Hugh Glover, Michael van Campen, Julie James, Peter McIsaac, Lloyd McKenzie, Michael Tan, Garry Cruickshanck*



# Normen en Standaarden rond het Elektronisch Medisch Dossier

door Bert Kabbes

*CEN staat voor "Comité Européen de Normalisation" ofwel het Europese orgaan dat tracht om de totstandkoming van Europese normen te bevorderen op diverse terreinen, waaronder de zorgsector. TC 251 staat voor "Technical Committee" en "251" is de code van de TC die zich bezig houdt met Europese informaticanormen voor de zorgsector. De leden van TC 251 zijn afkomstig uit (een aantal) Europese landen.*

## Wat vooraf ging

In maart 2005 publiceerde CEN TC251 het concept van het Deel 1* van een concept Europees normvoorstel voor de communicatie c.q. gegevensuitwisseling ten behoeve van elektronische medische dossiers, aangeduid als prEN 13606-1. Het betreft een herziening van een vorige versie van dit concept dat dateert uit 2000.

Het concept normvoorstel prEN 13606-1 bestaat uit in totaal 5 delen, waarvan in maart jl. het 1e deel in concept is gepubliceerd en voor commentaar is voorgelegd aan alle Europese landen. Dit Deel 1 van de conceptnorm betreft het onderwerp "referentiemodel" voor elektronische medische dossiers. De afhandeling van de commentaren loopt via de landelijke normalisatie instituten in Europa.

Het "veld" en dus velen van u zijn in het voorjaar 2005 over deze conceptpublicatie in kennis gesteld via een brief met toelichting van de Nederlandse Raad voor de Volksgezondheid (NRV). Het wekte bij velen in het land grote verwondering dat de inhoud van deze brief van de NRV geheel niet afgestemd leek te zijn met het landelijke beleid van Nictiz,de PC/BC en NEN. Het NEN (het Nederlands Normalisatie Instituut) heeft vervolgens rond diezelfde tijd een brief met een commentaarformulier verzonden aan alle zorg(koepel)organisaties, beroepsgroepen, koepels, ICT-zorgleveranciers, standaardisatie organisaties en andere direct betrokkenen. Ook in de ICT media is aandacht besteed aan de publicatie van het concept normvoorstel en de mogelijkheid voor het indienen van commentaar. Conform de geldende Europese procedu-

* Stand van zaken CEN concept normvoorstel 13606, deel 1 : Referentiemodel (officiële aanduiding : prEN 13606-1:2005:E)

res heeft NEN alle Nederlandse betrokkenen opgeroepen om uiterlijk op 5 september jl. hun commentaren in te dienen. Vervolgens heeft de NEN Normcommissie Informatiemodellen Zorgsector op 8 september jl. alle binnengekomen commentaren doorgenomen, geëvalueerd en gebundeld, waarna (eveneens overeenkomstig de geldende procedures) een eenduidige stem namens Nederland is uitgebracht aan CEN TC 251.

## Commentaren vanuit Nederland

Door ca.15 organisaties is commentaar ingediend bij NEN, hetzij in de vorm van een gedetailleerd inhoudelijk en/of technisch commentaar per hoofdstuk/paragraaf, hetzij in meer algemene, generieke zin in de vorm van een (uitgebreide) brief.

Ook de Stichting HL7 Nederland heeft uitgebreid inhoudelijk commentaar ingediend. Zonder op deze plaats al teveel in details te treden, kan worden gesteld dat ons commentaar over het geheel gezien uitermate kritisch was. Als lid van de NEN Normcommissie bleek ons bij de bespreking van de ingediende commentaren in de Normcommissie dat we met onze forse kritiek als HL7 Nederland allerminst alleen stonden : de overgrote meerderheid van de commentaren bleek bijzonder kritisch. De eindstemming over de uit te brengen stem aan CEN namens Nederland was dan ook eenduidig “tegen”. Er was slechts 1 voor-stem.

Onze kritiek – en die van de andere landelijke organisaties - betrof met name het cruciale punt dat het door CEN voorgestelde referentiemodel een volstrekte doch (helaas) gemodificeerde overlap is van het HL7 Reference Information Model, ofwel het HL7 Versie 3 RIM. Dit HL7 RIM is wereldwijd door ISO aanvaard als referentiemodel, verkeert in de laatste fase van officiele erkenning als ISO-standaard en is ook door CEN erkend. ISO staat voor International Standards Organization en overkoepelt wereldwijd alle landelijke normalisatie organen en instituten, inclusief CEN.

Naast het feit dat het een overlap c.q. duplicering betreft van het HL7 RIM en de daarin onderscheiden domeinen, wijkt het CEN referentiemodel op diverse belangrijke punten af ten aanzien van definities, relaties en associaties, notatie, specificaties en terminologie.

Stuk voor stuk essentiële onderdelen van een referentiemodel en liggend op het hoogste niveau: verschillen op dit hoogste niveau tussen het CEN referentiemodel en het HL7 RIM (naast nog vele andere wereldwijd erkende en aanvaarde standaarden zoals DICOM) zullen een desastreus effect hebben op de onderliggende specificaties en onvermijdelijk leiden tot bijkans eindeloze mapping- en harmonisatieslagen voor elke nieuwe versie en elke implementatie. In elke Europese lidstaat.

Vanuit onze nationale en internationale HL7 optiek zien wij (met vrijwel alle andere landelijke organisaties) geen enkel heil in een Europese norm voor een Referentiemodel zoals CEN TC251 dit heeft gemodelleerd en gedefinieerd. Het zou leiden tot grote onduidelijkheden bij instellingen, bij ICT leveranciers en bij zorgverleners, het frustreert de broodnodige wereldwijde standaardisatie die zo goed op gang is, het negeert de grote operationele HL7 basis die wereldwijd aanwezig is en het voegt niets toe dat al niet in bestaande standaarden en met name in HL7 Versie 3 is voorzien. Integendeel, het conceptvoorstel zou leiden tot grote gevaren voor de betrouwbaarheid, consistentie en uitwisselbaarheid van informatie rond elektronisch medische dossiers : en dat is wel het laatste dat we van een standaard of norm verwachten.

Bovendien is de algemene Nederlandse conclusie dat het nu gepubliceerde Deel 1 van het CEN normvoorstel verre van compleet is en dat dit Deel 1 onmogelijk worden beoordeeld zonder ook de nog te publiceren overige 4 delen van de conceptnorm ter beschikking te hebben.

Tenslotte wordt in de tekst van het normvoorstel op een aantal plaatsen gesteld resp. gesuggereerd dat het door CEN voorgestelde referentiemodel reeds zou zijn geharmoniseerd met het HL7 RIM en met de HL7 organisatie. Dat dit niet het geval is moge uit het voorgaande duidelijk zijn. Waarbij kan worden vermeld dat dergelijke harmonisatie-activiteiten ons uiteraard bekend zou zijn via onze actieve deelname in de HL7 werkgroepen en de vele contacten op alle

bestuurlijke en inhoudelijke niveau's binnen de internationale HL7 organisatie. Het CEN voorstel heeft de reguliere procedures binnen HL7 via de Working Groups, het Technical Steering Committe en de HL7 Board niet doorlopen.

## Hoe dan wel?

Allereerst een expliciet statement: wij zijn als HL7 Nederland – evenals andere landelijke organisaties en waarschijnlijk elke andere Europese lidstaat – van meet af een expliciet voorstander van internationale normering en harmonisatie van bestaande normen en standaarden. Echter dan wel "internationaal" in de nadrukkelijke betekenis van "wereldwijd", aangezien de zorgcommunicatie en zorg-ICT niet beperkt is tot Europa. Europa is o.a. qua zorginformatica bij lange na geen eenheid. Er zijn zeer grote verschillen in zorgstelsels, rollen en posities van zorgverleners, verzekering en financiering, wet- en regelgeving, etc., die met name ook rond elektronische medische dossiers grote effecten hebben.

In HL7-verband en in ISO-verband wordt al jaren wereldwijd gewerkt. Er zijn generieke, praktische oplossingen, modellen en communicatieprotocollen ontwikkeld, waarin al die wereldwijd spelende en door deelnemers uit alle werelddelen aangedragen verschillen zijn overbrugd. Het resultaat daarvan is het HL7 RIM, met alle achterliggende definities, datadictionaires, domeinmodellen, gegevensmodellen etc. Tot en met tools en hulpmiddelen die vrijwel automatisch direct werkende en implementeerbare berichtenprotocollen genereren op XML niveau. Volledig consistent met de meest actuele stand van modelleren en technische overdracht. En met ingebouwde mogelijkheden voor lokale specialisaties en toevoegingen waar dat onvermijdelijk is door de lokale eisen.

Wij zijn van mening dat een Europees referentiemodel (als het nut en de noodzaak daarvan al onderbouwd zouden kunnen worden met een objectieve "business case") in dat geval één op één en derhalve volstrekt consistent dient te zijn afgeleid van het reeds internationaal aanvaarde HL7 RIM. Niet omdat wij zo kortzichtig zouden zijn om alleen ons "eigen" referentiemodel als het enige juiste te zien, doch om de simpele reden dat (a) het HL7 RIM is ontworpen en ontwikkeld in wereldwijd verband met duizenden deelnemers uit ruim 50 landen, waaronder complete continenten zoals de USA, Australië, Canada, Japan etc. (b) waaronder reeds ruim de helft van de Europese lidstaten waar een HL7 organisatie actief is en (c) omdat de complexiteit die wereldwijd allang is overwonnen, de eisen en wensen van "Europa" – meer dan – afdekt.

Ergo : CEN had er verstandig aan gedaan om het HL7 RIM c.q. ISO-RIM eenvoudigweg over te nemen, in plaats van de markt te frustreren met een "eigen", afwijkend referentiemodel.

## De verdere CEN procedure

Naast Nederland hebben ook diverse andere Europese lidstaten hun commentaren en landstem uitgebracht. Conform de procedure bezint CEN TC 251 zich op dit moment over de binnengekomen landencommentaren en stemmen. Begin november heeft tijdens de CEN TC251 vergadering in Rome een eerste bespreking inzake 13606-1 plaatsgevonden. Later dit jaar zal CEN een besluit nemen over de wijze waarop de procedure zal worden vervolgd. Daarvoor staan meerdere alternatieven open, waaronder o.a. intrekken van het concept, aanpassen van het concept middels verwerking van commentaren, volledige herziening of het concept in Europese stemming brengen met eventuele voorbehouden en/of geconditioneerd.

Hoe CEN verder zal besluiten is afhankelijk van zowel objectieve als subjectieve overwegingen, waarbij men echter wel gehouden is aan de formele CEN (en ISO) procedures die van toepassing zijn. Uiteraard wordt daarop voor dit specifieke onderwerp door de lidstaten bijzonder kritisch en scherp gelet. Via de HL7 website houden we u op hoogte van de verdere ontwikkelingen.

*Bert Kabbes*

*Secretaris en vice-voorzitter Bestuur HL7 Nederland, Lid NEN normcommissies zorgsector voor Berichtenverkeer, Informatiemodellen en Terminologie/Classificatie, Co-voorzitter Standaardisatie Organisaties Overlegplatform (SOO)*

www.hl7.nl • info@hl7.nl

# TSC & TC Nederland activiteiten

door Wiggert Kalis

## Bericht uit de technische commissie Health and Clinical

Het doet mij veel plezier dat het aan mij de beurt is om een stukje te schrijven voor het Hl7 Magazine Nederland. Inmiddels loop ik al een weer een tijdje mee bij de HL7 stichting, sinds 1995 ben ik bij de HL7 actief. Vanaf begin is mijn aandachtsgebied Orders and Observations inmiddels is de naam van de werkgroep veranderd naar Health and Clinical conform de structuur die in de USA wordt gebruikt. De naam werkgroep is eigenlijk niet juist moet zijn technische commissie maar de naam werkgroep is meer op zijn plaats daar er veel werk verricht moet worden binnen deze groep. De werkgroep heeft een breed aandachtsgebied zoals:

- Laboratorium
- Radiologie
- Pharmacy
- Care Provision
- Medical records

Gezien de velen onderwerpen hebben we sinds kort officieel de werkgroep Health and Clinical opgedeeld in SIG's (Special Interest Groups) zoals hieronder beschreven met een korte beschrijving van de werkzaamheden.

### Laboratorium

De werkzaamheden zijn:

- Ballotten HL7 versie 3
- Resultaatberichten voor de medische microbiologie verder uitwerken.
- Verdere kijk op de berichten voor gegevens uitwisseling van bloedproducten, zoals aanvraag van bloedzakken vanuit een decentraal order entry systeem.

### Radiologie

De werkzaamheden:

- Inventarisatie wat nu in de NL implementatiegids staat op het gebied van Radiologie.

### Patient Care SIG

Werkzaamheden:

- Het verder uit ontwikkelen en becommentarieren van het v3 Patient Care domein voor de Nederlandse situatie. Afstemmen met andere specificaties op dit gebied

### Pharmacy SIG

Werkzaamheden:

- HL7 versie 2 pharmacy uitontwikkelen en beschrijven.
- HL7 versie 3 ballot uitontwikkeling en balloting.

### CDA (Clinical Document Architecture)

Doelstelling:

- Educatie, CDA is nog vrij onbekend binnen de werkgroep en ook in bredere zin binnen HL7 Nederland.

In de vorige editie Nr 2/2005 is er stil gestaan bij de vele projecten welke uitgevoerd worden in het land zoals: “overzichtelijk voorschrijven medicatie dossier” , “landelijk medicatie dossier” en “elektronisch dossier voor jeugdgezondheidszorg”. Al deze activiteiten hebben direct iets te maken met Health and Clinical. Nu we de werkgroep hebben opgedeeld in SIG’s kunnen we beter en efficiënter de onderwerpen doornemen. Een gevolg hiervan is dat de werkgroep het afgelopen jaar flink is uitgebreid totaal zijn er drie nieuwe werkgroepleden bijgekomen hierdoor is de kennis en expertise nog meer verbreed. Al met al is er veel werk te doen binnen deze werkgroep, tot nu toe kunnen we wij dit goed volgen mede door de enorme inzet van de werkgroep leden.

Tot slot even de aandacht voor ons jaarlijks hl7 congres wat 8 december a. s. gepland staat, tijdens dit congres zal de werkgroep een bijdrage leveren met als onderwerp “Hoe om te gaan met order berichten in relatie met de DBC registratie”...

Tot de 8e!

*Wiggert Kalis, Voorzitter Technische commissie Health and Clinical*

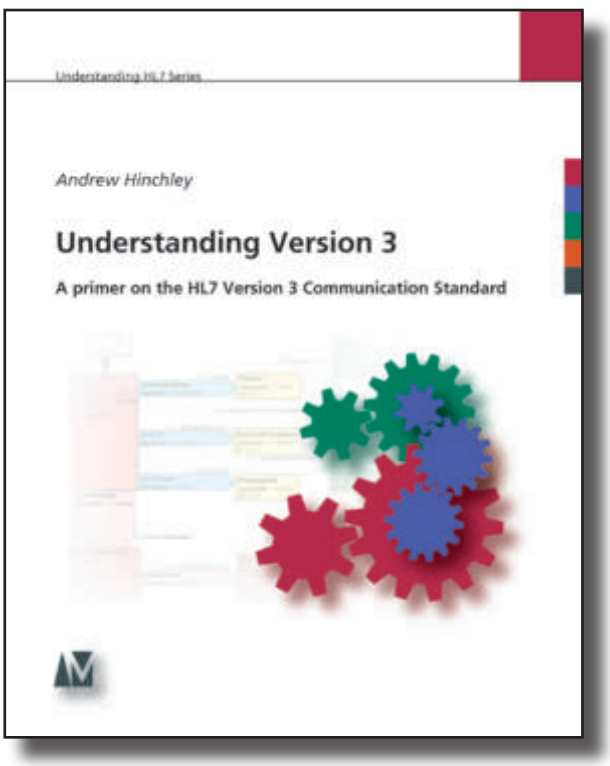
## Andrew Hinchley

*Boeken*

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

Understanding HL7 Series

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




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

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

# HL7-meeting in Noordwijkerhout



samengesteld door
Jos J.M. Baptist

Voor het eerst in zijn bestaan organiseerde de standaardisatieorganisatie HL7 een congres buiten Noord Amerika. Van 1 t/m 6 mei werd in hotel Leeuwenhorst in Noordwijkerhout een reeks werkbijeenkomsten georganiseerd van de Technical Committees en de Special Interest Groups waaruit HL7 is samengesteld. Deze TC's en SIG's zijn samengesteld uit deskundige medewerkers van ICT-bedrijven en van diverse instellingen en overheden. Op het congres waren 435 vertegenwoordigers aanwezig uit ruim dertig landen waar een met HL7 verbonden organisatie actief is. Aan de orde kwamen onder meer HL7 v3, door NICTIZ gekozen als standaard voor nieuwe ontwikkelingen voor de Nederlandse zorg-ICT; aan HL7 gerelateerde onderwerpen als vocabulaires, EHR-ontwikkelingen en CCOW; en andere standaarden met een relatie tot HL7. Bovendien waren er 'tutorials' door prominente HL7-kenners.

## 1 mei 2005

De samenwerking met andere organisaties kwam tot uiting in een rapportage vanuit ISO, een presentatie van CEN TC 251 en een presentatie van IHE, Integrating the Healthcare Enterprise. IHE heeft in Noordwijkerhout de voorgaande week een Europese connectathon georganiseerd, waarbij 1600 verschillende verbindingen in 150 verschillende systemen zijn getest tussen bijna 100 leveranciers met standaarden als DICOM en HL7.

Het stafbureau van HL7 meldde op zondagochtend 411 aanmeldingen en 576 inschrijvingen op tutorials voor deze WG meeting. Ofschoon dit minder deelnemers zijn dan het gemiddelde van de laatste drie WG-meetings, is het zeker voldoende voor een eerste keer buiten Noord Amerika. Over twee jaar kan een ander land gastheer zijn.

De International Affiliates hebben één maal per jaar ook hun eigen meeting, die dit jaar in Taiwan zal plaatsvinden op 21 en 22 juli. HL7 Taiwan toonde dan ook een promotiefilm voor hun bijeenkomst. Hier worden wereldwijd de ervaringen uitgewisseld met het implementeren van HL7 V3 en CDA.

Het aantal landen waar HL7 een affiliate heeft is uitgebreid tot 30 met de toetreding van Uruguay en Venezuela. Aanwezige vertegenwoordigers uit al deze landen hebben een kort overzicht gegeven van de activiteiten op het gebied van HL7 in hun land. Opmerkelijk daarbij zijn

de onderlinge overeenkomsten op het gebied van samenwerking tussen overheid, ICT industrie en zorgverleners en dus ook de overeenkomsten in de problemen, die daarbij worden ervaren. De samenwerking tussen IHE en HL7 begint in de diverse landen steeds meer vorm te krijgen.

Er is in veel Europese landen opmerkelijk meer aandacht voor het onderwerp medicatie. Landen als Frankrijk en Spanje nemen deze onderwerpen nu ook als focus, net als Nederland en Groot-Brittannië.

## 2 mei 2005

Het is duidelijk een ongewone ervaring voor de deelnemers uit de Verenigde Staten om ergens anders op de wereld een werkgroep meeting te houden. Zelfs de zo ervaren Mark McDougall, die altijd de introducties verzorgt, moest ervaren, dat het begrip 'internationale deelnemers' in een land als Nederland iets heel anders betekent dan wanneer hij in zijn eigen vertrouwde US of A de deelnemers welkom heet. Maar de aftrap is gemaakt. De eerste dag van de werkelijke bijeenkomsten zit er op en overal in dit grote hotel kom je nu druk met elkaar overleggende HL7 deelnemers tegen op weg naar de lunch of de 'cookiebreak', dit keer dan met Hollandse stroopwafels.

Maar eerst even wat nieuwsfeiten. Iedere TC Technical Committee of SIG Special Interest Group heeft twee of meer voorzitters, waardoor vooral de continuïteit van het werken aan de standaard bewaakt wordt. Bij Patiënt Care is William Goossen één van de co-chairs geworden. Binnen deze TC zal hij zich met name bezighouden met zorgplannen, klinische paden en zorginformatiemodellen. Dat ligt helemaal in het verlengde van zijn eigen interesses en werkzaamheden. Het is voor HL7 buitengewoon goed een dergelijke deskundige als co-chair in deze TC te mogen verwelkomen en voor Nederland betekent dit dat we nog beter en meer kunnen doen aan de inbreng van patiëntzorgmodellen in de HL7 standaard.

Patient Administration (PA) is de HL7 TC die o.a. verantwoordelijk is voor het gedeelte van de HL7 Versie 3-standaard dat demografische gegevens afdekt. Basale patiënt- of cliëntgegevens vormen een essentieel deel in de communicatie in de zorgsector. Om vast te stellen hoe de huidige modellen op het gebied van Persoonsregisters passen in de diverse Europese Versie 3-projecten heeft men o.a. NICTIZ gevraagd het gebruik van de berichten toe te lichten.

Tijdens de discussie bleek er met name interesse rondom het opvragen van het Burger Service Nummer (BSN). De wijze waarop vragen aan de SBV-Z-applicatie (het BSN-register) worden beantwoord is specifiek voor Nederland, maar voldoet tegelijkertijd aan de vereisten van de internationale standaard. Het Nederland-specifieke zit hem in het feit dat een vraag in maximaal één gevonden persoon resulteert, en dat het antwoord nooit meer gegevens bevat dan de gegevens die als parameters in de vraag aanwezig waren.

Vanavond was de bijeenkomst van alle co-chairs, waarbij vooral het volgen van de juiste procedures in de groepen veel aandacht krijgt en de nodige verbeteringen worden voorgesteld en behandeld. Belangrijke veranderingen en vernieuwingen worden hier gemeld en uitgelegd, zodat het werk in de groepen goed met elkaar wordt afgestemd. Dit is met ruim 70 co-chairs een geweldige vergadering en vereist daarom een strakke leiding om nog redelijk op tijd te eindigen.

## 3 mei 2005

De dinsdag is ongetwijfeld de drukste dag van de werkgroepweek met aan het einde van de dag de Boardmeeting. Daarom vandaag wat nieuws vanuit de 'randgebieden': publishing, early adopters, projectmanagement en de boardmeeting.

Bij publishing wordt een gevecht gevoerd om de groei van HL7 versie 3 voor te kunnen blijven. De huidige ballot is al een zip file van 96 Mb, die voor het grootste gedeelte wordt gegenereerd uit de opgeslagen modellen en databases. Maar voor een beter begrip wordt er nu ook een beroep gedaan op deze mensen om het ballotmateriaal van affiliates aan te kunnen vullen

of implementatiemanuals te produceren voor bijvoorbeeld pharmacy. De oplossingen moeten komen uit verbeteringen van de toolsets, maar dat is geen eenvoudige opgaaf.

Vandaag was er een speciale lunch voor de early adopters van versie 3. Daar worden onderling de ervaringen uitgewisseld over het implementeren. Er waren veel nationaliteiten bijeen en dat geeft een geheel eigen karakter aan de HL7 versie 3 ontwikkelingen.

Naast de vele werkgroepen heeft HL7 een aantal projecten. Projecten hebben een specifieke doelstelling, zijn beperkt in levensduur en hebben veelal een onderwerp dat de doelstelling van een individuele werkgroep overstijgt. Aan het „registry“ project nemen alle administratief/financiële werkgroepen deel. Voorbeelden van registers zijn Persoonsregisters (bijv. BSN), Zorgverlenerregisters (bijv. UZI register), en Locatieregisters. De projectgroep heeft als taak algemene registerprincipes en modellen te beschrijven. Vandaag waren 22 personen aanwezig. Een van de onderwerpen was het definiëren van de relatie tussen registers en EPD's. EPD-systemen bestaan veelal uit een combinatie van registers en klinische gegevens. Commentaar van een Engelse deelnemer was dat de NHS persoon- en zorgverlenerregisters als een integraal onderdeel van een EPD beschouwt. Als wij in Nederland de Zorg Informatie Makelaar (ZIM) zien als een virtueel EPD, dan maken ook in AORTA, de Nederlandse ICT-basisinfrastructuur voor de zorg, deze registers onderdeel uit van dit virtuele EPD. De Canadezen hebben zowel nationale als regionale registers, wat de synchronisatie van de gegevens bemoeilijkt.

Door het simpele feit dat vertegenwoordigers uit zo vele landen aanwezig zijn, ontstaan interessante kruisbestuivingen: het kan zijn dat men tijdens de „stroopwafelbreak“ hoort over bepaalde ervaringen in Canada, die mede worden gehoord door een Fin, en waarbij dan blijkt dat allen met een bepaald onderwerp bezig zijn, maar vanuit een andere invalshoek. In dit opzicht biedt de meeting ook op het gebied van niet-HL7 gerelateerde onderwerpen nieuwe inzichten.

Ten slotte nog twee opmerkelijke zaken met betrekking tot de boardmeeting. In de eerste plaats wordt de USA nu ook als 'realm' erkend. Vreemd wellicht? Van origine is HL7 een standaard uit de VS, waarbij gebruikte codestelsels ook die uit de VS zijn. Afwijkingen van de standaard vanwege het gebruik in andere landen worden dan 'realm specifiek' genoemd. Nu de VS ook een realm is, wordt het gebruik van codestelsels e.d. voor elk land een zaak van eigen invulling en zit het niet langer in de standaard verweven.

De ervaringen tot nu toe van de board met het organiseren van de werkgroepmeeting buiten Noord Amerika zijn positief. En dus wordt er voor de eerstvolgende mogelijkheid in mei 2007 wederom gezocht naar een kandidaat-gastland.

## 4 mei 2005

Soms is de gebruikelijke werkgroep meeting niet voldoende om het werk aan een deel van de standaard af te krijgen. Pharmacy is zo'n terrein. Daarom worden er tussen of vlak voor de werkgroep bijeenkomsten zogenaamde out-of-cycle meetings georganiseerd om in een paar dagen tijd een werkelijk grote stap vooruit te maken. Na eerdere bijeenkomsten in Toronto vorig jaar en in Bay Pines begin dit jaar waren vorige week in Purmerend de pharmacy vertegenwoordigers van Canada, Engeland en Nederland weer bijeen. Op deze bijeenkomst is vooruitgang geboekt op het gebied van het modelleren van allergieën, het met elkaar afstemmen van de projecten (e-medicatie in Nederland), afstemmen met het materiaal van de Patiënt Care TC en de interacties per zorgverlener, waarbij die in de ziekenhuisomgeving zijn toegevoegd. Het gaat te ver om de vele onderwerpen in detail te verslaan, maar even een opsomming: Data type changes, Query Models and Parameters, Generic and Canned queries, State model review, Update semantics, Message review process, kortom een veelheid waaruit maar één conclusie kan worden getrokken: ze hebben niet stilgezeten. Vóór de volgende HL7 werkgroep meeting in september zal de pharmacy SIG weer een aantal dagen bijeenkomen in San Diego. In de

tussentijd wordt het materiaal verzameld vanuit de verschillende landen voor de ballot van de normatieve standaard.

Op de woensdagmiddag hebben NICTIZ en HL7 Nederland een lezingensessie georganiseerd rondom het thema 'Waarom landen kiezen voor HL7'. Uit de presentaties over achtereenvolgens Nederland, Kroatië, Duitsland, Mexico, Engeland en Canada kwam duidelijk naar voren, dat er als gevolg van de organisatie van de gezondheidszorg verschillen bestaan in de aanpak, maar dat er heel veel overeenkomsten zijn bij het gebruik van HL7. Het is goed om te constateren, dat landen die vanaf weinig of niets kunnen opbouwen, heel snel resultaten bereiken. De conclusie uit deze informatieve middag kan zijn, dat we in Nederland zeker niet geïsoleerd bezig zijn. Overigens wordt dit elders nog gestaafd door een onderzoek van de NLM de National Library of Medicine in de VS, waarbij met name slechts één VS project en verder de Europese landenaanpak van Finland, Griekenland en Nederland zijn geselecteerd als voorbeeldprojecten.

Het slot van de woensdag is de gebruikelijke HL7 Networking Reception. Nederland als medeorganisator van deze werkgroep meeting heeft zich gerealiseerd, dat we op de avond van de dodenherdenking moeilijk een feestje kunnen organiseren. Daarom hebben we gemeend de aanwezige HL7 gemeenschap uit te nodigen op de Keukenhof. Tijdens een rondleiding met gidsen konden onze buitenlandse vrienden de miljoenen bloemen bewonderen, maar ook een harinkje happen en een borreltje drinken. (Dat was ook wel nodig, want echt warm was het niet.) In één van de paviljoens is m.b.v. twee grote televisieschermen het hoe en wat van de dodenherdenking in Nederland uitgelegd. Tijdens deze indrukwekkende plechtigheid hebben we als internationale HL7 gemeenschap een hechte band gevoeld. Je kon een speld horen vallen in de groep van ruim 400 personen tijdens de twee minuten stilte ter herinnering aan alle slachtoffers.

Na de ceremonie was er weer volop tijd om met elkaar onder het genot van een hapje en een drankje ook weer te 'netwerken'.

## 5 mei 2005

Op de vóórlaatste dag worden er knopen doorgehakt. Er moeten resultaten zijn om mee thuis te komen en er moet weer een nieuwe uitdaging liggen om aan door te werken tot de volgende werkgroep meeting. De standaard is nooit af, maar wordt wel steeds beter. Bij de TC Orders en Observations bijvoorbeeld is men er deze week in geslaagd om tot één generiek ordermodel te komen. Een laboratoriumtest, een radiologieonderzoek, bloed, urine, bacteriologie, noem het allemaal maar op: er is nu één model, één bericht in versie 3 voor beschikbaar, die voor al die verschillende doeleinden kan worden gebruikt. Een goed voorbeeld van standaardiseren binnen de standaard.

De voorzitters van de affiliates hebben samen geluncht. Voortaan heet de Affiliates meeting, zoals afgelopen jaar in Acapulco en dit jaar in Taiwan, de 'International HL7 Interoperability Conference', "...to better reflect the HL7 Worldwide character of these conferences" aldus de Director of International Affiliates, Kai Heitmann. De affiliates hebben ook besloten om een fonds in te stellen voor het ondersteunen van het maken van tools. In het verslag van dinsdag hebben we al gewezen op de problematiek van de documentatie en de implementatiemanuals. Juist de verschillende landen en de verschillende talen zullen moeten investeren in generatoren om de documentatiestroom aan te kunnen.

In Patiënt Administration en Financial Management is de problematiek besproken van het Nederlandse BSN en de Duitse patiëntkaart. Dat is een voorbeeld van hoe twee verschillende toepassingen binnen HL7 op dezelfde manier worden opgelost. Zodra wij in Nederland gebruik gaan maken van het BSN om patiëntgegevens op te vragen, gaan we in feite hetzelfde doen als wanneer in Duitsland met behulp van de patiëntkaart gegevens worden opgevraagd. Voor de communicatie tussen de systemen is dit volledig gelijk. En ook daar is nu weer één generieke oplossing voor gemaakt.

Tot slot nog iets over de kwaliteit van de bijeenkomst. Er bestond enige angst voor onderbezet-

ting van TC's en SIG's, omdat deze werkgroep meeting buiten de VS is georganiseerd. Er zijn inderdaad minder Amerikanen aanwezig dan normaal, maar er zijn tweemaal zoveel deelnemers van andere nationaliteiten. Kwalitatief gezien heeft geen enkele werkgroep slechter gepresteerd. Integendeel, veel Amerikanen vinden het een verademing om zonder telefoontjes en e-mails van het thuisfront, omdat ze daar nog op één oor liggen, hun tijd te kunnen besteden aan dit standaardisatiewerk. Al met al een buitengewoon positief resultaat.

Kleinigheidje tot slot: het ontbijt en de lunch, zoals wij dat hier gewend zijn, wordt ook door de buitenlanders hoog gewaardeerd. We hebben nog niemand horen vragen waar ze de muffins kunnen vinden!

## 6 mei 2005

De vrijdag is meestal een halve dag, om degenen die die dag nog thuis willen komen in de gelegenheid te stellen op tijd te vertrekken. Maar er zijn altijd nog andere activiteiten die in het verlengde van de HL7 werkgroep meeting worden georganiseerd. ISO werkgroep bijeenkomsten zijn zo'n voorbeeld. Nu de bijeenkomst in Europa is zit er een 'vrij' weekend tussen en vindt er een volledige ISO TC 215 meeting plaats in Berlijn van maandag tot en met woensdag.

In de TC Personnel Management zijn deze week zodanige vorderingen gemaakt, dat is besloten om de huidige specificaties op te laten gaan voor de Membership Ballot voor de september WGM in San Diego. Naast het domein personeelsinformatie zelf is Personnel Management belangrijk in relatie tot o.a. authenticatie en autorisatie, waarbij de externe verificatie via UZI (CBIG) en de interne verificatie met het basisbestand van medewerkers interoperabel moeten zijn.

In Patiënt Administration en Financial Management zijn we voor Nederland met het voorbereidende werk bezig in relatie tot de stelselherziening per 1 januari aanstaande. De invoering van een basisverzekering, waarnaast veel soorten bijverzekeringen, zal een beroep doen op het intellect waarmee de systemen van verzekeraars bevraagd kunnen worden door de systemen van zorgverleners. Het is goed om te weten, dat we ook in HL7 versie 3 voorbereid zullen zijn om de juiste berichten te kunnen gebruiken.

Op deze vrijdag was er een bijeenkomst onder de titel 'Acendio meets HL7'. Acendio is een Europese samenwerkingsorganisatie voor verpleegkundigen. Als centrale onderwerp werden de zorginformatiemodellen neergezet, zoals die in de CVA projecten zijn ontwikkeld. De vertegenwoordigers uit vele Europese landen hebben zich gebogen over één voorbeeldmodel en waren blij verrast te vernemen, dat op deze wijze al bijna 30 modellen zijn uitgewerkt. Allen nemen dit mee terug en zullen in eigen land deze wijze van standaardisatie bepleiten. Hierdoor wordt het mogelijk, dat de in Nederland ontwikkelde modellen degelijk worden beoordeeld en tegelijkertijd in de andere Europese landen worden ingevoerd. Semantische interoperabiliteit wordt op deze wijze snel en praktisch ingevoerd met volledige ondersteuning van een belangrijke en omvangrijke beroepsgroep.

Uit de statistieken van de aantallen bezoekers aan de Mei (Spring) Working Group Meetings die tot nu toe altijd in de USA plaatsvonden blijkt dat deze WGM in Noordwijkerhout met 435 deelnemers een licht hoger aantal deelnemers heeft dan het cumulatieve gemiddelde.

Tot slot een woord van dank aan de vrijwilligers van HL7 Nederland, die zich enorm hebben ingezet om onze internationale collega's een onvergetelijke werkgroep meeting te bezorgen. De HL7 USA organisatie heeft het 'normale' werk verzorgd, maar het bijzondere kwam vanuit de Nederlandse inbreng en de extra's qua gastvrijheid, die de deelnemers hebben mogen ervaren. Grote klasse van een klein land.

*Jos J. M. Baptist*

*Senior Adviseur Standaardisatieprocessen, NICTIZ*

# Nederland valt in de prijzen

*Op de Plenary and Working Group Meeting 2005 in San Diego zijn woensdag 14 september de jaarlijkse „Volunteer Awards" uitgereikt aan vrijwilligers van HL7 die zich uitzonderlijk verdienstelijk hebben gemaakt. Van de vijf gelukkigen kwamen er maar liefst twee uit Nederland. Tom de Jong mocht de award ontvangen voor zijn enorme inzet bij het organiseren van de WGM in Noordwijkerhout. Tom heeft bij de uitreiking Adri Burggraaff laten delen in deze hulde. Bert Kabbes ontving de award voor zijn voortdurende inzet voor de internationale samenwerking binnen HL7 over de afgelopen jaren. Bert heeft laten weten deze award aan heel HL7 Nederland te willen opdragen.*



**Tom de Jong** has been a member of HL7 The Netherlands since 1996. He attended his first HL7 US meeting in 2000 and immediately became an active participant in the International Committee and in the Patient Administration Technical Committee. In the last two years, he has also actively participated in the HL7 Pharmacy SIG. De Jong co-chairs the Technical Steering Committee of HL7 The Netherlands and actively participates in several technical committees there. Most recently, he played a key role in ensuring the success of HL7's May 2005 meeting in Noordwijkerhout, The Netherlands.

*links: Tom de Jong met HL7 VS voorzitter Mark Shafarman; rechts: Robert Stegwee ontvangt de prijs voor Bert Kabbes, die niet aanwezig kon zijn*



**Bert Kabbes** has been involved in HL7 since 1992. He is the founder of HL7 The Netherlands and chaired the Board from its inception through 2003. As one of the first affiliate members, Kabbes helped draft the first HL7 international affiliate agreement. In addition to chairing HL7 The Netherlands affiliate, this volunteer chaired The Netherlands' Technical Steering Committee for its first eight years. He co-chaired the HL7 International Committee in its formative years and helped other Affiliates such as HL7 Finland and HL7 Lithuania get started. Kabbes is also an active member of the HL7 EHR Technical Committee. Kabbes helps to arrange Dutch study tours in the US, which enable participants from other countries to view HL7 implementations in local US hospitals and tour vendor facilities here in the States.

# Verslag van de Working Group Meeting San Diego

De WGM vond plaats in San Diego 11-17 September 2005, waar het weliswaar zonnig, maar ook koel was. Niet dat de meeste van ons daar veel van gemerkt hebben overigens. De Nederlandse afvaardiging (HL7 NL en NICTIZ) bestond uit Alexander, Adri, Dick, Jos, Micheal, Tom, Rene, Robert en William.

De openingstoespraak werd gehouden door David Brailer de 'US National Health Information Technology Cöordinator. Hij stond stil bij de gevolgen van de hurricane Katrina op het gebied van de Informatiehuishouding met een oproep aan de standaards organisaties samen te werken en de benodigde standaarden te creëren.

In de wandelgangen hoorden we de aankondiging dat SNOMED zich zelf in een standaards organisatie gaat omvormen, waarmee de waarschijnlijkheid van een Europese SNOMED licentie lijkt toe te nemen. Er werd zelfs gesuggereerd dat dit binnen twee jaar te verwachten valt.

De HL7 board is een project gestart om de strategische richting van HL7 te bepalen en de doelmatigheid te verbeteren. Gefinancierd door een donatie is een consultancy firma aan de slag gegaan, eerst met initiële interviews met vrijwilligers. De uitkomsten van dit project kunnen grote gevolgen hebben voor de organisatie.

Door de Marketing Committee is het concept marketing plan besproken. Het plan beschrijft de marketing uitdagingen waarmee HL7 zich geconfronteerd ziet en doet aanbevelingen hoe de marktpositie van HL7 verbeterd kan worden.

The board heeft stappen ondernomen om te kijken welke delen van de standaard en/of tools beschikbaar kunnen komen onder een open source licentie.

De voornaamste werkzaamheden van de committees tijden een WGM is het behandelen van de ballot commentaren. Het aantal deelnemers van de WGM was 540, waarvan 86 van buiten de VS.

## Infrastructure and Messaging

- The CQ comite heeft zichzelf hernoemd in „Infrastructure and Messaging" om de omvang van het werk onderhanden meer recht te doen.
- De ballots mbt Transmission Wrappers (MCCI) en Transport Architecture (Abstract Transport Specification, or ATS) hebben veel commentaar ontvangen met name uit de SOA/.Net/Webservices hoek
- Ook zijn verdere ontwikkelingen gewenst voor de Batch wrapper, voor het eerst in het ballot document.
- De Master File/Registry controlAct wrapper domain (MFMI) is normatief geworden. Dit was het laatste domein dat normatief is geworden waarmee het Registyr Project succesvol kan worden afgesloten.
- Versie 2.6: de hele versie gaat nog één keer in ballot om vast te stellen dat alle commentaren opgelost zijn.
- Webservices: dit onderdeel ontving enkele negatieve commentaren die echter vrij gemakkelijk opgelost kunnen worden.

## Fotowedstrijd

Als extraatje werd in San Diego de uitslag bekend gemaakt van de foto competitie, die voor veel vermakelijke plaatjes uit Nederland heeft gezorgd. Kai Heitmann, Director International Affiliates, heeft enkele weken van tevoren alle deelnemers van de meeting in Noordwijkerhout opgeroepen om foto's in te dienen die ze tijdens hun verblijf in Nederland hebben genomen. Er waren drie categorieën gedefinieerd:

- HL7 at work
- HL7 at fun
- Local Flavor

In totaal werden 77 foto's ingediend en door een jury met 15 personen beoordeeld. In ieder van de drie categorieën kon een eerste en tweede plaats gewonnen worden. De prijs, een glasblok met een bos tulpen als 3D sculptuur (zie foto), kon aan bijna alle winnaars persoonlijk worden overhandigd.



In de categorie "HL7 at work" ging de eerste plaats naar Peggy Bitondo (zie foto rechts) voor haar foto van de baby als "early adopter" van een HL7 activiste. De tweede plaats werd aan Michael Tan uit Nederland uitgereikt.




Voor "HL7 at fun" werden, net zoals de volgende categorie, veel foto's naar de jury toegestuurd. Amnon Shabo (foto beneden) uit Israël en Tom de Jong, Nederland, waren hier de winnaars.

Tenslotte ontvingen in de categorie "Local Flavor" Petr Hanzlicek uit Tsjechië en Robert Jenders (VS) de trofee. Onderaan zijn de foto's van Peggy Bitondos en Amnon Schabos getoond. Het werk van Petr Hanzlicek is op de laatste pagina van deze uitgave in kleur afgedrukt.

Misschien dat er de wedstrijd nog een keer herhaald wordt. In ieder geval was van een aantal van de aanwezigen te vernemen dat het een prettige herinnering aan hun tijd in Nederland was.



*Verslag:*
*Frank Ploeg*
*René Spronk*
*Kai Heitmann*

*Foto's:*

*HL7 Photographic Meeting Minutes Award (boven links), foto's van de winnaars, ingezonden door Peggy Bitondo (boven rechts en Amnon Shabo (beneden rechts)*




*Interview met Michiel Sprenger, hoofd informatica en procesondersteuning (IPO), VU Medisch Centrum, Amsterdam*

Interviewer: Frank Ploeg

## Wie is Michiel Sprenger?

Een gedreven mens die zich al jaren begeeft op het grensvlak van technologie, gebruikers van technologie en besluitvormers over technologie. Ik heb altijd de rol gespeeld van vertaler van technologie naar gebruikers toe, uiteraard vooral wanneer gebruikers niet in staat zijn dat bruggetje zelf te maken.

Mijn achtergrond is klinische fysica, daarvoor experimentele fysica, een vak dat veel met technologie te maken heeft. Met magnetische resonantie (MR) als bagage kwam ik in 1985 de zorgwereld binnen op het moment dat MR-imaging een grote rol leek te gaan spelen. De tweede scanner van Nederland (nu staan er 180 in het land) stond toen in de VU, ik ben daar begonnen en heb in samenwerking met andere gewaardeerde collega's de beginjaren van de MR in Nederland meegemaakt. En daar vooral gezien hoe belangrijk het is het bruggetje te slaan om deze ingewikkelde technologie pakbaar te maken voor radiologen en andere medisch specialisten. In de driehoek van samenwerking tussen de technische professionals, de gebruikers/professionals en de bestuurders/beheerders moet het werken. Als het daar niet werkt, stagneert de boel en daar ligt onze uitdaging. Artsen en bestuurders maken niet vaak zelf de vertaling naar de techniek – uitzonderingen daargelaten – en het is onze taak dat inzicht te verschaffen.

### Interview met... een vaste rubriek...

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

## Wat doet Michiel Sprenger?

Vanuit een de positie van verantwoordelijkheid voor alle fysica en medische techniek in het huis is in de jaren '90 aan de medische techniek veel ICT vastgebouwd – beeldopslagsystemen, beeldbewerking, IC & OK systemen en alle technologie die daar aan vast zit – van daaruit ben ik dus steeds meer de informatica kant ingekomen, een link die snel gelegd is vanwege de historische betrokkenheid van de fysica met de informatica. De informatica die wij vanuit de fysica deden lag meer aan de klinische kant en de 'echte' informatica meer aan de bedrijfskant en dat begint nu duidelijk te mergen.

In 2001 was er een reorganisatie in het VUmc waarin alle IT werd samengebracht, waarbij met name de samenwerking tussen techniek en gebruikers een plaats had. Verder werd een nadrukkelijke activiteit de analyse wat de rol van informatie in de primaire processen is, en hoe de informatietechnologie die processen kan ondersteunen. Er is in dat kader behoefte aan opgeleide klinisch informatici die die ondersteuning gericht kunnen bieden, in analogie met de klinisch fysici, een beroep dat al zeker 20 jaar bestaat.

Deze afdeling (IPO) is hier opgericht als onderdeel van het medisch ondersteunend cluster. Ik ben hoofd van IPO, Informatica en Procesondersteuning heten we dan ook en niet ICT, "maar we doen ook de ICT" zeg ik dan wel eens. We zitten dicht tegen de medische techniek aan vanwege de verwevenheid van medische techniek en informatietechnologie. Als er bijvoorbeeld een CT scanner wordt aangeschaft doen zij de stralingsveiligheid, beeldkwaliteit en allerlei andere zaken en wij de software-matige instellingen en de integratie in de IT infrastructuur van het VUmc.

## Wat heeft Michiel Sprenger met HL7 te maken?

Alle medische centra in het land moeten ophouden achter hun eigen schutting te blijven zitten en de maatschappij oefent ook enorme druk uit om de schotten eruit te trekken en samen te werken in transmurale setting, ketenzorg en noem het maar op. Informatie voorziening is een van de instrumenten om die ontschotting te bewerkstelligen. Naast mijn interne taken is het dus ook een van mijn taken om buiten de deur te zorgen dat het VUmc goed "in de wereld hangt" en ben ik als zodanig in de weer in de Amsterdamse regio. Maar ook landelijk: binnen de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) heb ik de projectleiding over het ontwikkelen van een referentie architectuur voor Universitair Medische Centra en daar komt HL7 natuurlijk gauw in beeld, maar hier intern trouwens ook. Ik ben een heilig gelover in standaarden, het is de enige weg om ons uit het Babel te krijgen waarin we zitten en waarin we nog dieper dreigen te verzanden. Daarvoor moeten we een gemeenschappelijke taal ontwikkelen en een beeld schetsen, en dat heet referentie architectuur. En dat gaat niet alleen over techniek maar ook over proces- en informatiemodellering, terminologie standaardisering etc. Daarin komt HL7 nadrukkelijk in beeld. HL7 is één van de zeer goede bewegingen in de wereld om te komen tot meer eenheid van taal en berichten uitwisselingsmechanismen. Met name V3 is zeer interessant, vooral de ontwikkeling van referentiemodellen in de zorg.

## Wat betekent HL7 volgens Michiel Sprenger voor de zorg?

Enorm veel, door vooral ook de ontwikkeling van het referentie informatie model en het standaardiseren van informatie. Er ontbreekt nog wel heel wat op een ander niveau dan HL7 & DICOM, wat mijn activiteiten in IHE Nederland verklaart. HL7 ligt wel op de rails, daar hebben ze mij niet nodig, wat ontbreekt zijn verdere stappen naar echte integratie, gericht op de oplossing van bepaalde klinische processen. HL7 geeft nog veel ruimte en daarom is het nodig daar bovenop nog iets te doen en daar is IHE een tamelijk unieke gebeurtenis. Volgens mij is het zelfs redelijk uniek in de IT wereld, een echte poging tot interoperabiliteit, verder gaan dan de standaard zelf, daar leg je echt de link tussen functie en techniek. IHE perkt de ruimte in die nog wordt gelaten door DICOM en HL7 door kookboeken te maken die bijvoorbeeld precies vertellen wanneer je welk (gestandaardiseerd) bericht uitstuurt. IHE maakt het af.

Ik zit in het bestuur van IHE Nederland waar ik denk nog veel te kunnen doen om tot échte integratie te komen. Daar wordt ook HL7 overigens alleen maar beter van.

HL7 moet nu consolideren, zorgen dat de standaard zo stevig staat dat er niemand meer omheen kan of durft. Maar daar hoort ook architectuur bij. Veel leveranciers beschouwen HL7 als randverschijnsel, maar dat is niet terecht. Het moet in de architectuur ingebed zijn, gestandaardiseerde architectuur, mede op basis van het RIM.

## Waar gaat HL7 heen?

Moeilijke vraag en ik misschien nu niet zo relevant. Er ligt met V3 zoveel op tafel dat eerst het veld de achterstand moet inlopen, anders wordt de abstractie te groot. De ontwikkelingen in de IT gaan zo snel dat je soms even pas op de plaats moet. HL7 moet niet té ver voor de troepen uit gaan lopen. Het veld moet de kans krijgen om in te lopen en de software te ontwikkelen die op V3 gebaseerd is en samen met IHE zorgen dat V3 werkelijkheid wordt in applicaties.

## Wat zou Michiel Sprenger nog meer kwijt willen over de zorg in Nederland?

De zorg moet integraler worden, het is écht in hokjes uiteen gegaan. Het bedrijfsleven is eigenlijk verder in het "transmurale" denken dan de zorg is. De zorg is nog enorm in stukjes en brokjes en het is een hele grote klus om dat op te lossen. De IT is daarbij een belangrijk hulpmiddel maar het is meer, ook een organisatie- en financieringsprobleem maar die schotten moeten eruit. Een uitdaging.

Tja, en voor de rest gebeurt er toch ook een boel malligheid in de zorg, het hele gedoe rond marktwerking zie ik met zorg tegemoet, het zal er niet goedkoper van worden en ik vrees dat de zwakke groepen in de samenleving toch geslacht zullen worden.

Misschien nog een leuke anekdote: de invoering van de DBC heeft ertoe geleid dat ik dokters-rekeningen krijg waar ik geen touw meer aan vast kan knopen, en niet het gevoel krijg daar een kritische consument van te worden die zijn rekening goed nakijkt, maar het de verzekering maar laat uitzoeken, en dat is natuurlijk geen goede zaak want de toekomst moet toch zijn dat we kritische patiënten worden.

## Wat moet we nog zeker weten over de mens Michiel Sprenger

Ik heb het eigenlijk al gezegd, een gedrevenheid om techniek inzetbaar te maken in het menselijke verkeer. Ik hou daarbij wel van de ingewikkelde kant, het denkwerk, wat ik ook terugvind bij de ontwikkeling van de architectuur. Het moet iets zijn waarvan als je het allemaal bedacht hebt iedereen zegt, ja natuurlijk. Ik probeer te begrijpen, met het gevaar er soms in te blijven hangen. Ik heb behoefte aan die structuur, ja dat ben ik.

Bedankt voor het interview.

## Wie wordt de volgende geïnterviewde?

Ernst de Bel, Internist/Intensivist en informaticus in het UMC St. Radboud.

## HL7 Nederland Webservice • www.hl7.nl





1e prijs fotowedstrijd Noordwijkerhout
„Local Flavor“
*Petr Hanzlicek (Tsjechië)*

# Onderwerpen volgende uitgave

***De onderwerpen van de volgende uitgave zijn waarschijnlijk***

- Implementatie richtlijnen HL7 Versie 3 data types en CMETs
- Berichten uit het veld: HL7 implementatie ervaringen versie 2 en versie 3
- Interview met... Ernst de Bel
- Verslag werkgroep vergaderingen Scottsdale
- ... en meer

Stichting HL7 Nederland

*Wat is er aan de hand?*

# Aankondigingen



## HL7 Internationaal

| | | |
|---|---|---|
| Internationale Working Group Meeting | 8 t/m 13 januari 2006 | Scottsdale, Arizona |
| HL7 Working Group Meeting | 7 t/m 12 mei 2006 | San Antonio, Texas |
| HL7 International Interoperability Meeting (voormalig Affiliates Meeting) | 24 + 25 augustus 2006 | Duitsland |

## HL7 Nederland

| | | |
|---|---|---|
| Nationaal Standaardisatie Congres 2005 | 8 december | Utrecht |
| HL7 University: HL7 Versie 3 cursus | 6 + 7 februari 2006 | Utrecht |
| HL7 University: HL7 Versie 3 cursus | 15 + 16 juni 2006 | Utrecht |
| HL7 University: Clinical Document Architecture cursus | 26 juni 2006 | Utrecht |
| HL7 University: HL7 Versie 2 cursus | 5 + 6 oktober 2006 | Utrecht |
| HL7 University: HL7 Versie 3 cursus | 9 + 10 oktober 2006 | Utrecht |

## Stichting HL7 Nederland


Voorzitter: Robert Stegwee

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

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


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