Integratie van E-Health in een solopraktijk met HAIO

Gertjan De Meyer, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. D. Avonts, Universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. Diego Schrans, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2017 – 2018]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Integratie van E-Health in een solopraktijk met HAIO

Context

In de praktijk worden consultaties gecodeerd verwerkt maar verdere toepassingen van het EMD en E-health worden niet gebruikt. Dit terwijl het elektronisch delen van gegevens steeds belangrijker wordt in de gezondheidszorg.

Onderzoeksvraag

Kan de integratie van E-health in de praktijk zorgen voor meer structuur en overzicht in de medische dossiers? Kan dit de zorg voor de patiënten in de praktijk verbeteren?

Methode

Er werd een update van de informatica in de praktijk doorgevoerd met een verandering van medisch programma.

De vergelijking tussen praktijk en literatuur werd gemaakt op basis van de zes parameters die nodig zijn om tot de 'geïntegreerde praktijkpremie' te komen. Als literatuur wordt gekeken naar de theoretische voordelen die beschreven worden op de E-health website en de informatie van de mutualiteiten

De strategie voor starten met opladen van Sumehrs in de praktijk werd beschreven.

Resultaten

Het medisch programma werd veranderd van Windoc naar CareConnect. Er wordt nu gewerkt in een cloudsysteem.

De praktijkimplementatie van de zes E-diensten zorgt voor meer overzicht en structuur in het EMD. Ook de administratie wordt vereenvoudigd.

Er werden 50 chronische patiënten met multipathologie geïdentificeerd in de praktijk waarvoor het medisch dossier in orde gezet werd en een Sumehr werd opgeladen.

Conclusie

Het werken in een cloudsysteem is voor beide artsen een enorm voordeel omdat er altijd in een volledig up-to-date dossier gewerkt wordt. De praktijkimplementatie van de verschillende E-diensten zorgt voor meer overzicht en structuur in het EMD. Dit zorgt voor een betere kwaliteit en continuïteit van de zorg voor de patiënten in de praktijk. Er is meer overzicht over welke medicatie de patiënt neemt, welke aanvragen lopende zijn, welke terugbetaling de patiënt recht op heeft, ... De administratie in de praktijk wordt vereenvoudigd en als bonus kan de praktijk op termijn aanspraak maken op een hogere 'geïntegreerde praktijkpremie'. Door het opladen van Sumehrs voor een groep patiënten met multipathologie is de aanzet gegeven voor gestructureerde dossiers voor alle patiënten in de praktijk. Er worden voor verschillende diensten, zoals Recip-e en Sumehrs, aanbevelingen gemaakt voor verdere studies.

Inhoud

1 Inleiding 1
1.1 E-health 1
1.2 De geïntegreerde praktijkpremie 3
1.2.1 Recip-e 3
1.2.2 Hoofdstuk IV 4
1.2.3 eFact 4
1.2.4 Informed consent 4
1.2.5 eGMD 5
1.2.6 Sumehr 5
1.2.7 Voorwaarden premie 6
2 Methoden 7
3 Resultaten 9
3.1 Update informatica in de praktijk 9
3.2 Vergelijking E-diensten praktijk/literatuur 10
3.2.1 Recipe-e 10
3.2.2 Hoofdstuk IV 11
3.2.3 eFact 13
3.2.4 Informed Consent 14
3.2.5 eGMD 15
3.2.6 Sumehr 16
3.2.7 E-Health voor HAIO en praktijkopleider 17
3.3 Sumehrs opladen: een strategie 17
4 Discussie 23
5 Conclusie 27
6 Referenties 28
7 Bijlagen 29

1 Inleiding

Uitgangssituatie in de praktijk en start van het praktijkverbeterproject:

De praktijk bestaat uit twee artsen: de praktijkopleider en een huisarts in opleiding (HAIO). Er is ook een parttime secretaresse aanwezig. In de praktijk werd oorspronkelijk gebruik gemaakt van het softwarepakket Windoc.

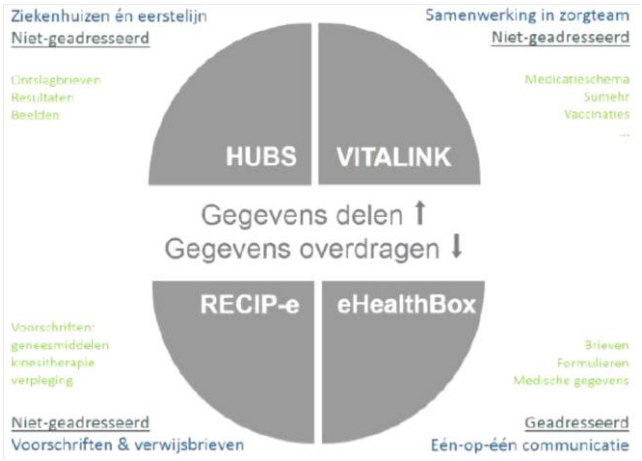
De consultaties werden gecodeerd verwerkt maar verdere toepassingen van het EMD en E-Health werden niet gebruikt. Het online delen van gezondheidsinformatie tussen de zorgverleners onderling en patiënten wordt meer en meer gestimuleerd. Via Sumehrs kunnen andere artsen snel een overzicht krijgen van de gezondheidstoestand van de patiënt, via Hubs kan informatie uit ziekenhuizen door de huisarts bekeken worden,... Dit heeft de mogelijkheid om de kwaliteit en de continuïteit van zorg te verbeteren. Dit willen we met dit praktijkverbeterproject realiseren in onze praktijk. Het was de bedoeling om een duidelijker overzicht te krijgen in de zorg en de behandeling van de patiënten in de praktijk en hierop efficiënt te kunnen inspelen met het gebruik van de E-health diensten. Door het verbeteren van de structuur en inhoud in het EMD willen we de patiënten beter opvolgen en efficiënter behandelen. De integratie van E-Health is het middel om dit doel te bereiken. Gegevens elektronisch registeren om de zorg in de praktijk te ondersteunen en waar mogelijk verbeteren. In het protocol van deze masterproef was het oorspronkelijk de bedoeling om een telling bij te houden van de verschillende E-diensten. Er werd besloten tijdens het project om minder te focussen op tellingen en kwantiteit, maar te gaan voor kwaliteit. Een voorbeeld hiervan is het opladen van Sumehrs. Ook was in dit protocol de integratie van E-Health het doel op zich, terwijl er in deze masterproef meer gekeken wordt hoe E-Health de zorg in de praktijk kan ondersteunen.

Ook de informatica stond in het begin van dit project nog niet op punt. De originele opstelling was een computer in het bureau van de praktijkopleider die als server diende en waar alle brieven binnenkwamen. Als HAIO werkte ik op een laptop in de 'export modus' van Windoc. De inkomende brieven, geregistreerde gegevens, ... moesten op regelmatige basis gesynchroniseerd worden om up-to-date te blijven. Dit had belangrijke nadelen: bij het vergeten van synchroniseren konden bepaalde brieven of consultaties niet bekeken worden. Ook het gebruik van de E-Health modaliteiten ging op deze manier niet. Er kwamen ook steeds meer en meer problemen om te synchroniseren waardoor beslist werd om ook de informatica in de praktijk te vernieuwen. De invoer van een cloudsysteem kan een oplossing bieden voor deze problemen.

1.1 E-health

E-health of E-gezondheid is het gebruik van informatica binnen de gezondheidszorg om de zorg voor de patiënt zo vlot mogelijk te laten verlopen. E-health is dus geen doel op zich maar wel een middel om de kwaliteit, de toegankelijkheid en duurzaamheid van de gezondheidszorg te handhaven en waar mogelijk te verbeteren (1, 2).

Het E-Health platform is een federale instelling met de missie om een goed georganiseerde, elektronische dienstverlening en informatie uitwisseling te bevorderen en te ondersteunen tussen alle actoren in de gezondheidszorg. Via dit platform kunnen zorgverleners snel en veilig communiceren en medische gegevens delen met andere zorgverleners. Het biedt de nodige waarborgen op vlak van informatieveiligheid, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van patiënt en zorgverlener en het respecteert het medisch beroepsgeheim. Het doel is de kwaliteit en de continuïteit van de gezondheidszorg te optimaliseren, de administratieve formaliteiten voor alle actoren in de gezondheidszorg te vereenvoudigen en het gezondheidszorgbeleid degelijk te ondersteunen (1).



Figuur 1 : overzicht van de verschillende tools binnen het eHealth-platform, met name hubs, recip-e, eHealthbox en vitalink (3).

De online gegevensuitwisseling kan op twee manieren gebeuren. Enerzijds is er de geadresseerde gegevensoverdracht of boodschappen via de eHealthBox. Hierbij kiest de verzender de bestemmeling en is de verzender verantwoordelijk om de gegevens enkel te verzenden naar een bestemmeling die rechtmatig toegang heeft tot deze gegevens. De zorgverlener stuurt informatie door naar een vooraf gekozen zorgverlener. Het betreft hier brieven, formulieren en medische gegevens (4). Anderzijds is er de gegevensdeling of niet-geadresseerde boodschappen via een platform. De zorgverlener plaatst medische informatie op één van de online platforms zoals HUBS of Vitalink. De zorgverlener weet niet op voorhand wie de gegevens zal raadplegen (bv. arts met wachtdienst). De patiënt bepaalt mee wie toegang krijgt tot zijn of haar gegeven d.m.v. het aanmaken van therapeutische relaties en het geven van zijn/haar geïnformeerde toestemming (4).

Het Hub/MetaHub systeem laat zorgverleners toe om informatie die binnen ziekenhuizen beschikbaar is te consulteren, onafhankelijk van waar deze informatie zich bevindt. Vitalink is een systeem waarmee huisartsen, thuisverpleegkundigen en apothekers digitale gegevens over hun patiënten eenvoudig en veilig met elkaar kunnen delen. Dankzij Vitalink kunnen zorgverleners beter samenwerken en hun patiënt de best mogelijke zorg en begeleiding geven. De verschillende diensten van Vitalink zijn: vaccinatiegegevens delen, medicatiegegevens delen, het opladen van Sumehrs, kinddossier delen en het bevolkingsonderzoek naar kanker opvolgen (5).

1.2 De geïntegreerde praktijkpremie

Om de verschillende E-health diensten correct en voldoende te gebruiken in de huisartsenpraktijk kent de overheid een premie toe. De geïntegreerde praktijkpremie is een forfaitair bedrag dat vanaf 2016 door het RIZIV betaald wordt aan huisartsen om de werking van hun praktijk en het gebruik van E-diensten te ondersteunen. De E-diensten bestaan uit 6 parameters. Het gebruik van deze parameters bepaalt het bedrag van de premie (6).

E-diensten

1.2.1 Recip-e

Het Recip-e project beoogt het invoeren van het elektronisch medisch voorschrift in de ambulante sector voor België. Het is een systeem voor tijdelijke opslag van vercijferde, elektronische ambulante voorschriften. Via Recipe-e zenden voorschrijvers elektronische geneesmiddelenvoorschriften beveiligd naar een server, waar ze geëncrypteerd bijgehouden worden totdat ze worden opgehaald door een apotheker volgens de vrije keuze van de patiënten. De patiënt kan dus zelf kiezen bij welke apotheek hij het voorschrift afhaalt. De verzending van de arts naar de apotheker gebeurt automatisch op voorwaarde dat de arts verbonden is met E-health en het rijksregisternummer van de patiënt gekend en ingevuld is in het medisch dossier (7, 8).

Het elektronisch voorschrift wordt verplicht in België vanaf 1 juni 2018. Hierop gelden enkele uitzonderingen:
1. De verplichting geldt niet voor voorschrijvers die de leeftijd van 62 jaar hebben bereikt op 1 juni 2018.
2. De verplichting geldt niet voor voorschriften opgesteld door een ambulante voorschrijver op huisbezoek bij de patiënt of in rustoorden en dat ongeacht de leeftijd van de voorschrijver.

Als de voorschrijver een elektronisch voorschrift opstelt, dan print hij met zijn software een bewijs van elektronisch voorschrift af. Op dit bewijs staat een barcode (de Recip-e barcode of RID). Enkel de inhoud van elektronisch voorschrift telt. De apotheker mag bij het uitvoeren van het voorschrift dus geen rekening houden met manuele toevoegingen op het bewijs. Met dit bewijs kan de patiënt medicatie ophalen bij de apotheek. Het elektronisch voorschrift verdwijnt dan van de Recip-e server.
Begin 2018 is er nog geen sprake van volledige dematerialisatie (papierloos voorschrift). Het elektronisch voorschrift alleen volstaat niet omdat de identificatie van het voorschrift verder gebeurt op basis van de RID die de patiënt aan de apotheker moet kunnen bezorgen. Dit kan via het papieren 'bewijs van elektronisch voorschrift', via een digitale versie hiervan of via een manueel genoteerde RID (7, 8).

1.2.2 Hoofdstuk IV

De terugbetaling van een farmaceutische specialiteit die ingeschreven is in hoofdstuk IV van de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten is onderworpen aan voorwaarden, die worden opgelegd om medische en/of budgettaire redenen. Dit betekent dat de terugbetaling beperkt wordt qua indicaties, doelgroep, leeftijd,... Bovendien moet voor deze farmaceutische specialiteiten een voorafgaande machtiging van de adviserend arts aangevraagd worden (9).

Deze aanvraag kan elektronisch gebeuren via de module 'Hoofdstuk IV' in het medisch programma. Hierbij verschijnt meteen het juiste aanvraagformulier en kunnen de juiste indicaties aangevinkt worden. Voor sommige medicaties is een bijkomend attest nodig, welke als bijlage kan opgeladen worden. Van zodra er een aanvraag is voor terugbetaling zal deze gecontroleerd worden door de mutualiteit. De aanvragende arts krijgt onmiddellijk antwoord: een akkoord, een weigering of de melding dat de aanvraag in behandeling is bij de adviserend geneesheer. In de meeste gevallen zal een direct akkoord verleend worden (10).

1.2.3 eFact

eFact is een elektronische facturatiedienst voor patiënten met een derdebetalersregeling tussen de huisarts en de ziekenfondsen. Deze betalingen kunnen zowel consultaties, huisbezoeken of technische prestaties omvatten. De facturatie verloopt via de dienst MyCareNet. Het is niet mogelijk om via eFact een globaal medische dossier te openen, dit kan wel digitaal gefactureerd worden via eGMD (11).

Voor het gebruik van eFact is geen geïnformeerde toestemming van de patiënt of therapeutische relatie nodig.

Voor patiënten zonder verhoogde tegemoetkoming en patiënten van wie het ziekenfonds geen informatie heeft (bv. bij occasionele financiële problemen), kan je de toepassing van de derdebetalersregeling onmiddellijk in je software rechtvaardigen (11, 12).

1.2.4 Informed consent

Een informed consent is het akkoord dat de patiënt geeft voor het elektronisch en beveiligd delen van zijn gezondheidsgegevens tussen de verschillende zorgverleners. Het delen van deze gegevens vindt uitsluitend plaats in het kader van de continuïteit en de kwaliteit van de geneeskundige zorg. Hierbij wordt rekening gehouden met de reglementering tot bescherming van het privéleven van de patiënt. De patiënt kan op elke moment beslissen om deze gegevens te delen of niet.

De toestemming geldt voor heel België: alle zorgverleners, alle ziekenhuizen en alle gezondheidsnetwerken van het land zijn er bij betrokken, ongeacht hun locatie (13).

Indien de patiënt akkoord is met het principe van beveiligd delen van gezondheidsgegevens, kan hij zijn toestemming registreren aan de hand van de eID:

- via de toepassing ehealthconsent
- via huisarts, ziekenfonds, apotheek of de opnamedienst van het ziekenhuis
- via het patiëntenportaal van sommige zorginstellingen of zorgnetwerken.

1.2.5 eGMD

De huisarts begeleidt de patiënt bij het beheer van zijn gezondheid. De arts kan, mits toestemming van de patiënt, een globaal medisch dossier (GMD) openen. Dit zorgt voor een betere individuele begeleiding en een beter overleg tussen artsen. De patiënt geniet bovendien van een hogere terugbetaling voor een raadpleging of bezoek bij de huisarts (14, 15).

In het GMD worden alle gegevens over de gezondheid van de patiënt bijgehouden: de medische voorgeschiedenis, geneesmiddelengebruik, gevolgde behandelingen, verslagen van specialisten en andere zorgverleners.
Daarnaast staat het GMD ook in teken van preventie. In het kader van deze preventie omvat het GMD items zoals roken en alcoholgebruik, stress, onderzoek naar opsporing dikkedarm-, baarmoederhals- en borstkanker en vaccinaties.

Het eGMD is de elektronische versie van de papieren GMD-procedure, de toezegging en opslag gebeuren nu elektronisch (14).

1.2.6 Sumehr

Sumehr staat voor Summarized Electronic Health Record. Het is een elektronische samenvatting van het medisch dossier die een arts nodig heeft om snel de gezondheidstoestand in te schatten. Zo kan een arts die de patiënt niet kent, sneller de juiste zorg geven. De huisarts die het GMD beheert, maakt een sumehr aan op basis van het medisch dossier. Via Vitalink en mits een informed consent kan de huisarts de sumehr delen met andere artsen. Andere zorgverleners zoals de apothekers of thuisverpleegkundigen kunnen de sumehr niet inkijken, de patiënt zelf kan dit wel.
Als arts is het belangrijk de sumehr up to date te houden, het is immers een momentopname uit het medisch dossier (16).

Een sumehr bevat volgende informatie:

1. De basisgegevens: naam, geboorte, moedertaal, ... van de patiënt

2. De contactgegevens van een contactpersoon in geval van nood
3. Informatie over risicofactoren (allergieën, reacties op medicatie, sociale risicofactoren, enz.)
4. Een overzicht van de medische voorgeschiedenis
5. Een overzicht van de actuele problemen
6. Een overzicht van de medicatie
7. Een overzicht van de vaccinaties

1.2.7 Voorwaarden premie

De geïntegreerde praktijkpremie wordt pas uitgereikt als er aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. De bedoeling is dat huisartsen gegevens elektronisch registreren zodat uitwisseling ervan de zorg kan ondersteunen. In bijlage 1 worden de voorwaarden voor de premie besproken(6).

2 Methoden

Praktijkverbeterproject:

1. Literatuurstudie:

   Het gebruik van de verschillende E-Health diensten werd nagegaan in de literatuur. Voor het literatuuronderzoek werd de informatie van het RIZIV, eenlijn.be (dit is een door de Vlaamse overheid gesteund samenwerkingsverband van beroepsorganisaties en ICT-ondersteunende partners dat het gebruik van ICT-diensten wil aanmoedigen), vitalink.be, de informatie over E-Health in België op de website van het FOD-Volksgezondheid (ehealth.fgov.be) en de mutualiteiten gebruikt. In de inleiding volgde er een korte beschrijving over E-Health en de belangrijkste parameters.

2. Update informatica

   Voor de update van de informatica in de praktijk wordt een eerste PDCA-cyclus doorgevoerd.

   Plan: Het software pakket Windoc met de gebruikte opstelling in de praktijk voldoet niet aan de eisen van de praktijk om de E-Health diensten te kunnen gebruiken. Er moet logistiek iets veranderd worden. De doelstelling is de informatica in de praktijk te moderniseren zodat er zowel door praktijkopleider als haio met de E-diensten gewerkt kan worden.

   Do: Er wordt veranderd van medisch programma van Windoc naar CareConnect. Er gebeurt een update van de computers in de praktijk.

   Check: Is het mogelijk om van start te gaan met de E-diensten in de praktijk?

   Dit deel van het project is geslaagd als er op een vlotte manier met E-health kan gewerkt worden. Dit betekent dat de zes E-diensten effectief gebruikt kunnen worden in de praktijk.

3. Vergelijking praktijk/literatuur

   De vergelijking tussen praktijk en literatuur werd gemaakt op basis van de 6 parameters die nodig zijn om tot de 'geïntegreerde praktijkpremie' te komen. Bij de resultaten werd nagegaan of de ervaring in de praktijk overkomt met de gegevens uit de literatuur. Als literatuur wordt gekeken naar de theoretische voordelen die beschreven worden op de E-health website en de informatie van de mutualiteiten. Er worden kort ook enkele aandachtspunten meegegeven over het gebruik van E-Health voor praktijkopleider en huisarts in opleiding.

De bedoeling is een persoonlijke beschrijving van het gebruik van deze diensten, om de werking van de praktijk te moderniseren en aanbevelingen te maken waar er ruimte is voor verbetering.

4. Sumehrs

Er wordt een strategie beschreven om op een zinvolle manier Sumehrs aan te maken en op te laden. Gezien de overschakeling van het medisch programma op zich liet wachten, was een maandelijkse evaluatie van het aantal opgeladen Sumehrs niet mogelijk.

Plan: De bedoeling was niet om zoveel mogelijk Sumehrs op korte tijd op te laden, wel om goede Sumehrs te maken. Om dit op een overzichtelijke manier te kunnen doen, werd in de praktijk een lijst opgemaakt van chronische patiënten die volgens ons het meeste baat hebben bij een Sumehr. Zo werden 50 patiënten geïdentificeerd.

Do: Patiënten die het meeste baat hebben bij het opladen van een Sumehr werden geselecteerd. Dit zijn de patiënten met multiple pathologie, chronisch of ernstige aandoeningen en complexe medicatieschema's. Wanordelijke dossiers worden opgekuist en zo kan een kwaliteitsvolle Sumehr opgeladen worden. Het opkuisen van het dossier betreft het in orde zetten van de voorgeschiedenis, de actieve problemen, medicatielijsten, vaccinaties en allergieën/intoleranties van de patiënten. Deze informatie wordt gehaald uit het EMD, uit de verslagen van specialisten in het EMD en uit informatie uit de Hubs. Een dossier is opgekuist als de besproken punten gestructureerd zijn in het EMD.

Check: Kunnen Sumehrs op deze manier kwaliteitsvol opgeladen worden? Dit blijft uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de arts die de Sumehr oplaadt.

3 Resultaten

3.1 Update informatica in de praktijk

In de praktijk werd oorspronkelijk gewerkt met het softwarepakket Windoc. Het is een solopraktijk met haio, waarbij de haio werkte in de 'export modus' van Windoc. Gegevens van haio en opleider moesten manueel gesynchroniseerd worden en het gebruik van E-Health was op deze manier niet goed mogelijk. De synchronisatie bracht ook meer en meer problemen met zich mee: mislukken van synchroniseren waardoor dossiers niet up-to-date waren, het aanmaken van dubbele dossiers, ... Dit was geen ideale werksituatie voor de artsen en ook niet bevorderlijk voor de continuïteit van de zorg in de praktijk. Er werd beslist om te veranderen van medisch programma.

Er werd overgeschakeld van Windoc naar CareConnect. De keuze viel op CareConnect omdat dit programma een goede ondersteuning van alle E-Health functies biedt. Alle mogelijke E-Health functies kunnen gebruikt worden. Bij het testen van dit pakket zijn de E-diensten gemakkelijk te vinden in het dossier en zijn ze ook intuïtief te gebruiken. De software is ook 'cloud' gebaseerd. Dit houdt in dat het manueel synchroniseren van dossiers volledig overbodig wordt en het systeem zorgt voor automatische updates.

Ook de computers in de praktijk werden vernieuwd. Er werd gekozen voor laptops met geïntegreerde eID kaartlezer en een slot voor een simkaart waardoor op huisbezoek via 3G of 4G ook online kan gewerkt worden. Dit is belangrijk gezien het een landelijke praktijk betreft waar huisbezoeken nog een groot deel van het werk uitmaken.

Het werken in een cloudsysteem biedt onmiddellijke voordelen: de dossiers zijn automatisch gesynchroniseerd en ingelezen brieven zijn meteen beschikbaar voor iedereen. De conversie zelf is vlot verlopen en op het eerste zicht ging niet veel data verloren. Gekende grote dossiers werden gecontroleerd en alle data werden mee overgezet. Dubbele dossiers uit Windoc werden overgenomen maar kunnen in CareConnect gemakkelijk samengevoegd worden. Door 'Praktijkcoach' werd het nodige E-healthcertificaat geïnstalleerd. Het gebruik van de E-Health functies kan nu vlot van start gaan.

De doelstelling om de informatica van de praktijk te vernieuwen zodat zowel praktijkopleider als haio op een efficiënte manier werd dus gehaald. De PDCA-cyclus werd nogmaals doorlopen:

Plan: De E-health functies automatisch kunnen gebruiken.

Do: Overschakelen van medisch programma Windoc naar CareConnect.

Check: De conversie is geslaagd. Op het eerste zicht gingen geen belangrijke gegevens verloren. Gekende dossiers werden nagelezen en gecontroleerd op dataverlies. Dit lijkt beperkt te zijn maar alles controleren is niet mogelijk. Het werken in de cloud is een groot voordeel voor de praktijk.

Sinds de invoering van het nieuwe medische pakket wordt aan elke patiënt opnieuw gevraagd om het eID in te lezen. Zo kan het informed consent, de GMD status en de verzekerbaarheid van de patiënt correct geraadpleegd worden. Ook het aanmaken van een therapeutische relatie gebeurd op deze wijze.

Act: Er kan van start gegaan worden met het gebruik van de E-diensten.

3.2 Vergelijking E-diensten praktijk/literatuur

De vergelijking tussen praktijk en literatuur werd gemaakt op basis van de 6 parameters die nodig zijn om tot de 'geïntegreerde praktijkpremie' te komen. Er werd nagegaan of de ervaring in de praktijk overkomt met de gegevens uit de literatuur. Als literatuur wordt gekeken naar de theoretische voordelen die beschreven worden op de E-health website en de informatie van de mutualiteiten.

3.2.1 Recipe-e

Literatuur

Het gebruik van Recip-e is de eerste stap naar papierloos voorschrijven. Het uitgangspunt van Recip-e was dat alles wat binnen de bestaande regelgeving mogelijk was met een papieren voorschrift ook mogelijk moet zijn met een elektronisch voorschrift. Zoals hierboven werd vermeld, wordt het elektronisch voorschrift verplicht vanaf juni 2018 (7).

De potentiële voordelen van elektronisch voorschrijven zijn (17):

- Minder kans op fouten.
- Snellere opsporing van incompatibele geneesmiddelen of allergische reacties bij de patiënt via het medisch dossier
- Vlottere aanvraag van Hoofdstuk IV geneesmiddelen
- Rechtstreekse feedback tussen arts en apotheker
- Meer efficiëntie bij het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen
- Voorkomen van fraude
- Beveiligde elektronische bewaring van voorschriften tot aflevering aan de door de patiënt gekozen zorgverlener.

De voorschrijvende arts kan bekijken welke voorschriften nog niet zijn opgehaald. Een niet opgehaald voorschrift kan teruggetrokken worden, mits vermelding van de reden. De arts kan hier ook de feedback van een apotheker over een voorschrift ophalen (7, 17).

Praktijkimplementatie

In de praktijk wordt met Recip-e gewerkt op de consultatie. Dit gebeurt automatisch als er ingelogd wordt in het medisch programma en de nodige gegevens van de patiënt gekend zijn. Op heden is er nog steeds een 'bewijs van elektronisch voorschrift' nodig om mee te geven aan

de patiënt. Bij een consultatie verandert er dus weinig, er wordt nog altijd een voorschrift op papier meegegeven.

Dit papieren voorschrift heeft wel het voordeel dat de voorgeschreven medicatie overlopen kan worden met de patiënt. Bij patiënten met veel verschillende medicamenten of enkele nieuw te nemen medicatie is dit een handig overzicht. Als dit papieren overzicht volledig verdwijnt, zal, volgens mij, het belang van medicatieschema's nog meer toenemen. Deze schema's geven sowieso een veel beter overzicht van wat de patiënt op welk moment moet nemen en zijn ook veel duidelijker. Kan het opladen van medicatieschema's op Vitalink eventueel een volgende parameter worden voor de praktijkpremie? Het lijkt me zeker een interessant gegeven om het gebruik van medicatieschema's te stimuleren.

Een andere voordeel van het gebruik van Recipe-e in de praktijk is dat het verplicht is om een posologie in te vullen. In het verleden werd via Windoc soms medicatie voorgeschreven aan chronische patiënten zonder dat er een exacte posologie bijstond. Er was dan minder duidelijkheid welke hoeveelheden van medicatie er precies genomen werd. Het is net enorm belangrijk om een duidelijk overzicht te hebben van hoeveel medicatie de patiënt neemt (cfr. medicatieschema's).

De controle of het voorschrift al dan niet is afgehaald is handig bij bepaalde patiënten. Er zijn patiënten in de praktijk die regelmatig excuses verzinnen over verloren voorschriften en dus consulteren voor een nieuw voorschrift. Met het elektronisch voorschrift kan gecontroleerd worden of het voorschrift effectief afgehaald is en kan de patiënt hierop gewezen worden. Het helpt 'shoppen voor medicatie' in de praktijk in te perken.

Op huisbezoek is Recip-e niet verplicht. Gezien de nieuwe laptops uitgerust zijn met een simkaart is het wel mogelijk om op huisbezoek elektronisch voor te schrijven. Er moet natuurlijk wel nog een bewijs van elektronisch voorschrift gegeven worden aan de patiënt. In theorie mag dit ook een manueel genoteerde Recip-e barcode of RID zijn, in de praktijk zien we dat dit niet altijd aanvaard wordt door apothekers in de buurt. Een echte oplossing voor het gebruik van Recip-e op huisbezoek is er dus nog niet. Het valt wel onder de uitzonderingen waarbij het gebruik nog niet verplicht is (vanaf 1 juni 2018), maar zelf al wil de arts dit gebruiken, werkt dit dus niet altijd.

Het wegvallen van internet is wel een probleem gezien de voorschriften dan niet verstuurd kunnen worden naar de Recip-e server. Als dit niet lukt, wordt een klassiek voorschrift afgedrukt. Een stabiele internetconnectie is dus een absolute vereiste.

3.2.2 Hoofdstuk IV

Literatuur

Geneesmiddelen Hoofdstuk IV kunnen elektronisch aangevraagd worden. Hierdoor kan er een nieuwe aanvraag of een aanvraag tot verlenging ingediend worden zonder de papieren versie te gebruiken en kan de arts alle toestemmingen raadplegen indien er een officieel geregistreerde therapeutisch relatie is met de patiënt (10, 18).

Voordelen voor de arts zijn (18):

- De aanvraag wordt rechtstreeks naar het bevoegde ziekenfonds gestuurd en de arts krijgt een ontvangstbewijs.
- Er is een onmiddellijke foutendetectie, waardoor de arts meteen weet wat de volgende stap moet zijn.
- De aanvraag wordt automatisch gecontroleerd en meestal kan onmiddellijk toestemming voor terugbetaling van het geneesmiddel worden gegeven (dadelijk beschikbaar in meer dan 70% van de gevallen). Slechts in enkele gevallen zal de adviserend geneesheer van het ziekenfonds een manuele controle moeten doen.
- Het elektronische systeem levert steeds de recentste versie van de aanvraag.
- Rapporten of onderzoeksresultaten kunnen toegevoegd worden aan de elektronische aanvraag;
- De elektronische functionaliteiten zijn altijd consulteerbaar en op te volgen. De arts kan snel inspelen op akkoorden die bijna gaan verlopen of extra informatie nodig hebben.

Voordelen voor de patiënt zijn (18):

- Het ziekenfonds ontvangt rechtstreeks de elektronische aanvraag, de patiënt moet zelf geen aanvraag meer indienen (geen geloop voor de patiënt en geen risico op het verliezen van documenten).
- Als een elektronisch akkoord wordt verleend op basis van geïnformatiseerde controles, krijgt de apotheker onmiddellijk toegang tot de gegevens om het geneesmiddel af te leveren.
- De patiënt ontvangt, ter informatie, een bevestiging op papier van het akkoord.

Praktijkimplementatie

Het aanvragen van geneesmiddelen hoofdstuk IV via CareConnect verloopt algemeen vlot. Als er medicatie voorgeschreven wordt waarvoor een attest nodig is, wordt dit vermeld door het softwarepakket. Het pakket zet de arts op weg naar het juiste attest. Er wordt ook meteen feedback gegeven als er gegevens ontbreken of een deel niet juist ingevuld wordt. Bij veel medicatie wordt er een direct akkoord verleent, wat een voordeel is op de papieren versie. Voor de patiënten is het ook een administratieve vereenvoudiging dat ze zelf niet meer de attesten moeten indienen bij hun ziekenfonds.

Het consulteren van lopende aanvragen is een handige tool. Het geeft een overzicht van de medicatie waarvoor de patiënt terugbetaling geniet en zo kan gecontroleerd worden of attesten dreigen te verlopen. Via E-Health is er veel meer overzicht dan met het papieren circuit.

Op huisbezoek biedt het elektronisch voorschrijven met laptop via de 4G connectie een voordeel. De attesten kunnen bij de patiënt thuis via de laptop verstuurd worden. Er is niet altijd een papieren versie van het attest bij de hand, dus moest nadien het attest nog op papier gemaakt worden in de praktijk en opnieuw bij de patiënt terechtkomen. Dit wordt overbodig gemaakt door het volledig elektronisch voorschrijven.

3.2.3 eFact

Literatuur

De voordelen van eFact voor patiënten met een derdebetalersregeling zijn (12):

- De elektronische facturatie is eenvoudiger en verloopt sneller dan de papieren procedure.
- De betalingstermijn bedraagt maximaal vijftien dagen in plaats van dertig dagen.
- De behandeling van de facturatie verloop zonder verzending van papieren (overzichtsfactuur, getuigschriften, bewijsstukken, ...).
- Voor patiënten zonder verhoogde tegemoetkoming gebeurt de rechtvaardiging van de toepassing van de derdebetalersregeling via het softwarepakket.

De arts kan via MyCareNet informatie opvragen omtrent de verzekerbaarheid van de patiënt, of de patiënt al dan niet recht heeft op een derdebetalersregeling en het tarief dat de arts per prestatie kan factureren(11).

Praktijkimplementatie

In de praktijk wordt eFact veel gebruikt. Het was al duidelijk voor het gebruik van eFact dat er veel derdebetalers in onze praktijk zijn. Er was evenwel niet altijd duidelijkheid over wie recht had op deze regeling en hoeveel de patiënt dan effectief moest betalen. Dit probleem is grotendeels verholpen met het gebruik van eFact. Via MyCareNet kunnen de gegevens van de patiënt meteen geraadpleegd worden: heef de patiënt een al dan niet verplichte derdebetalersregeling? Bij het afsluiten van het consult toont het programma hoeveel de patiënt exact moet opleggen. Het systeem verloopt vlot.

De patiënten moeten geen kleefvignetten van de mutualiteit meer bijhebben. Dit werd al regelmatig eens vergeten waardoor er achteraf nog moest gekeken worden waar nog een vignet nodig was. Door het gebruik van eFact worden er ook minder boekjes gebruikt in de praktijk. Dit is goed voor het milieu en ook voor de secretaresse is dit een pak minder werk om de derdebetalers te rangschikken en aan de juist mutualiteit door te geven. Dit geeft meer ruimte voor het secretariaat voor andere administratieve taken.

Opnieuw is het bij huisbezoek enorm handig dat de laptop over een internetconnectie beschikt. Het tarief op huisbezoek wordt ook berekend. Hierbij viel op dat voor de derdebetalers de tarieven manueel geüpdatet moeten worden op het eFact-scherm om het juiste tarief te zien.

Een andere bijkomend voordeel, zeker op huisbezoek, is dat er altijd een consultatie moet aangemaakt worden in het medisch dossier om zo via eFact te kunnen afrekenen. In drukke periodes met veel huisbezoeken werden, door tijdsgebrek, sommige consultaties niet altijd opgeschreven in het EMD. Bij patiënten met een verhoogde tegemoetkoming gebeurt dit nu sowieso, gezien er gebruik gemaakt wordt van eFact. Dit zorgt voor een betere registratie in het EMD, vooral op huisbezoek waar dit voorheen niet altijd het geval was.

Een overzicht over de uitbetalingen via eFact is wel een minpunt. Het is niet altijd duidelijk welke consultaties betaald zijn.

3.2.4 Informed Consent

Literatuur

Via een informed consent gaan patiënten akkoord dat de behandelende zorgverleners informatie over de gezondheid van de patiënt met elkaar delen via elektronische netwerken (13, 19).

- Patiënten worden sneller en beter behandeld omdat zorgverleners de medische voorgeschiedenis kunnen raadplegen.
- Het voorkomt dat er onnodige onderzoeken gebeuren.

Welke gegevens worden gedeeld?

Alle gegevens die in het bezit zijn van zorgverleners kunnen worden gedeeld voor zover ze nuttig zijn voor de behandeling van de patiënt. Het gaat bijvoorbeeld om: bloedresultaten, medische beeldvorming, vaccinatie- en medicatieschema's, ...

Praktijkimplementatie

Een informed consent van de patiënt is nodig om gegevens te kunnen delen via de verschillende elektronische netwerken. Zonder dit consent kunnen geen Sumehrs opgeladen worden en kan de behandelende arts de nodige gegevens uit het ziekenhuis (via Hubs als CoZo) niet raadplegen.

Bij patiënten die zich aanmelden op de consultatie, wordt nagegaan of er een informed consent geregistreerd staat. Er valt op dat dit bij een groot deel van de patiënten al geregistreerd staat vanuit de ziekenhuizen. Er is dan evenwel geen controle over of de patiënt voldoende geïnformeerd is over dit concept. Indien er geen consent geregistreerd staat, wordt er uitleg gegeven over wat het informed consent inhoudt. De uitleg wordt systematisch op dezelfde wijze gegeven:

'Het informed consent houdt in dat U, als patiënt, de toestemming geeft om gegevens elektronisch te delen met andere zorgverleners of ziekenhuizen. Deze gegevens kunnen geraadpleegd worden door zorgverleners aan wie u de toestemming geeft. Het gaat onder meer over de belangrijkste medische voorgeschiedenis, welke medicatie genomen wordt en allergieën aan bepaalde medicatie. Dit kan belangrijk zijn in de wachtdienst of in spoedsituaties. U hebt het recht om dit consent zelf te veranderen of in te trekken.'

Zowat alle patiënten aan wie deze uitleg gegeven werd, gaven hun consent. Veel patiënten hadden hier echter wel nog nooit over gehoord, anderen raakten in de war als ze uitleg hierover kregen. Indien ze meer informatie willen, wordt er een brochure meegegeven.

Het vraagt een zekere inspanning en tijdsinvestering om dit concept telkens opnieuw uit te leggen. Zeker op drukke momenten is het soms lastig om dit eerst nog te bespreken. Als de

eID ingelezen is, kan de arts ook zonder uitleg het consent aanvinken, maar dit is niet de bedoeling!

De informatie die via Hubs kunnen geraadpleegd worden, is soms uitgebreider dan de verslagen in het medisch dossier. Zeker bij nieuwe patiënten zijn deze gegevens soms echt nodig.

Een praktisch probleem hierbij was dat eID's slechts eenmaal konden ingelezen worden en dat het programma dan opnieuw opgestart diende te worden. Bij navraag was dit te wijten aan instelling op de laptop zelf, waarbij de eID powersaving modus uitgeschakeld moest worden. Enige achtergrondkennis in informatica of een goede ondersteuning door een informaticus is een grote meerwaarde voor een goed gebruik van E-Health.

3.2.5 eGMD

Literatuur

De voordelen van het eGMD zijn (14):

- De arts heeft automatisch een officieel geregistreerde therapeutische relatie met de patiënt.
- De arts geniet een versnelde betaling bij de verlenging van het GMD. Het ziekenfonds betaalt binnen de dertig dagen na ontvangst van een raadpleging die recht geeft op de verlenging.
- Bij veranderen van huisarts tijdens een kalenderjaar, kan de nieuwe arts meteen een GMD-relatie openen met de nieuwe patiënt.
- Patiënten genieten onmiddellijk van de remgeldvoordelen die gepaard gaan met een GMD.

Soms kan een eGMD niet meteen afgesloten worden (bv. op huisbezoek zonder laptop,...). In deze situaties kan de nieuwe GMD-relatie achteraf ingevoerd worden. Dit moet binnen de 7 dagen na de uitgevoerde prestatie.

Het eGMD is een 'alles-of-niets principe', eens de arts kiest om gebruik te maken van het eGMD-systeem, moet dit voor alle patiënten. Vanaf dan kunnen er geen GMD's op papier meer geattesteerd worden. Met het eGMD kan de arts op elk moment een GMD overnemen. De betaling blijft evenwel beperkt tot eenmaal per jaar aan de arts die als eerste de GMD-relatie attesteerde. De nieuwe GMD-arts ontvangt voor het lopende kalenderjaar geen betaling, maar de GMD-relatie staat wel geregistreerd bij het ziekenfonds en eHealth. De arts ontvangt ook een elektronisch bericht van het ziekenfonds indien een andere arts het GMD van een patiënt overneemt (14, 15).

Praktijkimplementatie

De GMD-status van de patiënten kan makkelijk geraadpleegd worden in het dossier. Bij controle van deze GMD-status zien we dat dit voor veel patiënten toch niet in orde is.

Vroeger moest het papieren attest ondertekend en opgestuurd worden en moest er ook in het dossier manueel aangeduid worden dat er een GMD afgesloten of verlengd werd. Het was dus dubbel werk en zo was het niet duidelijk welke patiënt een GMD had of niet. Vele GMD's werden op deze wijze dus niet verlengd en gingen verloren.

Via het eGMD is het enorm gemakkelijk om via één klik een GMD aan te vragen of over te nemen. Belangrijk hierbij is na te gaan bij de patiënt of ze effectief wel een GMD willen in de praktijk. Opnieuw is het correct informeren van de patiënt een enorm belangrijk gegeven. Het overnemen van een GMD bij nieuwe patiënten in de praktijk is ook duidelijk en overzichtelijk. Bij patiënten op huisbezoek is een internetverbinding handig om ter plaatse de GMD-status te controleren en zo nodig een GMD af te sluiten.

Door het gebruik van eGMD in de praktijk is er dus veel meer overzicht gekomen en worden ook meer GMD's afgesloten na het informeren van de patiënten. Dit is ook financieel een enorm interessant gegeven, GMD's maken een aanzienlijk deel uit van het inkomen van de arts.

3.2.6 Sumehr

Literatuur

De Sumehr is een beknopt elektronisch medisch dossier dat alle essentiële gezondheids-informatie bevat. Het is een momentopname van de gezondheidssituatie van de patiënt, waarbij de arts meteen verneemt wat van belang is voor de behandeling. Dit is belangrijk bij het raadplegen van een andere arts dan de huisarts, bij wachtdiensten of in noodsituaties.

Een Sumehr bevat de meest recente en meest relevante informatie over een patiënt. Een goed gestructureerd medisch dossier is de basis voor het genereren van een Sumehr (16).

Praktijkimplementatie

Het gebruik van Sumehrs is goed geïntegreerd in CareConnect. Sumehrs kunnen op een overzichtelijke manier opgeladen worden. Er is ook de keuze om te Sumehr te vernieuwen als er een nieuwe registratie is in het medisch dossier. Een goede structuur van het medisch dossier is, zoals gezegd, de basis van een goede Sumehr. Op zich vraagt het in orde zetten van het dossier veel meer tijd dan het opladen van de Sumehr zelf. Afhankelijk van de uitgebreidheid van het medisch dossier kan het opkuisen gaan van enkele minuten tot voor grote dossiers meer dan een half uur. Eens dit in orde staat kan de Sumehr in enkele muisklikken gegenereerd worden.

In het volgende deel wordt een beschrijving gegeven van hoe we gestart zijn met het opladen van Sumehrs.

3.2.7 E-Health voor HAIO en praktijkopleider

De huisarts in opleiding werkt samen met de praktijkopleider. Dit heeft ook enkel implicaties op het vlak van E-Health en de geïntegreerde praktijkpremie. Hierna volgen kort enkele praktische toelichtingen omtrent de het gebruik van de E-diensten door de HAIO (20).

eGMD:

Een GMD kan enkel door 003-004 artsen worden afgesloten. Een HAIO kan geen GMD-houder zijn, de HAIO sluit een GMD af in naam van de praktijkopleider. Als een HAIO een GMD-registratie in MyCareNet doet komt deze dus op conto van de praktijkopleider.

eFact:

De HAIO werkt voor de praktijkopleider, dus de tarieven van de praktijkopleider gelden. Bij een solopraktijk met HAIO stellen er zich dus geen problemen voor eFact. Als de HAIO een patiënt ziet in kader van de stage, gebeurt de facturatie op naam van de praktijkopleider en tellen de facturen mee voor de individuele telling van de praktijkopleider.

Informed consent (# patiënten met een GMD die IC hebben/ totaal # patiënten met GMD):

HAIO's zijn geen GMD-houder en ontvangen geen GMD-honoraria, dus ze tellen niet mee voor de bepaling van de noemer. Voor de teller speelt het geen rol wie de informed consent geregistreerd heeft (kan ook door arts-specialist of door de patiënt zelf).

Hoofdstuk IV:

Volgens MyCareNet bestaat er geen mandaat voor de aanvragen hoofdstuk IV. Iedere aanvraag wordt geregistreerd op naam van de aanvrager (ofwel de HAIO, ofwel de praktijkopleider). Het is de identificatie van de registrator die MyCareNet in het kader van de geïntegreerde praktijkpremie aan het RIZIV meedeelt. Als er een registratie gebeurt op naam van de HAIO, telt deze daarom niet mee voor de individuele telling van de praktijkopleider.

Recip-e & Sumehrs:

Hier geldt hetzelfde mechanisme als bij hoofdstuk IV. Het opladen van een Sumehr door de HAIO telt niet mee voor de individuele teller van de praktijkopleider. Dit is belangrijk voor een solopraktijk voor het halen van de 'geïntegreerde praktijkpremie'.

3.3 Sumehrs opladen: een strategie

In de praktijk werden nagenoeg geen Sumehrs opgeladen voor de overschakeling van het medisch programma. Met de komst van CareConnect was het de bedoeling om hier verandering in te brengen. Er werd besloten om meteen kwaliteitsvolle Sumehrs aan te maken. Het opladen van Sumehr om een Sumehr te hebben en zo snel mogelijk de bijkomende Sumehrpremie te verzilveren, is zeker geen doel op zich. Het kan zelfs gevaarlijk

zijn om onvolledige Sumehrs op te laden: artsen in een wachtdienst die behandelen op basis van een verkeerd medicatieschema, ontbrekende voorgeschiedenis, ...

Gezien de basis van goede Sumehr een goede structuur in het EMD is, moet dit als eerste aangepakt worden. Wanordelijke dossiers moeten opgeschoond worden en van daaruit is het veel eenvoudiger een kwaliteitsvolle Sumehr aan te maken. Tabel 3 geeft een overzicht van het verschil tussen het EMD en de Sumehr .

Tabel 1: Verschil tussen EMD en Sumehr (21)

EMD	**Sumehr**
Werkinstrument van de huisarts	Document voor continuïteit van de zorg
Continu wijzigend	Momentopname: foto
Heel uitgebreid	Enkel kerninformatie

- Het in orde zetten van het EMD kan gebeuren als de patiënt zich aanmeldt op de consultatie. Zo kan systematisch, patiënt na patiënt, alles in orde gezet worden. Ook nieuwe dossiers moeten meteen op een juiste manier aangemaakt worden met registratie van zorgelementen, medicatie, ...

- Voor dit praktijkproject werd ook gekeken naar de patiënten die het meeste baat hebben bij het opladen van een Sumehr. Bij patiënten met multiple pathologie, chronisch of ernstige aandoeningen en complexe medicatieschema's is het voordeel voor het opladen van een Sumehr uiteraard het grootst. Op basis hiervan werd in de praktijk gekeken naar patiënten die voldoen aan deze criteria. Er werd een lijst opgesteld van 50 chronische patiënten voor wie we graag zo snel mogelijk een kwalitatief goede Sumehr opladen.

Identificatie patiënten

Het identificeren van chronische patiënten gebeurde voornamelijk op basis van de lijst met chronische huisbezoeken in de praktijk. De dossiers van patiënten op huisbezoek zijn meestal minder goed gestructureerd en minder overzichtelijk dan van patiënten op de consultatie. Nochtans zijn het deze patiënten die vaak een uitgebreide voorgeschiedenis hebben en die veel medicatie nemen. Zo werd een lijst opgesteld van 50 chronische patiënten. Het project met de Sumehrs beperkt zich uiteraard niet tot deze patiënten en zoals hierboven vermeld, worden dossiers patiënten die op de consultatie komen ook een voor een op orde gesteld indien mogelijk.

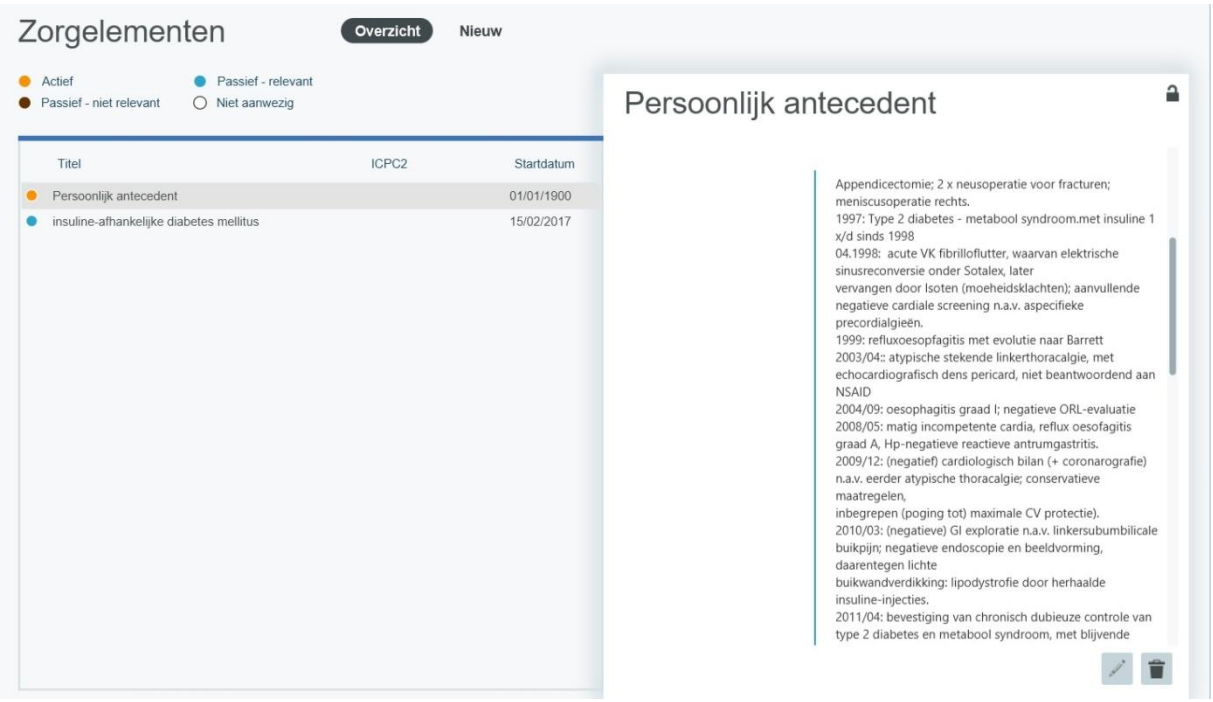
Voor deze 50 patiënten werd systematisch een informed consent en een therapeutisch relatie geregistreerd. Als deze in orde zijn, werd het dossier opgeschoond en kon een Sumehr opgeladen worden door de praktijkopleider.

Voorbeeld: opschonen van dossier

Het opschonen van een medisch dossier houdt in dat het EMD gestructureerd wordt. Problemen worden geordend op een tijdsas. Hierbij zijn volgende termen belangrijk:

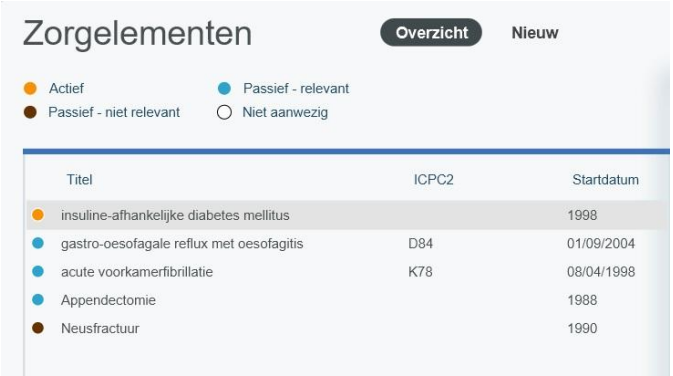
- actieve diagnose of probleem: dit komt in de actuele problemenlijst van de Sumehr
- passief relevant: dit komt in de medische voorgeschiedenis van de Sumehr, deze informatie kan belangrijk zijn om een patiënt te behandelen
- passief irrelevant: dit komt in het archief van het EMD, deze problemen worden niet meegenomen in de Sumehr

Er wordt een voorbeeld gegeven van het opschonen van een dossier. Hierbij werden gegevens van verschillende patiënten in een testdossier gestoken om de privacy van de patiënten te waarborgen. Bij de conversie van Windoc naar CareConnect stond de medische voorgeschiedenis meestal ingegeven als vrije tekst (zie figuur 2). Bij het opladen van een Sumehr of het maken van een verwijsbrief is dit enorm onoverzichtelijk.



Figuur 2: Overzicht van de zorgelementen voor opschonen van dossier

De zorgelementen worden opgedeeld volgens actieve, passief relevante en passief irrelevante problemen (zie Figuur 3). Het onderscheid wordt gemaakt op basis van de inschatting van de arts. Dit zorgt ervoor dat er in één oogopslag een veel beter overzicht is van de actieve problemen en medische voorgeschiedenis van de patiënt. De overdaad aan informatie en de verschillende onderzoeken voor eenzelfde probleem zijn samengevat in een enkel zorgelement. De actieve en passief relevante problemen worden op deze wijze ook overzichtelijk meegenomen in de Sumehr. Passief irrelevante informatie (bv. neusfractuur) blijft in het EMD en wordt niet meegenomen in de Sumehr.



Figuur 3: Overzicht van de zorgelementen na opschonen van het dossier

De medicatielijsten waren niet altijd overzichtelijk bij de chronische huisbezoeken. Vaak stond medicatie dubbel geregistreerd of was oude medicatie niet verwijderd uit de medicatielijst (zie Figuur 4: voorbeelddossier). Dit kan voor verwarring zorgen of er toe leiden dat foute medicatie voorgeschreven wordt. Het opladen van een dergelijke medicatielijst in een Sumehr is dus absoluut niet zinvol en kan zelfs gevaarlijk zijn.



Figuur 4: Voorbeeld van een onoverzichtelijke medicatielijst

De medicatielijsten werden opgeschoond en er werd overal een correcte posologie genoteerd. Een bijkomend voordeel is dat bij het overlopen van de medicatielijst met de patiënt soms overbodige medicatie gestopt kan worden. Figuur 5 geeft een voorbeeld van de opgeschoonde medicatielijst. Dit komt dan overzichtelijk in de Sumehr. Eens die medicatielijst in orde staat, is het ook enorm gemakkelijk om een medicatieschema aan te maken en eventueel op te laden naar Vitalink. Het schema geeft een duidelijk overzicht van wat de patiënt wanneer moet nemen. Dit is zowel voor de patiënt als voor de arts (huisarts of wachtdienst) het beste

overzicht om het medicatiegebruik correct in de schatten. Figuur 6 toont het voorbeeld van een medicatieschema. Hierbij kunnen eventuele opmerkingen of bijkomende informatie vermeld worden.



Figuur 5: Voorbeeld van de opgeschoonde medicatielijst

	Freq.	Start	Eind	Inname / eenheid		ontbijt				middagmaal				avondmaal					Info
					nuchter	voor	tijdens	na	tussen	voor	tijdens	na	tussen	voor	tijdens	na	tussen	voor slapen	
Cardioaspirine maagsapresist. tabl. 84x 100mg	Dagelijks	12/04/18		tablet			1												
Co-Bisoprolol EG 10/25 filmomh. tabl. (deelb.) 98x	Dagelijks	14/03/18		tablet			1												
Inegy 10/80 tabl. 98x	Dagelijks	14/03/18		tablet														1	
Metformax omh. tabl. (deelb.) 120x 850mg	Dagelijks	12/04/18		tablet			1				1				1				
NovoRapid inj. oploss. s.c. FlexPen [voorgev. pen] 5x3ml 100E/1ml	Dagelijks	12/04/18		eenheden			36				30				28				Gebruiksaanwijzing: als de glucosewaarden >200 dan 4E extra bij te spuiten
Pantomed maagsapresist. tabl. 56x 40mg	Dagelijks	11/04/18		tablet		1													
Toujeo inj. oploss. s.c. Solostar [voorgev. pen] 5x1,5ml 300E/1ml	Dagelijks	12/04/18		eenheden		64												64	
Zestril tabl. 56x 20mg	Dagelijks	14/03/18		tablet			1												

Figuur 6: Medicatieschema van voorbeelddossier

Risicofactoren, allergieën, intoleranties, contactpersonen,... kunnen ook allemaal ingevuld worden. Bij allergieën en intoleranties is het belangrijk een goed onderscheid te maken. Een allergie is een IgE gemedieerde reactie, intoleranties zijn nevenwerkingen van medicatie. Bij oude dossiers en patiënten is dit onderscheid niet altijd makkelijk te maken.

Resultaten

We zijn er in geslaagd om een Sumehr op te laden voor deze groep van 50 patiënten. Er is een duidelijk overzicht van de voorgeschiedenis en de medicatieschema's voor de geselecteerde patiënten. Zoals vermeld werd in het voorbeeld, was er na de verandering van het medisch programma geen goede structuur in het EMD. Dit hebben we voor deze groep patiënten al kunnen goedmaken. Het opschonen van het medisch dossier vraagt wel een ferme tijdsinvestering en dit is dan ook meteen het grootste nadeel van het opladen van kwaliteitsvolle Sumehrs. Voor een patiënt met multipathologie kan dit een half uur en soms veel langer duren om het volledige dossier op te kuisen. Veel hangt af van wat reeds geregistreerd staat in het dossier. Bij nieuwe chronische patiënten wordt veel informatie gevonden via de Hubs, maar ook dit vergt veel tijd om na te kijken. Via het medisch programma CareConnect kunnen Sumehrs wel vlot geëxporteerd en geüpdatet worden.

Wat duidelijk is bij het opschonen van de dossiers is dat niet alle vaccinatiegegevens goed genoteerd staan in het EMD. De vaccinaties zijn wel geregistreerd via Vaccinnet. Dit is een werkpunt. Met CareConnect is het mogelijk om meteen te koppelen naar Vaccinnet waardoor dit zowel in het dossier en als op Vaccinnet geregistreerd staat.

4 Discussie

Informatica

'E-health is het gebruik van *informatica* binnen de gezondheidszorg om de zorg voor de patiënt zo vlot mogelijk te laten verlopen.' Een belangrijk punt binnen deze definitie is het gebruik van informatica. Om E-health en zijn toepassingen goed te kunnen gebruiken, dient de informatica van een praktijk ook op punt te staan. Dit was een eerste werkpunt van dit praktijkproject.

De informatica was opgesteld voor een solo-arts waardoor er als HAIO minder ruimte was om E-Health efficiënt te gebruiken. Er werd veranderd van medisch programma en de computers in de praktijk kregen een update. Een lokale computer waar alle informatie toekwam, werd vervangen door een cloudsysteem, waardoor beide artsen in de praktijk op elk moment in een volledig up-to-date dossier kunnen werken. Voor deze update was ingevoerd, was het niet altijd mogelijk om te zien wat de andere arts genoteerd had in het EMD en waren recente verslagen niet altijd beschikbaar als er niet manueel gesynchroniseerd werd. De verandering naar een cloudsysteem is een absolute verbetering in de praktijk.

De overschakeling van medisch programma op zich verliep goed zonder duidelijk verlies van gegevens. Het is moeilijk in te schatten of alle data effectief is overgezet. De aankoop van nieuwe laptops met ingebouwde kaartlezer en een simkaart voor 3G/4G verbinding biedt een meerwaarde. De opleidingspraktijk doet nog steeds veel huisbezoeken dus kunnen de E-Health toepassingen ook gebruikt worden bij de patiënten thuis.

De internetverbinding is ook een belangrijk punt voor het gebruik van E-Health. Bij het wegvallen van internet kunnen de E-diensten niet gebruikt worden. Elektronische voorschriften worden afgeprint als een klassiek voorschrift, de tarificatie werkt niet, ... Het hele systeem is enorm afhankelijk van een stabiele internetconnectie. Dit is ook meteen een nadeel van het gebruik van een 4G-connectie. Op huisbezoek in landelijk gelegen gebied is er niet altijd voldoende ontvangst en dan kunnen de E-diensten niet gebruikt worden. Dit brengt extra administratie met zich mee als er een opnieuw een goede internetverbinding is.

Een zekere interesse in en kennis van computers of een goede ondersteuning door een informaticus is ook enorm belangrijk voor de praktijk. Als er veel met computers gewerkt wordt, is het onvermijdelijk dat zich problemen voordoen. Door een goede ondersteuning kunnen veel frustraties vermeden worden.

E-diensten

Een groot voordeel door het gebruik van E-Health in de praktijk is dat er veel meer overzicht is in de dossiers. Dit zowel op administratief als op medisch vlak.

De administratie wordt vereenvoudigd met het gebruik van eFact. Het rechtstreeks doorsturen van het getuigschrift naar de mutualiteit zorgt voor minder werk voor de arts en de secretaresse in de praktijk. Er is meteen een duidelijk overzicht van wie recht heeft op een derdebetalersregeling en de tarieven die aangerekend kunnen worden verschijnen op het scherm. De getuigschriften van verstrekte hulp moeten niet meer gesorteerd worden per mutualiteit en nadien opgestuurd worden. Dit bespaart enorm veel tijd. Een nadeel aan het gebruik van eFact is dat er geen goed overzicht is van welke betalingen reeds uitgevoerd zijn. Dit is een werkpunt naar de toekomst toe.

Er is ook veel meer overzicht over het beheer van de GMD's. Omdat er vroeger zowel op papier als elektronisch moest geregistreerd worden, ging deze informatie soms verloren en was het niet altijd duidelijk wie een GMD had en wie niet. Nu kan dit eenvoudig gecontroleerd worden en simpel aangevraagd of verlengd worden. Dit heeft ook een financieel voordeel gezien GMD's een belangrijk deel van het inkomen van de arts uitmaken. Patiënten die vroeger geen GMD hadden, worden hierop gewezen en indien akkoord, wordt een GMD afgesloten. Het blijft hierbij wel belangrijk de patiënten voldoende te informeren. Dit geldt ook bij het informed consent. Alles kan via enkele muisklikken geregistreerd worden en in drukke werkmomenten is het verleidelijk om de nodige dingen aan te klikken zonder voldoende informatie te geven. Dit is uiteraard absoluut niet de bedoeling. De vraag die zich hierbij stelt is: 'Wanneer is een patiënt voldoende geïnformeerd?' Zowel de arts als de overheid hebben hier de verantwoordelijkheid om de patiënt correct te informeren en te sensibiliseren. In dit praktijkproject werd na de uitleg over het informed consent steeds gevraagd of patiënten nog vragen hadden. Op zich is dit geen objectieve waardemeter. Een volgend project kan hier eventueel wel een duidelijker beeld over vormen. Een aantal vragen die gesteld kan worden zijn: 'Wat weten patiënten in de praktijk over het elektronisch delen van informatie en het informed consent?''Welke informatie verwacht de patiënt te krijgen van de arts of van de overheid?'

Elektronisch aanvragen van geneesmiddelen hoofdstuk IV is handig in gebruik en zorgt voor een administratieve en praktische vereenvoudiging. Ook de controle op lopende goedkeuringen is handig omdat zo snel ingespeeld kan worden op een aflopend akkoord.

Het elektronische voorschrijven via Recip-e zorgt ook voor enkele verbeteringen. Gezien het verplicht is een posologie in te geven (wat op zich altijd geweten moet zijn), zijn de medicatielijsten in de praktijk veel duidelijker. Er kan ook nagegaan worden of een voorschrift afgehaald is. Dit wordt niet zoveel gebruikt maar in specifieke situaties is het wel handig om na te kijken (patiënten die terugkomen voor 'verloren voorschriften', ...). De verplichting om vanaf juni 2018 elektronisch voor te schrijven zal geen probleem vormen in de praktijk. Elektronisch voorschrijven op huisbezoek wordt niet verplicht, maar zelfs als dit wel geprobeerd wordt zijn er praktische bezwaren. Een manueel genoteerde RID wordt nog niet overal aanvaard. Hoe en wanneer het voorschrijven volledig papierloos wordt, valt echter

nog te bezien. Een volledige dematerialisatie moet nog praktisch uitgewerkt worden en de analyse hiervan is nog lopende. Dit kan een interessant onderwerp zijn voor een volgende studie. Ook het idee van de apotheker over het gebruik van Recip-e is een interessant onderwerp. Is de software van alle apotheken uitgerust om Recip-e te gebruiken? Hoe Recip-e te gebruiken op huisbezoek?

Als het voorschrijven papierloos verloopt, verdwijnt ook het overzicht van wat aan de patiënt meegegeven wordt. Hier lijkt een belangrijke rol voor de medicatieschema's weggelegd. Medicatieschema's die opgeladen worden via Vitalink geven een duidelijk overzicht van wat en wanneer de patiënt medicatie moet nemen. Het is ook een dynamisch gegeven met mogelijkheid van input van verschillende zorgverleners (oa apothekers). Kan het opladen van medicatieschema's eventueel een volgend item worden voor de geïntegreerde praktijkpremie? Het lijkt een interessant idee om de aanmaak van medicatieschema's te stimuleren.

De start van het opladen van Sumehrs zorgt voor ordelijke dossiers. Een goed gestructureerd EMD is de basis. Dit werd eerst systematisch voor de chronische huisbezoeken in de praktijk gedaan en ook voor patiënten die zich aanmelden op de raadpleging. Het structureren van medische dossiers vraagt een serieuze tijdsinvestering, zeker voor oude en uitgebreide dossiers. De voordelen van een gestructureerd dossier zijn duidelijk: het zorgt voor efficiëntiewinst tijdens de consultatie, een huisarts met een goed medisch dossier is de spil in de zorg van de patiënt en verwijsbrieven, medicatielijsten en Sumehrs kunnen zo op eenvoudige wijze aangemaakt worden. De registratie van de vaccins in het EMD schiet duidelijk tekort. De vaccins worden steeds ingegeven in Vaccinnet maar niet steeds in het EMD. In CareConnect is er een koppeling met Vaccinnet, waardoor vaccins zowel in het EMD als online geregistreerd worden. Hierdoor zou de registratie van vaccins in het EMD moeten verbeteren.

Het is belangrijk om dossiers verder goed te blijven structureren en zo kwaliteitsvolle Sumehrs te blijven opladen. Via CareConnect is het enorm gemakkelijk om met enkele klikken een Sumehr aan te maken maar een onvolledig dossier gebruiken is zeker niet de bedoeling. Het kan zelfs gevaarlijk zijn om incomplete Sumehrs op te laden want de arts die deze dan raadpleegt, kan door ontbrekende of verouderde informatie foutieve beslissingen maken. Hoe de kwaliteit van Sumehrs precies beoordeeld kan worden, is ook een interessante vraag. Op heden bestaat er een structuur hoe een Sumehr er moet uitzien maar zijn er geen eisen naar kwaliteit. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de opladende arts, die er zelf voor moet zorgen dat de informatie correct is.

De Sumehrs dienen ook op zinvolle manier gebruikt te worden. Als de arts een Sumehr wil opladen, wordt hier de nodige tijd ingestoken en is het belangrijk dat deze Sumehrs effectief bekeken worden. Wat met het gebruik van Sumehrs in de ziekenhuizen? Een frappante anekdote over het gebruik van Sumehrs in de 2de lijn: in de seminariegroep kwam het hoofd van de spoeddienst spreken over urgenties. Als er gevraagd werd of Sumehrs gebruikt of bekeken werden op de spoeddienst, viel de spoedarts volledig uit de lucht. Ze had nog nooit gehoord van een Sumehr. Ook dit kan een interessant onderwerp zijn voor verdere projecten. 'Wie kent en bekijkt Sumehrs in de 2de lijn?' 'Hoe kunnen spoeddiensten Sumehrs lezen?' Het

gebruik van Sumehrs in de 2de lijn (spoed, geriatrie,..) kan nagegaan worden. Ook stelt de vraag zich wie Sumehrs kan aanpassen of corrigeren. Als een patiënt zich aanmeldt op spoed met bijvoorbeeld een allergische reactie op medicatie weet de huisarts dit niet steeds. Het is dan ook van belang dat huisartsen alle mogelijke informatie krijgen vanuit de 2de lijn.

De volledige praktijkpremie van 2017 halen in de praktijk is door het uitblijven van de update naar CareConnect waarschijnlijk niet mogelijk. Met dit project is er wel een goede aanzet gegeven en zou het in de komende jaren zeker mogelijk moeten zijn om de volledige premie te ontvangen. Het is belangrijk om de E-diensten op een zinvolle en correcte manier verder te blijven gebruiken. Het project heeft ervoor gezorgd dat alle E-Health toepassingen gebruikt kunnen worden en dat er in de toekomst meteen geanticipeerd kan worden op eventuele vernieuwingen of aanpassingen.

5 Conclusie

E-Health is een interessant en uitdagend concept. Het gebruik van informatica neemt op alle vlakken toe en ook in de huisartsenpraktijk is het belangrijk om mee te evolueren. Belangrijke medische informatie over de patiënt delen, draagt bij tot een verbetering van de kwaliteit en continuïteit van de gezondheidszorg. De administratieve taken van de arts worden ondersteund en verlicht door het gebruik van E-Health. De zorg wordt wel meer en meer afhankelijk van informatica. Het is belangrijk dat een huisartsenpraktijk zich aanpast om mee te zijn met deze toenemende informatisering. Een goed softwarepakket met integratie van de E-Health toepassingen en een goede opstelling van de informatica in de praktijk zijn belangrijke basisvoorwaarden.

E-health biedt veel mogelijkheden en een goed gebruik van deze technologie is belangrijk. Veel zaken kunnen met enkele muisklikken aangevraagd of opgeladen worden maar er moet altijd rekening gehouden worden met de wensen van de patiënt. Niet alleen artsen moeten mee met de toenemende informatisering in de gezondheidszorg, het is ook van belang dat patiënten voldoende geïnformeerd worden over de verschillende toepassingen en hun recht op privacy. De arts speelt hierin een belangrijke rol, maar het is ook de taak van de overheid om patiënten voldoende te informeren.

De geïntegreerde praktijkpremie is een belangrijke stimulans voor het gebruik van de E-diensten. Hierbij dient wel vooropgesteld te worden dat kwaliteit primeert boven kwantiteit. Het aanmaken van een Sumehr is met de recentste pakketten zeer eenvoudig geworden, maar hoe wordt de kwaliteit van de opgeladen informatie gecontroleerd? Dit vormt een belangrijke uitdaging naar de toekomst toe. Het is belangrijk dat niet alleen het aantal maar ook de kwaliteit van de informatie gecontroleerd wordt. Ook moeten de criteria voor het uitreiken van de premie continu geëvalueerd worden. Vernieuwingen of andere belangrijke en interessante zaken kunnen toegevoegd worden aan de voorwaarden. Uit dit praktijkproject lijkt het opladen van medicatieschema's een interessante toevoeging te zijn.

De integratie van E-Health betekende een meerwaarde voor de praktijk. Dit zowel voor de artsen als voor de patiënten. De artsen werken nu in een gestructureerd EMD met de mogelijkheid om alle E-Health toepassingen te gebruiken. Dit biedt voordelen voor de continuïteit van de zorg, een administratieve vereenvoudiging en ook financiële voordelen (praktijkpremie, meer GMD's,...). Ook voor de patiënten is het een voordeel om een goed gestructureerd dossier (met up-to-date medicatielijsten en medische voorgeschiedenis) te hebben en wordt ook voor hen de administratie vereenvoudigd. Het project zorgde voor een verbetering van de kwaliteit van de zorg voor de patiënten in de praktijk.

6 Referenties

1. eHealth:Missie. Beschikbaar via : https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/nl/missie.Geraadpleegd 10 april 2017.
2. eGezondheid: Lexicon. Beschikbaar via: http://www.plan-egezondheid.be/lexicon/. Geraadpleegd 10 april 2017.
3. Gaethofs D. eHealth in de praktijk. 2016.
4. Alles op een rijtje! eHealthBox, Vitalink en Hubs... Beschikbaar via: https://www.healthconnect.be/nl/blog/alles-op-een-rijtje-ehealthbox-vitalink-en-hubs. Geraadpleegd 10 april 2017.
5. Wat is Vitalink? Beschikbaar via: http://www.vitalink.be/wat-is-vitalink. Geraadpleegd 10 april 2017.
6. Geïntegreerde praktijkpremie huisartsgeneeskunde Beschikbaar via: http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/hulp/geintegreerde-praktijk/Paginas/default.aspx#.WtYozC5ubIV. Geraadpleegd 10 april 2017.
7. Recip-e. Beschikbaar via: https://recip-e.be/?lang=nl. Geraadpleegd 20 april 2017.
8. Geneesmiddelen voorschrijven voor ambulante patiënten. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/geneesmiddel-voorschrijven/Paginas/geneesmiddelen-voorschrijven-ambulante-pati%C3%ABnten.aspx#.WtYqii5ubIV. Geraadpleegd 20 april 2017.
9. Terugbetaling van farmaceutische specialiteiten uit hoofdstuk IV: a priori controle.Beschikbaar via: http://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/specialiteiten/hoofdstukken/Paginas/terugbetaling-specialiteiten-hoofdstukiv.aspx#.WtYqui5ubIW. Geraadpleegd 20 april 2017.
10. Akkoorden Hoofdstuk IV. Beschikbaar via: http://ned.mycarenet.be/sectoren2/dokter/de-beschikbare-diensten/medisch-administratief--dokter/akkoorden. Geraadpleegd 25 april 2017.
11. Specificiteiten facturatie artsen. Beschikbaar via: http://ned.mycarenet.be/sectoren2/dokter/de-beschikbare-diensten/derde-betaler/specificiteiten-facturatie-dokter. Geraadpleegd 25 april 2017.
12. Elektronische facturatie (eFact): de eenvoudigste manier. Beschikbaar via: https://www.cm.be/professioneel/zorgverleners/artsen/derdebetaler/facturatie/elektronische-facturatie. Geraadpleegd 20 juni 2017.
13. PatientConsent. Beschikbaar via: https://www.ehealth.fgov.be/nl/egezondheid/patienten/patientconsent. Geraadpleegd 20 juni 2017.
14. Globaal medisch dossier. Beschikbaar via: https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/specifieke-regelingen/globaal-medisch-dossier. Geraadpleegd 20 juni 2017.
15. Door een globaal medisch dossier (GMD) kan u goedkoper naar de huisarts. Beschikbaar via: http://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/globaal-medisch-dossier.aspx#.Wq5FqcPwbIV. Geraadpleegd 20 juni 2017.
16. Sumehr. Beschikbaar via: https://www.cm.be/ziekte-en-behandeling/elektronische-patientendossiers/vitalink/sumehr. Geraadpleegd 20 juni 2017.
17. Recip-e. Beschikbaar via: https://www.cm.be/professioneel/zorgverleners/recip-e. Geraadpleegd 20 april 2017.
18. Elektronisch aanvragen geneesmiddelen Hoofdstuk IV. Beschikbaar via: https://www.cm.be/professioneel/zorgverleners/artsen/geneesmiddelen-hoofdstuk-IV/voordelen. Geraadpleegd 20 juni 2017.
19. Toestemming geven. Beschikbaar via: https://www.cm.be/ziekte-en-behandeling/elektronische-patientendossiers/beheer-zelf-je-dossier/toestemming-geven. Geraadpleegd 20 juni 2017.
20. Coursier P. eHealth voor HAIO's en praktijkopleiders. 2017.
21. EMD en Sumehr. 2017.

7 Bijlagen

Bijlage 1 : Voorwaarden geïntegreerde praktijkpremie

De basisvoorwaarde is dat de arts effectief actief is als huisarts. Een tweede voorwaarde is het gebruik van een gehomologeerd softwarepakket. Alleen de softwarepakketten die de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen aanvaard heeft, komen in aanmerking voor de premie. De commissie heeft volgende softwarepakketten aanvaard:

- CareConnect (HealthConnect)
- Epicure (MedicalSoft)
- HealthOne (HDMP)
- Le Généraliste (PC Sol)
- Medidoc (Corilus)
- Medigest (Corilus)
- Medinote (The Virtual Circle)
- Pricare (Figac)
- Accrimed (Corilus)
- Daktari (Barista Software)
- iCure (TakTik SA)
- Medinect (OFFIMED)
- Omnipro (MIMS)
- Windoc (CompuGroup Medical Belgium bvba)
- Prodoc (CEGEKA)

De basispremie bedraagt reeds 1500 euro. Hoe meer de verschillende E-diensten gebruikt worden, hoe hoger het bedrag van de premie.

De premie in 2016 is afhankelijk van het aantal gebruikte parameters (zie tabel). Indien aan 3 parameters voldaan wordt, kan een bedrag van 3400 euro ontvangen worden. Als er aan 5 parameters voldaan wordt, loop dit bedrag op tot 4550 euro. Er kan een extra premie van 500 euro verdiend worden als de huisarts meer dan 200 sumehrs heeft opgeladen.

Voor de premie in 2017 moet er aan 4 of 6 parameters voldaan worden om respectievelijk 3400 of 4550 euro te ontvangen. De extra premie van 500 euro wordt toegekend als de huisarts meer dan 400 sumehrs heeft opgeladen(6).

Tabel 1.: Parameters inzake het gebruik van E-diensten en hun minimumdrempel om tot de geïntegreerde praktijkpremie te komen (6)

Parameters	**Minimumdrempel**
Recipe (# verschillende recipe-voorschrift van terugbetaalbare medicatie/ totaal # verschillende voorschrift van terugbetaalbare medicatie)	25%
Elektronisch aanvragen hoofdstuk 4 (# elektronische hoofdstuk 4/ totaal # hoofdstuk 4)	50%
eFact (# eFact raadplegingen bij patiënten met verhoogde tegemoetkoming/ # raadplegingen bij patiënten met verhoogde tegemoetkoming)	20%
Informed consent (IC) (# patiënten met een GMD die IC hebben/ totaal # patiënten met GMD)	25%
Sumehr (# patiënten met een GMD en sumehr/ # patiënten met GMD)	20%
eGMD	Aan

Tabel 2. Bedragen geïntegreerde praktijkpremie, afhankelijk van het aantal gebruikte diensten (6)

Uw situatie	**Bedrag (EUR)**
Situatie 1 (huisarts in opleiding): U voldoet aan de volgende 2 voorwaarden: • U bent effectief actief als huisarts in opleiding • U gebruikt een aanvaard softwarepakket	800

Situatie 2 (huisarts): U voldoet aan de volgende 2 voorwaarden:
• U bent effectief actief als huisarts
• U gebruikt geen aanvaard softwarepakket of u hebt
  ○ Premie 2016: voor minder dan 3 parameters inzake het gebruik van E-diensten de drempel bereikt
  ○ Premie 2017: voor minder dan 4 parameters inzake het gebruik van E-diensten de drempel bereikt
	1500

Situatie 3 (huisarts): U voldoet aan de volgende 3 voorwaarden:
• U bent effectief actief als huisarts
• U gebruikt een aanvaard softwarepakket en hebt
  ○ Premie 2016: voor 3 of 4 parameters inzake het gebruik van E-diensten de drempel bereikt
  ○ Premie 2017: voor 4 of 5 parameters inzake het gebruik van E-diensten de drempel bereikt
• U hebt op het einde van het premiejaar
  ○ Premie 2016: voor minder dan 200 verschillende patiënten een SUMEHR opgeladen
  ○ Premie 2017: voor minder dan 400 verschillende patiënten een SUMEHR opgeladen
	3400

Situatie 4 (huisarts): U voldoet aan de volgende 3 voorwaarden:
• U bent effectief actief als huisarts
• U gebruikt een aanvaard softwarepakket en hebt
  ○ Premie 2016: voor 3 of 4 parameters inzake het gebruik van E-diensten de drempel bereikt
  ○ Premie 2017: voor 4 of 5 parameters inzake het gebruik van E-diensten de drempel bereikt
• U hebt op het einde van het premiejaar
  ○ Premie 2016: voor 200 of meer verschillende patiënten een SUMEHR opgeladen
  ○ Premie 2017: voor 400 of meer verschillende patiënten een SUMEHR opgeladen
	3900
	(= 3400 + 500)

Situatie 5 (huisarts): U voldoet aan de volgende 3 voorwaarden:
• U bent effectief actief als huisarts
• U gebruikt een aanvaard softwarepakket en hebt
  ○ Premie 2016: voor 5 of 6 parameters inzake het gebruik van E-diensten de drempel bereikt
  ○ Premie 2017: voor de 6 parameters inzake het gebruik van E-diensten de drempel bereikt
• U hebt op het einde van het premiejaar
  ○ Premie 2016: voor minder dan 200 verschillende patiënten een SUMEHR opgeladen
  ○ Premie 2017: voor minder dan 400 verschillende patiënten een SUMEHR opgeladen
	4550

Situatie 6 (huisarts): U voldoet aan de volgende 3 voorwaarden:
• U bent effectief actief als huisarts
• U gebruikt een aanvaard softwarepakket en hebt
  ○ Premie 2016: voor 5 of 6 parameters inzake het gebruik van E-diensten de drempel bereikt
  ○ Premie 2017: voor de 6 parameters inzake het gebruik van E-diensten de drempel bereikt
• U hebt op het einde van het premiejaar
  ○ Premie 2016: voor 200 of meer verschillende patiënten een SUMEHR opgeladen
  ○ Premie 2017: voor 400 of meer verschillende patiënten een SUMEHR opgeladen
	5050
	(= 4550 + 500)

Bijlage 2: Verzoek tot advies van het ethisch comite









VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

---

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

Integratie van E-health in een solopraktijk met HAIO

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: DIRK AVONTS
- FUNCTIE: GASTPROFESSOR
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 12
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: dirk.avonts@ugent.be
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM: DIEGO SCHRANS
- FUNCTIE: ASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 12
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: diego.schrans@ugent.be
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: GERTJAN DE MEYER
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0493 71 59 35
- E-MAIL: gertjan.demeyer@ugent.be

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DIRK VERMEULEN
- ADRES: ZUIDSTRAAT 8, 8480 ICHTEGEM
- TELEFOONNUMMER: 051 58 30 30
- E-MAIL: DR.DIRK.VERMEULEN@GMAIL.COM
- TYPE-PRAKTIJK: SOLO

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- NIET VAN TOEPASSING

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 1/03/2017 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 30/09/2018

7. SOORT ONDERZOEK

- ☐ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ WERKEN MET GEGEVENS E-DIENSTEN (BV.: AANTAL OPGELADE SUMEHRS, %VOORSCHRIFTEN VIA RECIP-E). ER KOMEN GEEN ECHTE PATIËNTENGEGEVENS AAN TE PAS.

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

INLEIDING

In onze praktijk wordt gebruik gemaakt van een elektronisch medisch dossier met het softwarepakket Windoc. De consultaties worden gecodeerd verwerkt maar verdere toepassing van het EMD en de e-Health toepassingen worden niet gebruikt. Gezien dit nu al een enorm belangrijk aspect is en in de toekomst alleen belangrijker zal worden, ontstond het idee om in onze praktijk hier iets mee te doen. Dit is zowel voor mij, als haio, als voor mijn praktijkopleider, een belangrijke stap in de verdere ontwikkeling van de praktijk.

ONDERZOEKSVRAAG

De integratie van e-health in de praktijk is het doel van dit praktijkverbeterproject, het opstarten van e-diensten in een praktijk waar nog geen gebruik gemaakt wordt van deze toepassingen.

Andere thesissen handelden reeds over het gebruiksgemak, bevindingen/beperkingen bij het gebruik van e-Health en zijn verschillende toepassingen. De bedoeling van dit onderzoek is een persoonlijke beschrijving van het gebruik van deze diensten.

De belangrijkste onderzoeksvragen zijn:

Welk processen gebruiken we om tot de geïntegreerde praktijkpremie huisartsengeneeskunde te komen?

Wat zijn de voordelen en beperkingen bij het integreren van de verschillende e-diensten?

METHODE:

A) Literatuurstudie: Opzoeken in de literatuur over het gebruik van de verschillende e-Health diensten in de praktijk. Welke beperkingen/voordelen worden beschreven in de literatuur? Wat kan beter?

B) De 6 punten van de geïntegreerde praktijkpremie vormen het uitgangspunt om vooruitgang in de praktijk te meten. Op dit moment worden geen e-diensten gebruikt in de praktijk, er zijn geen Sumehrs opgeladen, ... Er wordt dus van nul gestart. Het doel is om bij elk onderdeel het proces te beschrijven:

welke informatie werd gebruikt, welke opleidingen (eenlijn.be, Webinars, etc), wat zijn de minpunten, ... met eventuele toetsing aan de literatuur waar mogelijk. Het betreft een persoonlijk proces om e-Health in een solopraktijk op te starten.

Concreet is het de bedoeling om een maandelijkse evaluatie uit te voeren van de verschillende e-diensten. Er wordt gekeken naar:

- het aantal opgeladen Sumehrs

- het aantal aanvragen van terugbetaling van geneesmiddelen hoofdstuk IV

- gebruik van Recip-e

- gebruik van eFact

Bij evaluatie van deze parameters kan de evolutie in de praktijk opgevolgd worden. Zo kunnen problemen tijdig beschreven, opgespoord en indien mogelijk opgelost worden. De geïntegreerde praktijkpremie voor 2016 is het uitgangspunt, bij eventuele veranderingen in 2017 wordt dit meegenomen.

Eind 2017 wordt dan de balans opgemaakt van de doorgevoerde veranderingen. Zijn we als praktijk geslaagd de doelstellingen van de geïntegreerde praktijkpremie te halen? Indien niet, wat waren de valkuilen? Waarom werden de doelstellingen niet gehaald?

WELKE WINST

Voordeel voor de praktijk en voordeel voor de patiënten: ordelijke dossiers, de werking van de praktijk wordt gemoderniseerd, de geïntegreerde praktijkpremie als bonus, ...

Voordeel voor mij als HAIO: zelfstandig kunnen opstarten van e-Health.

Dit project verbetert hierdoor de kwaliteit van zorg voor de patiënten van de praktijk.

9. IS HET ONDERZOEK

- ☐ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ☐ NEEN

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

ER WORDT GEEN GEBRUIK GEMAAKT VAN PROEFPERSONEN

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

ER WORDT GEEN GEBRUIK GEMAAKT VAN PROEFPERSONEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- ☐ NEEN

  ZO NEEN, WAAROM NIET ?

  ER WORDT GEEN GEBRUIK GEMAAKT VAN PROEFPERSONEN

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

- ☐ NEEN

  ZO NEEN, WAAROM NIET ?

  ER WORDT GEEN GEBRUIK GEMAAKT VAN PROEFPERSONEN

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.

WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

NEEN

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

❑ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

❑ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

❑ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?

NIET VAN TOEPASSING, ER WORDT GEEN GEBRUIK GEMAAKT VAN PREPARATEN.

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

NIET VAN TOEPASSING, ER WORDT GEEN GEBRUIK GEMAAKT VAN PROEFPERSONEN

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

NIET VAN TOEPASSING

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

NIET VAN TOEPASSING

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

NIET VAN TOEPASSING

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

NIET VAN TOEPASSING

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

NIET VAN TOEPASSING

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 7/3/17
NAAM : Gertjan De Meyer
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 8/3/2017
NAAM : Vermeulen Dirk
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM : 9/3/17
NAAM : Johan Dego
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

Universitair Ziekenhuis Gent

Afz: Commissie voor Medische Ethiek (UZP074)

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2017/0489	09-apr-17	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Integratie van E-health in een solopraktijk met HAIO. ManaMa: Gertjan De Meyer
Belgisch Registratienummer: B670201732202
Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier dd. 13/03/2017 (volledig ontvangen dd 23/03/2017)

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 9/04/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 9/04/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 9/04/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 9/04/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 18/04/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 18/04/2017

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-Dutch informed consent forms with the Dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Muriel Fouquet
Tel: 09/332 33 36
Muriel.fouquet@uzgent.be