

Aanwezige softwarevendors: Corilus, HealthOne, Windoc, Prodoc

1/ Welkom door B. Aertgeerts

2/ Inleiding (B. Aertgeerts/H. De Witte)

Op een intelligente manier omgaan met het EMD is belangrijk! Twee belangrijke ontwikkelingen zijn vermeldenswaard:

- Implementatie van de 'Evidence Linker' in het EMD, waarmee de gebruiker makkelijk aan 'evidence' kan geraken;
- Harrie Dewitte heeft ons geleerd hoe we in het EMD audits moeten maken. Dit is handig aangezien huisartspraktijken in de toekomst onder de loep zullen genomen worden.

Als we huisarts willen zijn, moeten we immers *enerzijds* de 'evidence' kunnen bekijken en het beleid dat hierop stoelt communiceren aan de patiënt, en *anderzijds* in staat zijn om onze patiëntenpopulaties goed te omschrijven. Alles staat of valt met het registreren van trefwoorden. Harrie De Witte is aan de slag gegaan met onze studenten. Ook dit jaar liepen zij opnieuw tegen dezelfde problemen aan. Daarom het initiatief tot dit debat, waar we iedereen wilden samenbrengen om op een constructieve manier te zoeken naar oplossingen.

Het EMD is hét sleutelement om de huisarts op de kaart te zetten. Het is de poort tot de 'evidence' en het maken van audits. Vorig jaar zijn de studenten in een moeras terechtgekomen. Als je het met de nieuwe communicatiemiddelen vergelijkt, dan zit achter de EMD's oude technologie. Wat hebben we de studenten dit jaar willen leren? Vooreerst leren coderen, medicatie voorschrijven, interacties bewaken, verwijsbrieven maken,... allemaal vanuit het EMD. Wat blijkt? De EMD's zijn niet gebruiksvriendelijk en te ingewikkeld om eruit te halen wat moet.

Huisartsen worden bestookt met 'guidelines', maar deze worden in de praktijk zo weinig gebruikt, onder meer omdat de EMD-software dit niet mogelijk maakt. De huisarts is de spil van de gezondheidszorg, maar moet hiervoor kunnen terugvallen op een performant en gebruiksvriendelijk softwarepakket. Een audit op basis van het EMD is een ideale manier om de problemen in de zorg in kaart te brengen, je bewust te worden van je tekortkomingen.

Enkele studenten lichten 4 voorbeelden toe van audits die ze tijdens hun stages hebben gemaakt: diabetes in Windoc, chronische nierinsufficiëntie (CNI) in Medigest, HealthOne en Medidoc, COPD & cardiovasculaire secundaire preventie in Medidoc.

In totaal werden de opdrachten in 8 verschillende EMD-programma's uitgevoerd. 95 studenten deden een poging tot audit in 71 huisartspraktijken. Op die manier hebben we heel wat problemen in kaart gebracht, en willen we nu nagaan hoe ze kunnen opgelost worden. De audit bestond nochtans uit een hele simpele vraag: wie zijn mijn patiënten met aandoening 'x'? Hierop krijg je vaak geen onmiddellijk antwoord uit het EMD, en moet je een beroep doen op het labo om een lijst van deze patiënten te bekomen. Er waren programma's bij waaruit je geen waarden kon halen. Nochtans ging het om frequente problemen, zoals hypertensie, diabetes,... waarmee de huisarts te maken krijgt. Kortom: we zitten met een eindproduct waarmee we niet veel kunnen aanvangen. En als huisarts kan je wel degelijk het verschil maken, op voorwaarde dat je weet waar de blinde vlekken zitten.

3/ Debat

Moeten de softwareontwikkelaars niet het 'Steve Jobs'-principe huldigen: ingewikkelde technologie, maar zeer makkelijk in gebruik?

Sosoeme is bijvoorbeeld eenvoudig in gebruik en overzichtelijk. Maar we mogen blijkbaar niet steeds vertrouwen op de betrouwbaarheid van een query. Zo bleken er, na vergelijking van de laboresultaten met de informatie van de query m.b.t. chronische nierinsufficiëntie, toch wat discrepanties te bestaan. De query gaf dus niet de informatie die de student dacht te krijgen. Daarnaast is het opstellen van queries heel tijdrovend. Er moet veel geklikt worden, en er is onzekerheid over de correctheid. Men mag er dus niet zomaar vanuit gaan dat de query klopt.

In Medidoc is het coderen al een probleem. Er zijn veel mogelijkheden, hoe maak je de keuze? Dit is niet evident. Waarom krijg je voor frequente pathologieën, zoals diabetes mellitus, als gebruiker bij de zoveelste patiënt opnieuw heel de lijst met 30 mogelijkheden voorgeschoteld. Is het niet mogelijk om het Google-principe te hanteren?

Corilus zou ervoor kunnen zorgen dat de zoekmethode eenvoudiger wordt: werken met een favorietenlijst met meest gebruikte of meest aangetikte van boven. Die technologie wordt nu in een ander platform gebruikt.

Waarom behoudt Medigest een thesaurus die losstaat van alles wat internationaal is? Daarnaast vraagt een episodegerichte registratie zoveel kliks, dat niemand dat doet.

In een stagepraktijk in Brugge worden resultaten van praktijkverbeterende projecten m.b.t. het EMD steeds teruggekoppeld naar de firma's, maar daar wordt blijkbaar niets mee gedaan. Bijvoorbeeld inzake GMD+ heeft de praktijk alle gegevens zelf ingevoerd.

De technologie bestaat om het GMD+ door de patiënt te laten invullen op een tabletcomputer. De risico's worden automatisch in rekening gebracht, en het systeem houdt onmiddellijk statistieken bij.

Met de MANAMA's gebeuren er in Vlaanderen veel leuke dingen. De resultaten worden hoogstens getransponeerd naar andere praktijken. In hoeverre zijn die generaliseerbaar over de verschillende pakketten heen?

Er zou een platform moeten bestaan waar dergelijke initiatieven worden uitgewisseld, en die op termijn kunnen uitmonden tot reële implementatie.

Een softwareontwikkelaar werpt op dat de huisartsen te weinig bijscholing volgen. Dit wordt echter tegengesproken; huisartsen willen vooral 'basic' werken; de belangrijkste klacht zijn de gebruiksvriendelijkheid en de complexiteit van de pakketten. Er is veel interesse bij de huisartsen op voorwaarde dat er voor hen een onmiddellijke meerwaarde aan verbonden is (onmiddellijke output).

Queries en audits

Het EMD zou automatisch audits moeten kunnen toelaten. Waarom geen accreditering voorzien voor audits op basis van de softwarepakketten?

In verband met rapporteringsbehoeften in kader van de zorgtrajecten: nu gebeurt alles manueel. Export van datasets zou automatisch moeten kunnen.

In HealthOne moet je veel dezelfde dingen op verschillende plaatsen coderen; dit heeft onder meer consequenties voor de queries. Waarom niet 1 keer ingeven op 1 plaats?

Wat zijn de mogelijkheden van het EMD op huisbezoek: in sommige praktijken gebeurt raadpleging van het EMD op ipads via een terminal server ('in the cloud'). Dat werkt goed; je kunt

verandering van behandeling onmiddellijk ingeven en een overzicht genereren van een patiëntendossier.

Is er een manier om in de toekomst automatisch gegevens uit e-mails (bvb laboresultaten, technische onderzoeken) samen te voegen met het EMD, zodoende dat ze meteen op de juiste plaats in het dossier terechtkomen. Het wordt gecodeerd in het ziekenhuis, maar komt binnen als vrije tekst (vb. uitstrijkje, mammo,..). Je moet het dan opnieuw coderen op 2 verschillende plaatsen in het dossier. Dit zou automatisch moeten kunnen gebeuren.

Een student liep stage in een Nederlandse huisartspraktijk, waar gewerkt werd met een zeer gebruiksvriendelijk en overzichtelijk pakket.

Prodoc werkt met een preventiedossier met rappelfunctie. Je hoeft maar eenmaal een patiënt in te tikken en dan nooit meer. Dit wordt weinig gedaan, maar het is wel simpel. Het is makkelijk om af te geven op de vendors, maar de huisartsen zien de meerwaarde niet en gebruiken bepaalde nuttige functionaliteiten niet.

De studenten willen echter een stap verder gaan. Zelfs zij die goed overweg kunnen met computers, stootten nog op talrijke problemen, en dat is niet logisch.

Corilus geeft toe dat het allemaal makkelijker en intuïtiever kan. Het grote probleem is dat er veel op de softwarevendors afkomt; er zijn zoveel vragen, te kanaliseren per platform via een bepaalde gebruikersgroep. Nederland heeft dan misschien wel betere pakketten, maar daar spreken we ook van andere budgetten. We willen vooruit, en willen ook graag standaardisering. Corilus is bereid om verbeterpunten vanuit de universiteit te bekijken en eventueel te integreren. Het is echter niet haalbaar om op iedere individuele vraag in te gaan.

Wat wij aan de universiteit ondervinden, is dat onze studenten echt wel willen coderen. Zij vragen hiervoor een programma dat de mogelijkheid biedt om gecodeerd te registreren volgens het Google-principe en om makkelijk audits te maken. Met de huidige programma's kunnen ze dit niet waarmaken. Het zou bloedjammer zijn en in feite ontoelaatbaar dat de studenten volgend jaar met dezelfde problemen geconfronteerd wordt.

Databanken van diagnoses, medicaties,... moeten gestandaardiseerd zijn. Hier heeft de overheid een belangrijke taak. De programma's moeten zich steeds aanpassen aan de criteria van de labelingscommissie. We moeten nadenken over andere manieren om de programma's aan te sturen.

Studenten vragen hoe het zit met implementeerbaarheid van EMD in andere applicaties, zoals Apple? Sosoeme draait alvast op Mac.

Wat met toegang tijdens de wachtdienst? Alle medische gegevens op 1 server is nog veraf. Medibridge is op zich prachtig en beschikbaar. E-health zou de uitwisselbaarheid tussen verschillende programma's moeten toelaten. Hoe werken de pakketten dan onderling samen? HeathOne is ermee bezig ('migration format'). Stelregel is wel: *"garbage in is garbage out"*.

Wat de investering in de huidige pakketten betreft, stellen de softwarevendors dat er een chronisch tekort is aan middelen en geld, die in de eerste plaats gaan naar het conformeren van hun pakketten aan de labelingscriteria.

De vraag van de gebruikers is duidelijk: in het EMD moet 'decision support' zitten, mogelijkheid tot automatische audits, gegevens moeten uitwisselbaar zijn... Huisartsen-gebruikers hebben toch wel het recht om wat eisen te stellen. Zij betalen jaarlijks voor bvb Medidoc 500 euro, wat veel is; en als je belt, krijg je geen perfecte service.

Feit is dat er meer steun moet komen vanuit de overheid. Maar, signaleert een softwarevendor, de subsidie gaat naar de arts-gebruiker! De prestaties voor homologatie vragen veel tijd en ruimte.

Een haio vraagt zich af, na de moeilijke ervaringen in Medidoc, of er geen behoefte is aan een nieuw programma. Want is steeds aanpassen wel voldoende? Het is trouwens niet evident om als niet-arts zo'n programma te ontwikkelen. De aanpassingen aan de programma's gebeuren op basis van de vragen van gebruikers; dit resulteert in nieuwe hulpprogramma's voor bugs, tijdelijke updates, met als gevolg conflicten tussen al die verschillende componenten. Er lopen dan een aantal essentiële zaken mis: systeem blokkeert, je wilt medicatie aanpassen, maar je kunt er niet bij. Waarom niet van nul beginnen?

Gebruikers vragen steeds hetzelfde. Hulp komt er niet. Er is een frisse wind nodig. Waarom niet bij onze noorderburen gaan kijken?

Waarom zoveel EMD's? Het is allemaal amateuristisch begonnen, er werden veel eisen gesteld vanuit de overheid. Een aantal programma's heeft moeite om die eisen te implementeren. Resultaat: een aantal programma's verdwijnen of worden overgenomen,... Geen enkele huisarts wil zijn programma kwijt.

Alle programma's zijn gelabeld omdat ze bepaalde dingen kunnen o.a. uitwisselbaarheid. De labeling is een premie. Waarom de huisarts niet labelen, en een premie geven?

De jonge huisartsen vinden het jammer dat ze een programma moeten kopen dat niet voldoet aan de basisvereisten. Ze zijn zelfs bereid om meer te betalen als het programma meer doet dan nu.

De overheid heeft geen oren naar de argumenten van de artsen voor meer performante EMD-programma's. Toch zou deze discussie met hen moeten gevoerd worden.

Softwarehuizen krijgen het blijkbaar niet bolgewerkt, en het programma blijkt niet te voldoen voor de gebruiker. Er is misschien geen andere optie dan opnieuw te beginnen. We mogen niet blijven stilstaan. Zorg dat 90% van de functionaliteiten die de gebruikers nodig hebben, in het nieuwe programma zitten.

CONCLUSIES

- EVIDENCE LINKER: ELKE HUISARTS MOET WETEN WAAR ZE DIE MOETEN VINDEN. MEER PROMOTIE HIERVOOR DRINGT ZICH OP.
- DE SOFTWAREHUZEN WORDEN GEVRAAGD OM OP KORTE TERMIJN TE INVESTEREN IN HET MAKKELIJK HANTEERBAAR MAKEN VAN AUDITS IN HET EMD.
- NIEUW EMD-PROGRAMMA FROM SCRATCH ONTWIKKELEN?
- ENKELE BELANGRIJKE EISEN/VRAGEN:
 - AUTOMATISCHE EXPORT VAN DATASETS IN KADER VAN RAPPORTERING ZORGTRAJECTEN.
 - INTEGRATIE VAN 'DECISION SUPPORT'.
 - ACCREDITERING VOOR AUDITS
 - 1 KEER INGEVEN/CODEREN OP 1 PLAATS MOET VOLSTAAN.
 - AUTOMATISCHE 'MERGE' VAN GEGEVENS RESULTATEN LABO, TECHNISCHE ONDERZOEKEN,..? OP DE JUISTE PLAATS IN EMD.
 - NOOD AAN PLATFORM WAAR INITIATIEVEN ROND EMD WORDEN UITGEWISSELD, MET REËLE IMPLEMENTATIE ALS DOEL.
 - EENVOUDIGE ZOEKMETHODE MET FAVORIETENLIJST VAN MEEST GEBRUIKTE OF AANGETIKTE TREFWOORDEN (GOOGLE-PRINCIPE)
- UNIVERSITEIT (STUDENTEN) EN SOFTWAREVENDORS MOETEN SAMEN DRUK UITOEFENEN OP DE OVERHEID VOOR MEER STEUN.