

ICT-tools en gebruik van EMD

door de huisarts

Hefbomen en barrières bij het gebruik van EMD en elektronische communicatie door huisartsen

Auteurs:

V. Van der Stighelen¹

P. Burggraeve²

L. Geudens³

H. Van Pottelbergh⁴

R. Baeten⁵

H. Claessens⁶

E. Cornelis⁷

L. Pauwels⁸

- 1 Huisarts, medewerker Domus Medica (DM), lid van eMDomus , werkgroep IT van DM
- 2 Lid van eMDomus , werkgroep IT van DM
- 3 Lid van eMDomus , werkgroep IT van DM
- 4 Voorzitter eMDomus
- 5 Medewerker DM, Coördinator Preventie
- 6 Medewerker DM , Onderzoek en Ontwikkeling
- 7 Medewerker DM , verantwoordelijke Onderzoek en en Ontwikkeling
- 8 Medewerker DM , verantwoordelijke ICT

Dankwoord

Wij danken alle deelnemers aan de rondetafelgesprekken voor hun waardevolle bijdrage aan het onderzoek. Zonder hun inzet en enthousiasme konden we dit onderzoek niet tot een goed einde brengen.

Samenvatting

Door de veranderingen in de gezondheidszorg wordt communicatie belangrijker (meer specialistische zorg met meer superspecialisatie doet aantal verschillende artsen waarmee een patiënt in contact komt, toenemen; meer groepspraktijken en netwerken, meer taakverdeling en samenwerking in de eerste lijn, meer betrokkenheid van patiënten bij hun eigen medische gegevens enz.). Toenemende informatisering maakt uitwisseling van gegevens op een vlotte manier theoretisch ook mogelijk, maar de praktijk van gegevensregistratie op het veld blijft achter. Wij willen in dit onderzoek nagaan wat de oorzaken kunnen zijn van dit onvoldoende gebruik van EMD en IT bij huisartsen en welke oplossingen kunnen worden aangedragen.

Het onderzoek omvat twee delen. In deel 1 gaan we na welke problemen worden aangehaald in de Vlaamse literatuur en in enquêtes bij huisartsen en welke oplossingen vanuit het veld worden gesuggereerd. We hebben onze bevindingen aangevuld met resultaten van analogo onderzoek die we (met een beperkte literatuursearch) terugvonden in de internationale literatuur. In deel 2 hebben we dezelfde vragen besproken in rondetafelgesprekken met vijf groepen experts in deze materie: expert-gebruikers, huisartsenkringen, opleiders, vendors van huisartsen software programma's en zorgtrajectpromotoren. Er is een grote mate van overeenstemming tussen de verschillende bronnen, zowel over het belang van barrières in het huidige gebruik als over mogelijke oplossingen waaraan kan worden gedacht.

Vanuit de resultaten van ons onderzoek suggereren we een aantal pistes die kunnen worden gevolgd op microniveau (huisartsen(praktijken), LOK's...), op mesoniveau (huisartsenkringen, universiteiten, software vendors, Domus Medica) en op macroniveau (overheid) om tot een beter gebruik van het EMD en van de nieuwe IT-mogelijkheden voor communicatie te komen.

Ons onderzoek brengt ons tot het volgende besluit:

- Er bestaat een grote behoefte aan een globaal plan voor implementatie van de overgang naar volledig elektronisch beschikbare en uitwisselbare zorggegevens. De aangehaalde barrières op verschillende niveaus zijn sterk met elkaar verbonden. Oplossingen moeten dus op verschillende punten tegelijk ingrijpen om effectief te zijn (interventiemix).
- Elektronische communicatie moet de norm worden op alle niveaus. Dit is enkel mogelijk als de aangeboden toepassingen gebruiksvriendelijk, rechtstreeks vanuit het EMD (Vaccinnet!) en tijdig (Achil) worden ontworpen.
- Wij stellen voor om een overkoepelend en onafhankelijk EMD-instituut op te richten, waaraan alle betrokken partijen (universiteiten, huisartsenkringen, vendors, patiënten, ziekenfondsen, artsensyndicaten, gebruikersgroepen enz.) hun medewerking verlenen. Dit EMD-instituut heeft als taak:
 - Bundelen, verwerken en initiëren van onderzoek over IT-gebruik in de zorgsector (denktank)
 - Concrete voorstellen uitwerken getoetst aan het veld (operationeel luik)

- Huisartsen moeten vlot kunnen overstappen naar een ander softwarepakket dat beter aan de vernieuwende vraag aangepast is, met behoud van een vastgelegde minimale hoeveelheid gegevens.
- Het bestaande systeem dat EMD-gebruik ondersteunt, moet herbekeken worden. Goed gebruik van een innovatief software programma moet gestimuleerd worden met incentives.
- Er moet nagedacht worden over hoe betrokkenheid van patiënten bij de gegevens in hun EMD kan bijdragen aan de kwaliteit ervan.

Inhoudstafel

Dankwoord	2
Samenvatting.....	3
I. Inleiding	1
II. Doelstelling van het onderzoek.....	4
III. Methode.....	5
IV. Resultaten.....	6
1. Literatuuronderzoek.....	6
1.1. Opzet	6
1.2. Vlaamse literatuur	6
1.2.1. Masterproeven.....	6
1.2.2. Artikels HANU.....	7
1.2.3. Verslagen van Wetenschapsdagen.....	7
1.2.4. Enquêtes.....	7
1.2.5. Andere	7
1.3. Internationale literatuur.....	8
1.4. Resultaten literatuurstudie	8
1.4.1. Leesrooster	8
1.4.2. Bespreking	9
2. Rondetafelgesprekken.....	21
2.1. Opleiders	21
2.2.1. De vragen.....	21
2.2.2. Samenvatting.....	22
2.2. Vendors	23
2.2.1. De vragen.....	24
2.2.2. Samenvatting.....	24
2.3. Zorgtrajectpromotoren	25
2.3.1. De vragen.....	25
2.3.2. Samenvatting.....	26
2.4. Good practices.....	27
2.4.1. De vragen.....	27
2.4.2. Samenvatting.....	27
2.5. Kringen.....	28
2.5.1. De vragen.....	28

2.5.2.	Samenvatting.....	29
3.	Resultaten literatuurstudie én gesprekken.....	31
3.1.	Problemen op microniveau.	31
3.1.1.	Actoren.....	31
3.1.2.	Factoren.....	32
3.2.	Problemen op mesoniveau.....	33
3.2.1.	Actoren.....	33
3.2.2.	Factoren.....	34
3.3.	Problemen en bevorderende factoren op macroniveau.....	38
3.3.1.	Actoren.....	38
V.	Bespreking.....	40
1.	Attitude.....	40
2.	Kennis, vaardigheden, opleiding.....	40
3.	Tijd en efficiëntie.....	41
4.	Kwaliteit van zorg.....	42
5.	Kost.....	42
6.	Software.....	43
VI.	Aanbevelingen voor het beleid.....	45
VII.	Bijlagen.....	46

I. Inleiding

Huisartsgeneeskunde in een veranderende context

Het huidige zorgmodel staat onder druk: medische behandelingen worden geavanceerder, de bevolking ouder, de patiëntenbegeleiding evolueert van vooral acute naar meer chronische en preventieve zorg en naar een interdisciplinair model.

Informatietechnologie in de gezondheidszorg wordt meer en meer belangrijk geacht voor het verzekeren van een kwalitatief hoogstaande en efficiënte patiëntenzorg. Door de veranderingen in de gezondheidszorg en door de sterk toegenomen IT-mogelijkheden wordt communicatie belangrijker. Meer specialistische zorg met meer superspecialisatie doet namelijk het aantal verschillende artsen waarmee een patiënt in contact komt, toenemen. Daarnaast komen er meer groepspraktijken en netwerken, ontstaat er meer taakverdeling en samenwerking in de eerste lijn, meer betrokkenheid van patiënten bij hun eigen medische gegevens enz.

De eerste voorwaarde voor uitwisseling is dat er gegevens zijn die kunnen worden uitgewisseld. Wanneer huisartsen hun functie als beheerder van de gezondheidsgegevens van hun patiënten (GMD) willen uitoefenen, moeten deze gegevens op een voor uitwisseling geschikte manier in het elektronisch medisch dossier (EMD) aanwezig zijn. De belangrijke voorwaarde hiervoor is een veralgemeend en kwalitatief goed gebruik van het EMD. Het digitaliseren van patiëntengegevens maakt uitwisseling - en dus het ter beschikking stellen ervan waar nodig - mogelijk, opent nieuwe mogelijkheden voor kwaliteitsbevorderende initiatieven en kan de efficiëntie van de zorg verhogen. Het recente 'Seamless Care'-rapport van het Kenniscentrum Gezondheidszorg (KCE rapport 131A)¹ concludeert tevens in die zin: "het ontwikkelen van degelijke elektronische communicatiemiddelen tussen de gezondheidswerkers is onontbeerlijk om tegemoet te komen aan de huidige tekortkomingen van het gezondheidssysteem".

Uit voorafgaand onderzoek blijkt echter dat de mogelijkheden van het EMD niet altijd optimaal zijn om deze coördinerende taak van de huisarts te ondersteunen en dat de aanwezige mogelijkheden veelal worden onderbenut. Zo worden de gegevens niet op een voldoende gestandaardiseerde manier ingevoerd om de communicatie binnen de gezondheidszorg mogelijk te maken (LHP-IT Project 2004-2007 bij het vooronderzoek).

Om de kans op succes van nieuwe implementatieprojecten (alle projecten voor verbetering en innovatie in de gezondheidszorg) die worden opgezet om hierin verandering te brengen te verhogen, is een goede analyse van de setting en de doelgroep nodig.² Groots opgezette implementatieprojecten in het buitenland lopen vaak stuk op het niveau van artsenpraktijken.³

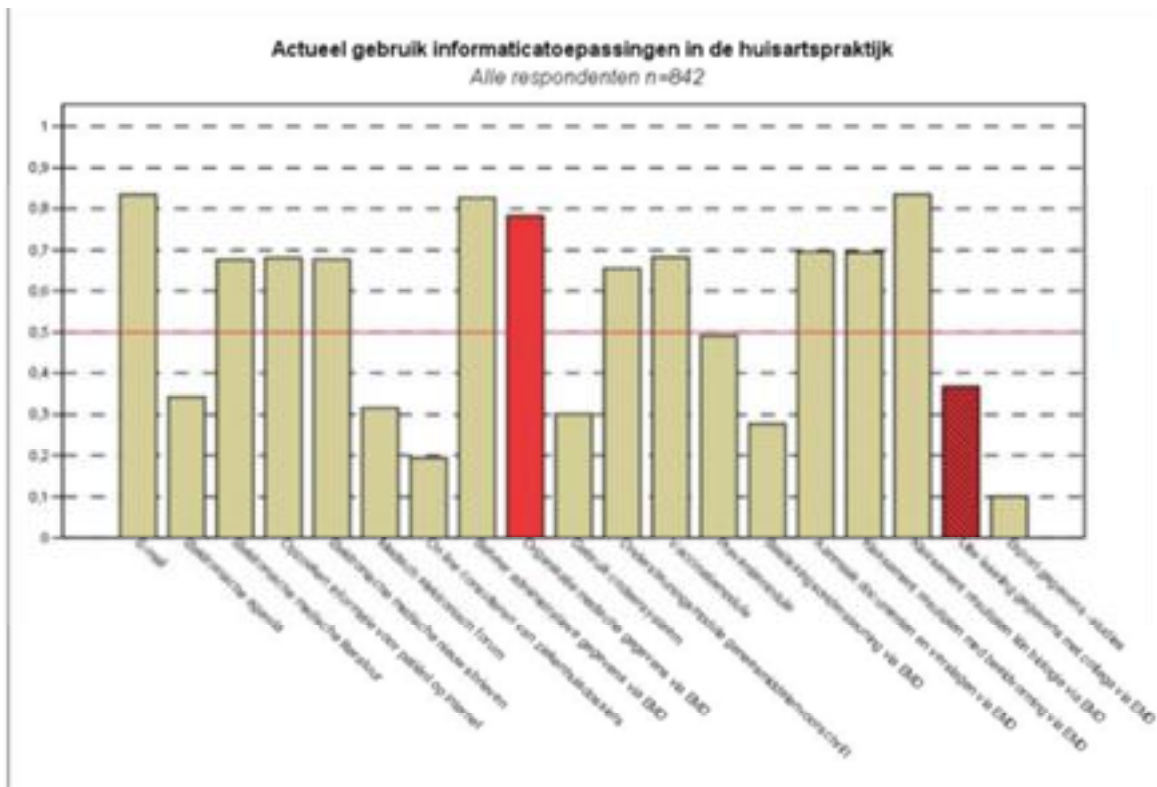
¹ <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/continu%C3%A4feit-van-de-medicamenteuze-behandeling-tussen-ziekenhuis-en-thuis> 8/2012

² Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg. R.Grol en M.Wensing 2006 p76

³ Gagnon et al. Implementation Science 2010, 5:30 .[Http://www.implementationscience.com/content/5/1/30](http://www.implementationscience.com/content/5/1/30) 8/2012

EMD gebruik in de Belgische context

Volgens een RIZIV-enquête van 2007 (een 20% steekproef van 1707 huisartsen jonger dan 61 jaar met een respons van ongeveer 50%) hebben 91,6% van de Belgische huisartsen een PC in de praktijk. Deze wordt in wisselende mate gebruikt voor verschillende toepassingen:



74% van de huisartsen gebruikt een EMD. Slechts 40% bewaart zijn patiëntengegevens uitsluitend elektronisch. Er zijn 16 grotere en een 25 kleinere pakketten in gebruik. Hiervan zijn er 17 gelabelde (zie verder) pakketten. De drie belangrijkste pakketten (Windoc, Medidoc, Health One) nemen ongeveer 50% van het marktaandeel in. Meer gegevens over gebruik van EMD en IT in Vlaanderen zijn terug te vinden in de enquêtes die worden besproken in ons literatuuronderzoek.

Tot 2008 stond de organisatie en het beheer van de registratie van softwarepakketten voor het beheer van elektronische patiëntendossiers onder de verantwoordelijkheid van de “Medische telematicacommissie van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu”. Na de oprichting van het e-Health-platform (wet van 21-08-2009) werd de verantwoordelijkheid van de Cel Telematica om de homologatiesessies te organiseren, naar dit platform overgedragen (<https://www.ehealth.fgov.be/nl/over-het-ehealth-platform/missie/het-ehealth-platform>). Het is de bedoeling om de coherentie en de compatibiliteit van de informaticatools die door de huisartsen gebruikt worden, te garanderen .

In overleg met de vertegenwoordigers van de huisartsen, de openbare instellingen (RIZIV en FOD Volksgezondheid) en vertegenwoordigers van de softwareproducenten, stelt het eHealth-platform een lijst van registratiecriteria op. Deze lijst werd ook goedgekeurd door de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. De toetsing van de pakketten aan de vereiste criteria, gebeurt door een externe firma. Een Koninklijk Besluit (KB) van 6 februari 2003 voorziet in een tussenkomst van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers door huisartsen. Artikel 3, §2, van het KB bepaalt dat de huisarts bij zijn aanvraag op eer moet verklaren dat hij het softwarepakket daadwerkelijk gebruikt voor het elektronisch beheer van het Globaal Medisch Dossier (GMD) van zijn patiënten.

Alleen gehomologeerde softwarepakketten (17 in 2011) komen in aanmerking voor een tegemoetkoming van 806,12 EUR (2011). Deze tegemoetkoming moet door de huisarts zelf bij het RIZIV worden aangevraagd. In 2009 maakten 7895 huisartsen gebruik van gehomologeerde software. Deze subsidie wordt verleend voor het bezit van een EMD-pakket, niet voor het gebruik ervan (ondanks de verklaring op eer dat het pakket ook wordt gebruikt).

De prijs van de individuele softwarepakketten is variabel. Eén van de goedkoopste pakketten is koploper wat aantal gebruikers betreft (ongeveer 20%). De mogelijkheden van de verschillende pakketten zijn ook verschillend.

II. Doelstelling van het onderzoek

We wilden met dit onderzoek een duidelijker beeld krijgen van de factoren die bijdragen tot onvoldoende en ongestructureerde gebruik van de mogelijkheden van informaticatoepassingen in de Vlaamse huisartsenpraktijk, met nadruk op het gebruik van het EMD. We veronderstellen dat niet enkel ICT-gerelateerde problemen, zoals ontoereikende ICT-kennis, hiaten in de vereiste tools, oorzaak zijn van ondergebruik. Ook subjectieve ervaringen, zoals tijdsverlies, hinder in de interactie met patiënten en attitudes (drempelvrees voor ICT, weerstand tegen vernieuwing, ...) kunnen in de weg staan.

Verder wilden we zicht krijgen op de pogingen die binnen de huisartsenwereld al werden ondernomen om dit te remediëren.

Met de opgedane kennis willen we dan een aantal voorstellen formuleren om informaticagebruik, en EMD-gebruik in het bijzonder, te bevorderen. Het uiteindelijke doel hiervan is, zoals al gezegd, een betere communicatie tussen zorgverleners en een betere kwaliteit van zorg.

III. Methode

In het kader van dit project zochten we in Vlaamse literatuur naar problemen die huisartsen ondervinden met EMD en IT en oplossingen hiervoor. Nadien zochten we in internationale literatuur naar factoren die relevant kunnen zijn voor de Vlaamse huisartsenpraktijk, maar die we nog niet eerder tegen kwamen.

In het tweede deel van ons onderzoek organiseerden we rondetafelgesprekken met mensen die vanuit verschillende invalshoeken betrokken zijn bij goed EMD-gebruik bij Vlaamse huisartsen.

Op basis van de resultaten van deze twee stappen formuleerden we aanbevelingen.

IV. Resultaten

1. Literatuuronderzoek

1.1. Opzet

Bij dit literatuuronderzoek focusten we op oorzaken van het onderbenutten van het EMD door de huisarts en manieren om beter gebruik te stimuleren. Het antwoord zochten we in eerste instantie in bevragingen bij en artikelen van Vlaamse huisartsen. Verder werd in de internationale literatuur gezocht naar onderzoeken die de Vlaamse gegevens kunnen kaderen in een bredere context. We zochten naar bevestiging voor problemen en/of oplossingen die werden gevonden in de Vlaamse literatuur en spoorden nieuwe problemen en/of oplossingen op. Wij hadden binnen dit project niet de mogelijkheid om een volledige literatuurstudie te doen, maar zochten breed naar barrières en facilitatoren voor EMD-gebruik in ambulante praktijken, vooral huisartsenpraktijken. Interessante artikelen uit andere disciplines werden meegenomen in zoverre ze ook voor huisartsen interessante bevindingen beschreven. In bijlage 1 vindt u een overzicht van de gevolgde werkwijze. Per relevant artikel, relevante masterproef e.d. werd een fiche opgesteld, die in het kort de bevorderende factoren en barrières voor goed EMD-gebruik samenvat. Deze fiches worden in bijlage 2, 3 en 4 meegegeven, zodat de lezer de relevante inhoud erop kan naslaan zonder de artikels te moeten opzoeken. Ze zijn immers niet allemaal even makkelijk verkrijgbaar (zie verder).

1.2. Vlaamse literatuur

We concentreerden ons in eerste instantie op literatuur gepubliceerd in de laatste vijf jaar (met waar nodig uitbreiding naar de laatste tien jaar) die zicht kan geven op de Vlaamse situatie. Hierbij hadden we aandacht voor factoren op diverse niveaus (micro, meso en macro) zoals verder uitgewerkt wordt in het leesrooster.

Omdat er geen unieke database bestaat, spraken we hiervoor verschillende instanties en bronnen aan.

- Masterproeven van studenten uit de Master in de Huisartsgeneeskunde (scripties)
- Artikels uit Huisarts Nu (HANU: tijdschrift van WVVH, nu Domus Medica)
- Presentaties op vroegere Wetenschapsdagen van Domus Medica
- De 4 universiteiten, via de diensthoofden Huisartsgeneeskunde
- De binnen Domus Medica aanwezige gegevens over vroegere onderzoeken (enquêtes)
- De huisartsenkringen, via de kringvoorzitters

De kringen en universiteiten werden per mail aangesproken.

1.2.1. Masterproeven

Van alle masterproeven die sedert het in voege treden van het systeem werden geschreven, werden de abstracts (op de website van het ICHO) doorgenomen. Hieruit werd van dertien masterproeven de volledige versie aangevraagd bij het ICHO, omdat op basis van het abstract bleek dat gebruik van EMD onderdeel uitmaakte van het onderzoek. Na doorlezen hiervan bleken vijf proefschriften interessante informatie te bevatten voor ons onderzoek, omdat barrières en faciliterende factoren werden besproken. Hiervan werd een fiche opgemaakt. Ook de niet weerhouden scripties haalden vaak aan dat patiëntengegevens, nodig voor de onderzoeksvraag van de student, zeer moeilijk in het EMD werden teruggevonden.

De masterscripties van huisartsen in opleiding zijn aan te vragen bij het ICHO (Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding) (E-mail: icho@icho.be).

1.2.2. Artikels HANU

De abstracts van de artikels van HANU werden vanaf 2001 (begindatum registratie in archief) nagelezen. Hiermee werden 61 artikelen geselecteerd die interessante informatie konden bevatten, omdat ze EMD-gebruik vermelden in het abstract. Deze werden volledig nagelezen wat uiteindelijk veertien relevante bijdragen opleverde. Drie hiervan waren verslagen over enquêtes die verder worden besproken. Elf werden in fiche gezet. De niet weerhouden artikels waren of niet van toepassing of handelden enkel over de prevalentie van aandoeningen.

Artikels uit het archief van HANU kunnen opgevraagd worden bij Domus Medica: wim.torbeyns@domusmedica.be.

1.2.3. Verslagen van Wetenschapsdagen

De bijdragen op de Wetenschapsdagen (vroegere Eerstelijnsymposium) 2006-2010 leverden geen nieuwe informatie op. De relevante presentaties werden alle ook teruggevonden in de artikels van HANU.

1.2.4. Enquêtes

De rondvraag aan de kringen en universiteiten en de enquêtes die vroeger binnen Domus Medica in het kader van andere projecten werden uitgevoerd, leverden vijf interessante enquêtes op. Een zesde enquête werd gevonden bij het RIZIV.

- enquête in het kader van Huisarts en Samenwerking (HUSAM), project van Domus Medica
- enquête in het kader van het Resoprimproject waaraan Domus Medica deelnam
- enquête in het kader van het Limburgs IT-project dat liep van 2004-2007 (enquête en implementatieproject)
- enquête gehouden door het Limburgs Huisartsen Platform (LHP) in samenwerking met Logo Limburg in november 2011
- enquête gehouden in de kring van Antwerpen Noord (2011)
- enquête informatisering praktijkvoerende huisartsen RIZIV 2007⁴

Van al deze enquêtes werd een fiche opgemaakt. Meer informatie kan opgevraagd worden bij de auteurs (veerle.vanderstighelen@telenet.be).

1.2.5. Andere

“Het Elektronisch Medisch Dossier: we willen wel coderen, maar we kunnen niet!": Van het studentenmanifest van de studenten Geneeskunde van de KULeuven in 2011 werd geen fiche opgesteld, omdat het slechts één zeer sterke barrière behandelt: de beperkingen van de software programma's.

Een zeer interessant onderzoek dat werd gedaan voor IBBT (EMR use and data sharing: Experimentation, evaluation and exploration of future practices of GPsIBBT-VUB-SMIT / FMPHC. Authors: Kris Naessens, Pieter Duysburgh, Diego Schrans, Marc Verbeke, An Jacobs) kwam pas in ons bezit, nadat het hoofdstuk literatuuroverzicht was geschreven. Het werd dan ook niet

⁴ http://www.riziv.fgov.be/care/nl/doctors/promotion-quality/study_computer/pdf/study_computer.pdf
4/10/2012

gebruikt in onze bespreking. De barrières voor EMD-gebruik die uit dit onderzoek naar voren kwamen, vinden we grotendeels terug in onze literatuurstudie. Er werden drie bijkomende hinderpalen geïdentificeerd, die alle te klasseren zijn onder het punt ‘attitude van huisartsen’ en die daar zullen worden vermeld.

1.3. Internationale literatuur

Naast artikels die barrières en faciliterende factoren beschrijven, werden ook een aantal artikels weerhouden die een theoretische omkadering kunnen geven voor implementatieprojecten voor beter gebruik van EMD.

Een overzicht van het uitgevoerd literatuuronderzoek vindt u in bijlage 1.

1.4. Resultaten literatuurstudie

Wij hebben deze literatuur nagelezen met het oog op barrières en facilitatoren voor goed EMD-gebruik. Hierbij zijn verschillende bemerkingen te maken:

De invalshoek van de artikels en enquêtes was niet altijd dezelfde en niet altijd primair gericht op wat wij wilden onderzoeken. Er werden dan ook soms slechts gedeelten van het artikel of de enquête gebruikt.

Het is niet altijd evident om de grens tussen barrière en hefboom te trekken. Wanneer in een enquête door 60% van de respondenten wordt geantwoord dat zij geen of weinig technische problemen ervaren met hun software, betekent dit dat deze software overwegend voldoet aan de behoefte (hefboom) of dat 40% wel problemen ondervindt (barrière)?

Het is niet steeds duidelijk of vermelde barrières en hefbomen betrekking hebben op gebruik, frequenter gebruik of goed gebruik van EMD. Goed gebruik wordt niet eenduidig gedefinieerd, maar het betekent ten minste dat gegevens op dusdanige manier worden ingevoerd in het EMD dat ze nadien voor overzicht en uitwisseling kunnen worden gebruikt. Richtlijnen hiervoor zijn terug te vinden in de aanbeveling van Domus Medica ‘Het elektronisch medisch dossier’⁵ en in de richtlijn ‘Adequate dossiervorming met het elektronisch medisch dossier (ADEMD)’ van het NHG⁶. Het is duidelijk dat ‘goed gebruik’ moet bekeken worden tegen de achtergrond van een vooraf afgesproken kader. Binnen dit kader kan dan worden nagegaan of er sprake is van goed gebruik, zoals wordt gemeten met de door NIVEL ontwikkelde EPD-scan voor huisartsen (EPD-scan-h).⁷ Dit werd ook opgenomen in de rondetafelgesprekken met experts.

Goed gestructureerd en gecodeerd noteren in het EMD is onontbeerlijk voor uitwisseling van gegevens. Verder zijn er enkele randvoorwaarden voor uitwisseling waaraan huisartsen moeten voldoen. Enkele enquêtes richten zich daarop.

1.4.1. Leesrooster

Actoren en factoren kunnen een impact hebben op de wijze waarop en de mate waarin huisartsen hun EMD gebruiken. Zij kunnen goed gebruik bevorderen of juist tegenwerken. Alle teruggevonden

⁵ <http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/emd-horizontaalmenu-382.html>
(4/10/2012)

⁶ http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_automatisering/ka_richtlijn-emd.htm
(4/10/2012)

⁷ <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/hw0905-EPD-scan.pdf>

actoren en factoren worden onderverdeeld naargelang hun invloed vooral op micro-, meso- of macroniveau speelt. Deze opdeling in niveaus is niet absoluut (uiteindelijk zal de gebruiker de invloed van al deze factoren ondervinden). Het voordeel ervan is echter dat het aangrijpingspunt voor verbeterprojecten duidelijker naar voor komt.

	Micro (individuen)	Meso (organisaties)	Macro (maatschappij)
actoren	<ul style="list-style-type: none"> • Ha zelf (kennis, opleiding, attitude, ...) • Collega's • patiënten 	<ul style="list-style-type: none"> • Kring • Software firma's • Usergroepen • universiteiten 	<ul style="list-style-type: none"> • overheid (praktijkfinanciering, prestatiebetaling, financiering kringen...) • ziekenfondsen • artsensyndicaten
factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Tijd • Kost • Technische belemmeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Programma software • Opleidingsaanbod 	<ul style="list-style-type: none"> • Regelgeving(labeling) • Ondersteuning financieel

Voor elk aspect kunnen er zowel barrières als bevorderende factoren worden geïdentificeerd.

Op microniveau (praktijkniveau) zien we actoren (arts, collegae, patiënten) en factoren (kennis, tijd).

Op mesoniveau (institutioneel niveau) zien we als actoren kringen en softwarefirma's, helpdesks en usergroepen en universiteiten, als factoren de technische mogelijkheden voor EMD-gebruik en communicatie.

Op macroniveau (breder sociale en politieke context) zijn de actoren de instellingen met een grote impact op de organisatie van de gezondheidszorg, met name overheidsinstanties, ziekenfondsen en artsensyndicaten, en de factoren de maatregelen die door deze instanties worden genomen.

In de overzichtstabellen in bijlage worden de actoren en factoren die in de artikels en enquêtes worden aangebracht in kaart gebracht.

Het mag duidelijk zijn dat categorieën die in de indeling worden gebruikt elkaar soms overlappen. Zo is computervaardigheid niet volledig te scheiden van gebruiksvriendelijkheid van de software of spelen problemen, veroorzaakt door het gebruik van zoveel verschillende software programma's, zowel bij samenwerking op microniveau als binnen kringen op mesoniveau.

1.4.2. Bespreking

De verschillende barrières en bevorderende factoren voor EMD-gebruik die we in de literatuur aantreffen, worden hier systematisch overlopen. We concentreren ons op wat we vonden in de Vlaamse literatuur, wat zeer gelijklopend is met de gegevens uit de internationale artikels. Waar toch nog nieuwe, voor ons onderzoek relevante, factoren werden gevonden in de internationale literatuur, worden deze afzonderlijk vermeld, met referentie naar het desbetreffende artikel (*italic*).

1.4.2.1. Problemen en bevorderende factoren op microniveau

1.4.2.1.1 Actoren

1.4.2.1.1.1 Huisartsen

1.4.2.1.1.1.1. Attitude

Barrières

Uit verschillende bevestigingen, zowel bij Vlaamse artsen als internationaal, blijkt dat heel wat artsen bedenkingen hebben bij het gebruik van een EMD, gaande van een aversie tegen informatica, tot vinden dat het geld beter besteed kan worden aan belangrijkere zaken voor de huisarts. Deze bedenkingen zijn soms puur emotioneel of worden gemotiveerd door angst voor afhankelijkheid van techniek, door angst voor een verlies aan contact met de patiënt, voor tijdverlies en verlies van klinische efficiëntie doordat informatica de aandacht afleidt van het probleem van de patiënt. Er is ook angst dat gebruik van informatica erg moeilijk zal zijn of dat gegevens verloren zullen gaan. Zij zijn er niet van overtuigd dat gebruik van EMD de kwaliteit van zorg zal doen toenemen en vrezend voor controle door de overheid op hun praktijkvoering. Een aantal artsen erkennen ook een zekere schroom om hun onkunde te tonen en zijn weinig enthousiast om bijvoorbeeld een opleider in de eigen praktijk naar hun EMD te laten kijken. Er is verder een grote bekommernis bij artsen over de betrouwbaarheid van de gegevens die in de EMD's worden genoteerd en eventueel uitgewisseld. Er heerst ook een zeker wantrouwen dat deze gegevens gebruikt zouden worden voor controle en eventueel één of andere vorm van bestraffing. De overheid, de farmaceutische industrie en andere private ondernemingen mogen enkel toegang hebben tot geanonimiseerde gegevens.

Ook internationaal beschrijft men het belang van factoren over de attitude van huisartsen. Angst voor controle op kwaliteit van hun werk vormt een belangrijke barrière voor EMD-gebruik. Artsen kunnen dit ervaren als een verlies aan autonomie wat dan weer weerstand tegen verder gebruik oproept.⁸⁹ Invoeren van informatica beïnvloedt de bestaande machtsverhoudingen, wat belemmerend kan werken.¹⁰ Implementatie kan niet zonder voorafgaande organisatorische aanpassingen en men is vaak ontgoocheld omdat niet wordt voldaan aan de verwachtingen die werden geschapen. De overgang van een papieren verslaglegging met een narratieve structuur naar noteren van discrete data vraagt een aanpassing van denkpatronen.¹¹ Naarmate EMD-gebruik kwantitatief en kwalitatief toeneemt, worden de mogelijkheden voor gegevensverzameling duidelijker.

Hefbomen

Er is anderzijds ook veel enthousiasme: een goed EMD ondersteunt de huisarts in zijn centrale plaats in de gezondheidszorg, leidt tot professionalisering van de huisartsenzorg, maakt kijken naar kwaliteit van eigen werk gemakkelijker en komt de patiënt ten goede, doordat gegevens kunnen gedeeld worden en bv. tijdens wachtdiensten ter beschikking kunnen worden gesteld aan de

⁸ MCGinn, CA, Grenier, S, Duplantie, J, Shaw, N, Sicotte, C, Mathieu, L, Leduc, Y, Légaré, F, Gagnon, M, BMC Medicine 2011, 9:46. Comparison of user groups' perspectives of barriers and facilitators to implementing electronic health records: a systematic review

⁹ Boonstra A, Broekhuis M. BMC Health Serv Res. 2010 Aug 6;10:231. Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions.

¹⁰ Hill HK, Stewart DC, Ash JS. J Dent Educ. 2010 Apr;74(4):434-45. Health Information Technology Systems profoundly impact users: a case study in a dental school.

¹¹ Shachak, A.; Hadas-Dayagi, M.; Ziv, A.; Reis, S. Primary care physicians' use of an electronic medical record system: a cognitive task analysis. J Gen Intern Med. 2009 Mar;24(3):341-8. Epub 2009 Jan 7.

wachtdoende arts. Huisartsen zijn het erover eens dat het beheren van het GMD een belangrijke taak is voor de huisarts.

1.4.2.1.1.2. Kennis, vaardigheden, opleiding

Barrières

Gebrek aan algemene IT-kennis en gebrek aan kennis van de mogelijkheden van het eigen softwareprogramma worden frequent aangevoerd door huisartsen als belemmerende factoren voor beter gebruik van ICT. Masterproeven benadrukken beperkt gebruik van het EMD in de opleidingspraktijken, met beperkte mogelijkheden voor verbeterprojecten als gevolg. Meer specifiek geven huisartsen problemen aan met het installeren van nieuwe software en het updaten van de gebruikte programma's, een gebrek aan basiskennis over de structuur van het EMD en een gebrekkige kennis van de mogelijkheden van het eigen EMD (zoekfuncties, diabetesdossier enz.).

Onderzoek dat zich hierop concentreert, benoemt een aantal problemen. De huisarts ziet zijn EMD teveel als een alternatief voor een papieren patiëntendossier en onderbenut de mogelijkheden van het EMD. Huisartsen registreren onvolledig en op een niet standaard manier (niet via trefwoorden of codes en niet in het voorziene veld), wat het dan weer onmogelijk maakt om de voordelen van een elektronisch dossier (zoekfuncties, gegevensdeling, ...) te benutten .

Het tekort aan vaardigheden en kennis zorgt zelf voor een aantal barrières. Veel artsen geven aan voor allerlei zaken externe hulp nodig te hebben, onder andere van een informaticus, die niet altijd vlot beschikbaar en vaak prijzig is.

Hefbomen

Anderzijds tonen huisartsen interesse in opleiding in EMD-gebruik en zijn functionaliteiten. Huisartsen in opleiding verwachten een goede registratie in het EMD. Er is ook duidelijk verband tussen de intensiteit van EMD-gebruik en het volgen van een opleiding en deelnemen aan vergaderingen van gebruikersgroepen .

Een coördinerende begeleiding is noodzakelijk en bevordert de implementatie van IT op grotere schaal.¹² Nieuwe taken worden gecreëerd en iemand moet beslissen wie deze zal uitvoeren.¹³

1.4.2.1.1.2. Patiënten

Barrières

De PC wordt regelmatig gezien als een bedreiging van het arts-patiëntcontact. Hij staat in de weg (laptop is beter). Er wordt teveel naar het scherm gekeken en invoeren in de computer houdt de aandacht weg van het verhaal van de patiënt. Patiënten zoeken allerlei zaken op internet op en confronteren de arts hiermee, wat extra tijd vraagt en vaak niet to the point is.

Shachak onderzocht onder meer de mogelijke problemen in de arts-patiëntrelatie en de manier waarop artsen hiermee omgaan.¹⁴ Hij besluit dat PC-gebruik de arts-patiëntrelatie negatief

¹² O'Malley,A.S.; Grossman,J.M.; Cohen,G.R.; Kemper,N.M.; Pham,H.H. J Gen Intern Med. 2010 Mar;25(3):177-85. Are electronic medical records helpful for care coordination? Experiences of physician practices.

¹³ Karl A. Stroetmann, MBA, PhD, FRSM,1 Jörg Artmann, MA,1Veli Stroetmann, MD, PhD,11empirica Communications & Technology Research, Bonn, Germany.Developing national eHealth infrastructures – results and lessons from Europe.

beïnvloedt (tot 55% van de tijd van een raadpleging wordt naar het scherm gekeken), maar dat PC-vaardigheden (zoals blind typen, het gebruik van sneltoetsen) en communicatieve vaardigheden dit kunnen oplossen. De meest gebruikte strategie om dit te verhelpen, is de tijd nodig voor bekijken en invoeren van gegevens te scheiden van de tijd met de patiënt (voor en na de raadpleging).

Hefbomen

Anderzijds wordt gedacht dat patiënten mondiger zijn en dat ze door onderzoekwerk op internet de arts stimuleren. Er is enthousiasme voor online afsprakensystemen. Patiënten zijn in de ogen van hun artsen voorstander van gegevensdeling. De patiënt kan actief betrokken worden door hem te laten meelesen op het scherm of informatie op het scherm te tonen.

1.4.2.1.1.3. Collega's

Barrières

Vooraf in groepspraktijken ervaart men problemen met verschillend EMD-gebruik door de verschillende artsen van de groep. Er zijn afspraken nodig over de manier waarop geregistreerd wordt en een grote mate van discipline om deze afspraken na te komen.

Zeer veel, ook van de niet weerhouden, masterproeven beschrijven verbeterprojecten in de (groeps)praktijk waar de HAIO werkzaam is. Bijna altijd vertrekt de student van de vaststelling dat de gegevens in het EMD onvolledig zijn en onvoldoende om de uitgangssituatie voor het verbeterproject goed weer te geven. Artsen die besluiten nauw te gaan samenwerken zijn min of meer verplicht om over te schakelen op eenzelfde software programma – met alle problemen en kosten van dien.

Hill, H.K. et al¹⁵ vonden in hun studie dat een verschillende mate van vertrouwdheid met informatica moeilijkheden geeft met de communicatie over problemen en advies: er ontbreekt een gemeenschappelijk vocabularium tussen beginnende en geroutineerde gebruikers.

Hefbomen

Anderzijds wordt het belang van samenwerken en uitwisseling van gegevens duidelijk ingezien door veel artsen en gebeurt dit ook al regelmatig, onder meer via een wachtverslag, lijsten van chronische medicatie en elektronische verwijsbrieven naar specialisten. De interesse voor verbetering hiervan is groot en het belang van onderlinge afspraken wordt zeker ingezien.

Als bijkomende factoren die de samenwerking met collega-huisartsen kunnen bevorderen, worden aangehaald: een gedeeld secretariaat en hulp van een praktijkassistente voor het invoeren van gegevens.

Simon et al.¹⁶ vinden, weliswaar in de US, een sterke positieve correlatie tussen praktijkgrootte en EMD-gebruik. Ook universitaire praktijken en opleidingspraktijken doen het daar in dit opzicht beter. Verder wordt ook het belang van sociale netwerken benadrukt: "The importance of social networks in

¹⁴ Shachak,A.; Hadas-Dayagi,M.; Ziv,A.; Reis,S. Primary care physicians' use of an electronic medical record system: a cognitive task analysis. J Gen Intern Med. 2009 Mar;24(3):341-8. Epub 2009 Jan 7

¹⁵ Hill HK, Stewart DC, Ash JS. J Dent Educ. 2010 Apr;74(4):434-45. Health Information Technology Systems profoundly impact users: a case study in a dental school.

¹⁶ Simon SR, Kaushal R, Cleary PD, Jenter CA, Volk LA, Poon EG, Orav EJ, Lo HG, Williams DH, Bates DW. J Am Med Inform Assoc. 2007 Jan-Feb;14(1):110-7. Epub 2006 Oct 26. Correlates of electronic health record adoption in office practices: a statewide survey.

*adopting behavior in health care has been validated consistently. In particular the presence of 'champions' is important."*¹⁷

1.4.2.1.2. Factoren

1.4.2.1.2.1. Tijd en efficiëntie

Barrières

Het aanschaffen en in gebruik nemen van een EMD kost veel tijd: tijd voor selectie van het gewenste programma, voor het vergelijken van de mogelijkheden en voor de aanschaf van de hardware. Hierbij komt nog de tijd voor het aanleren van het gebruik. Er gaat ook zeer veel tijd naar het informatiseren van de papieren gegevens. Angst voor tijdverlies wordt vaak aangehaald als barrière. Ook als het EMD in gebruik is, vraagt goed gebruik veel tijd: tijd voor noteren tijdens of na een consult, tijd die niet aan de patiënt kan worden besteed. Goed gebruik van alle functionaliteiten van het EMD vraagt extra tijd.

Verder vraagt het gebruik van het EMD tijdens de consultatie extra aandacht, het geeft het werk een extra laag complexiteit en vraagt extra concentratie.^{15,18,19} *Zowel de patiënt als het EMD vragen gefocuste aandacht. Dit multitasken is moeilijk.*²⁰

Hefbomen

Hier staat tegenover dat eens de dossiers in orde zijn de arts ook sneller toegang heeft tot de gegevens en de efficiëntie van zijn werk verhoogd wordt. Vergissingen door onduidelijk schrijven worden vermeden.

*Zheng et al*²¹ *berekenden dat na het invoeren van een elektronisch dossier de tijd per consultatie met een halve minuut daalde.*

1.4.2.1.2.2. Kwaliteit

Barrières

Er werd nergens teruggevonden dat artsen de indruk hebben of konden aantonen dat EMD-gebruik de kwaliteit van het werk direct –dus anders dan via de arts-patiënt relatie- vermindert.

*Er is wel een nieuwe klasse van fouten mogelijk, namelijk fouten door 'automatisme': er wordt gewerkt in het verkeerde dossier, bv. wanneer een tweede dossier wordt geopend tijdens een raadpleging, een verkeerd item wordt gekozen uit een lijst, er zijn tikfouten*²⁰*... Dit vraagt extra aandacht van de arts.*²²

¹⁷ Ash J.J Am Med Inform Assoc. 1997 Mar-Apr;4(2):102-11. Organizational factors that influence information technology diffusion in academic health sciences centers.

¹⁸ Joshua R Vest, Larry D Gamm. J Am Med Inform Assoc 2010;17:288e294. Health information exchange: persistent challenges and new strategies.

¹⁹ Boonstra A, Broekhuis M. BMC Health Serv Res. 2010 Aug 6;10:231. Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions.

²⁰ Shachak, A.; Hadas-Dayagi, M.; Ziv, A.; Reis, S. Primary care physicians' use of an electronic medical record system: a cognitive task analysis. J Gen Intern Med. 2009 Mar;24(3):341-8. Epub 2009 Jan 7.

²¹ Zheng K, Padman R, Johnson MP, Diamond HS. J Am Med Inform Assoc. 2009 Mar-Apr;16(2):228-37. Epub 2008 Dec 11. An interface-driven analysis of user interactions with an electronic health records system.

²² O'Malley, A.S.; Grossman, J.M.; Cohen, G.R.; Kemper, N.M.; Pham, H.H. J Gen Intern Med. 2010 Mar;25(3):177-85. Are electronic medical records helpful for care coordination? Experiences of physician practices.

Hefbomen

Er wordt vaak aangegeven dat EMD-gebruik de kwaliteit van het werk kan verhogen. Positieve resultaten van goed EMD-gebruik die worden vermeld, zijn: mogelijkheid tot gegevensuitwisseling, mogelijkheid om patiënten te selecteren, bv. voor preventie, het gemakkelijk genereren van verwijsbrieven en allerlei formulieren, beter overzicht over gedane onderzoeken zodat deze niet dubbel worden uitgevoerd, mogelijkheid tot beslissingsondersteuning, mogelijkheid van installeren van pop-ups, aanwezigheid van waarschuwingen in voorschrijfmodule, het kunnen visualiseren van gegevens. Verder wordt nog als positieve punten vermeld dat het EMD de mogelijkheid biedt om de zorg voor bepaalde doelgroepen te evalueren en om gegevens te genereren voor onderzoek, waarvan de resultaten dan weer ondersteunend kunnen zijn voor de praktijkvoering.

1.4.2.1.2.3. Kost

Barrières

Informatiseren kost geld. Er is de aankoop van de hardware, van het softwareprogramma en van de hulp die hierbij wordt ingeroepen. Verder is er een snelle internetverbinding nodig, en moet geld uitgegeven worden voor de beveiliging van de gegevens.

Paul Shekelle et al²³ merken op dat waar de voordelen van IT in de gezondheidszorg (onder andere financiële voordelen) vooral duidelijk zijn op het niveau van de gezondheidszorg als geheel, de return op de financiële investering van de individuele artsen klein is (11%).²⁴ Ook Vest et al²⁵ benadrukken dat de voordelen voor de gemeenschap en de patiënt groter zijn dan die voor de individuele arts.

1.4.2.1.2.4. Veranderingsproces

Barrières

In vele internationale artikelen, onder andere in de systematische literatuur review van Boonstra et al²⁶ wordt het belang onderstreept van inzicht krijgen in het veranderingsproces dat noodzakelijk is om van een papieren dossier naar een volledig geautomatiseerde praktijk over te stappen. Jarenlang bestaande routines en interpersoonlijke relaties moeten worden aangepast. Dit roept weerstand op.²⁶

Oplossingen hiervoor moeten vooral worden gezocht op mesoniveau (zie daar).

²³ Paul Shekelle, MD, PhD and Sally C Morton, PhD. Emmett B Keeler, PhD, Mathematician. Rockville (MD) Agency for Healthcare Research and Quality (US), april 2006 Barriers to HIT Implementation.

²⁴ O'Malley, A.S.; Grossman, J.M.; Cohen, G.R.; Kemper, N.M.; Pham, H.H. J Gen Intern Med. 2010 Mar;25(3):177-85. Are electronic medical records helpful for care coordination? Experiences of physician practices

²⁵ Joshua R Vest, Larry D Gamm. J Am Med Inform Assoc 2010;17:288e294. Health information exchange: persistent challenges and new strategies.

²⁶ Boonstra A, Broekhuis M. BMC Health Serv Res. 2010 Aug 6;10:231. Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions.

1.4.2.2. Problemen en bevorderende factoren op mesoniveau

1.4.2.2.1 Actoren

1.4.2.2.1.1. Huisartsenkringen

Veel kringen bieden slechts weinig actieve ondersteuning. Uit de enquêtes blijkt nochtans dat kringondersteuning voor IT-toepassingen gewenst is.

In de internationale literatuur vinden we ook dat actieve ondersteuning door een mesoniveau algemeen onontbeerlijk wordt gevonden voor een succesvolle implementatie. "Leadership must counter resistance stemming from fears that IT systems increase workload, that physicians have insufficient knowledge and time."²⁷ Adoptie van IT mogelijkheden is niet enkel een technisch maar ook een sociaal bepaald gebeuren, waarbij de invloed van de 'groep' belangrijk is.²⁸

1.4.2.2.1.2. Software firma's

Barrières

De in tijd beperkte bereikbaarheid van de helpdesks van software firma's wordt vernoemd als een probleem: huisartsen hebben vooral tijd tussen 7 en 9 uur 's morgens en na 20 uur. De helpdesks zijn dan meestal onbereikbaar. Artsen zijn ook ongerust over de toekomst van hun software pakketten en onzeker over het behoud van gegevens wanneer hun programma niet meer wordt ondersteund.

Hefbomen

Toch is er ook tevredenheid over de hulp die helpdesks bieden en deze wordt als essentieel ervaren (naast de hulp van collega's).

1.4.2.2.1.3. Collega's (in ruimere zin hier: andere gezondheidswerkers waarmee moet worden samengewerkt)

Barrières

Het feit dat andere artsen geen gebruik maken van de communicatiemogelijkheden van IT wordt als een belemmering voor eigen gebruik gemeld (spoedartsen gebruiken Vaccinnet niet, verwijfsbrieven worden niet gelezen enz.).

Hefbomen

Elektronische communicatie met de ziekenhuizen wordt zeer op prijs gesteld. De mogelijkheid om online afspraken te maken in het ziekenhuis en de mogelijkheid om kliniekdossiers in te kijken, worden genoemd.

²⁷ Patricia Fontaine, MD, MS, Stephen E. Ross, MD, Therese Zink, MD, MPH, Lisa M. Schilling, MD, MSPH. J Am Board Fam Med 2010;23:655– 670. Systematic Review of Health Information Exchange in Primary Care Practices.

²⁸ Paul Shekelle, MD, PhD and Sally C Morton, PhD. Emmett B Keeler, PhD, Mathematician. Rockville (MD) Agency for Healthcare Research and Quality (US), april 2006 Barriers to HIT Implementation.

*IT-implementatie is niet alleen een technisch, maar ook een sociaal gebeuren. "Because the social interaction and self learning help reduce uncertainty about innovations, both social networks and lecronic knowledge artifacts may assist the adoption process."*²⁹

1.4.2.2.2. Factoren

1.4.2.2.2.1. Softwareprogramma's

1.4.2.2.2.1.1. Technische aspecten

Barrières

Er wordt een reeks problemen aangehaald met betrekking tot de software programma's.

- Problemen met installeren, updaten en aankoppelen van randapparatuur
- Onvoldoende performantie
- Onvoldoende mogelijkheden van zoekfuncties, fouten die hierbij worden gemaakt
- Gegevensverlies door systeemproblemen
- Onhandige codeersystemen
- Ongelijke kwaliteit van de softwareprogramma's
- Evolutie van IT-mogelijkheden is sneller dan huisarts kan volgen
- Teveel verschillende softwareprogramma's
- Programma's zijn onvoldoende in staat tot kwaliteitsbevordering door het toetsen van actueel gedrag van de gebruiker aan richtlijnen

Hefbomen

Hiertegenover vinden andere artsen (minderheid) dat zich zelden onoplosbare technische problemen voordoen en dat deze vlot worden opgelost. Eén enkel programma voor alle huisartsen zou oplossen van technische problemen gemakkelijker maken.

Suggesties uit de internationale literatuur om problemen in gebruik vlotter op te lossen:

- *"Formal communication channels that end-users can access easily, such as a helpline or comment box, could be beneficial"*³⁰
- *"Implementers should provide end-users with feedback, such as reporting suggestions users provide and the resulting changes."*³⁰

1.4.2.2.2.1.2. Gebruiksvriendelijkheid

Barrières

Ook hier zijn er veel klachten genoteerd:

- EMD's zijn te weinig gestructureerd
- Systeem van pop-ups is storend, meer aanpasbaarheid aan behoefte is nodig

²⁹ Víctor H Castillo, Ana I Martínez-García, JRG Pulido. Medical Informatics and Decision Making 2010, 10:60. A knowledge-based taxonomy of critical factors for adopting electronic health record systems by physicians: a systematic literature review

³⁰ Hill HK, Stewart DC, Ash JS. J Dent Educ. 2010 Apr;74(4):434-45. Health Information Technology Systems profoundly impact users: a case study in a dental school.

- Vanuit een EMD moet met teveel verschillende systemen worden gecommuniceerd, bv. met teveel paswoorden
- Er lopen teveel initiatieven tegelijkertijd
- Er is te weinig integratie van richtlijnen
- Essentiële mogelijkheden ontbreken, bv. synchronisatie met Vaccinnet
- Onvoldoende overzicht over dossier
- Gebrek aan standaardisering van programma's en toegangsfaciliteiten
- Teveel schermen moeten geopend worden
- Niet handig op huisbezoek
- Teveel tools zijn onvoldoende geïntegreerd in EMD
- Codering is omslachtig
- ICPC codering is niet klinisch genoeg

Hefbomen

De klachten over gebruiksvriendelijkheid die hierboven vermeld worden, moeten weggewerkt worden. Er wordt gesuggereerd dat huisartsen meer druk zouden kunnen uitoefenen op de labeling van software pakketten om de gebruiksvriendelijkheid van de pakketten als criterium te stellen.

In internationale literatuur wordt duidelijk de nadruk gelegd op het belang van gebruiksvriendelijkheid van de software programma's en de taak van de softwarefirma's hierin: "Requirements for high usability standards: employing principles of user-centered design, usability inspection, and usability testing in simulated or real-life contexts might improve the quality of in simulated or real life contexts might improve the quality of EMR systems and reduce the risk of EMR-related errors."³¹ Het belang van 'a human centered approach to improving the design of health IT'³² wordt benadrukt. In een studie bij Belgische huisartsen, medewerkers aan het peilpraktijkennetwerk, werd een positieve relatie gevonden tussen gecodeerd registreren en het gebruik van bepaalde software pakketten³³.

Enkele aangehaalde punten:

- *"quickly and nearly automatically performing system-related actions such as opening and closing charts, navigating between fields, and selecting items from lists"*³⁴
- *"good design and implementation is not a technical problem but rather one of jointly optimizing the combined socio-technical system"*³¹
- *"to increase usability, vendors and implementers must continuously incorporate user-centered designs that make it easy for clinicians to enter, access, and synthesize information"*³¹

³¹ Paul Shekelle, MD, PhD and Sally C Morton, PhD. Emmett B Keeler, PhD, Mathematician. Rockville (MD) Agency for Healthcare Research and Quality (US), april 2006 Barriers to HIT Implementation.

³² Zheng K, Padman R, Johnson MP, Diamond HS. J Am Med Inform Assoc. 2009 Mar-Apr;16(2):228-37. Epub 2008 Dec 11. An interface-driven analysis of user interactions with an electronic health records system.

³³ Boffin N, Bossuyt N, Vanthomme K, Van Casteren V. BMC Fam Pract. 2010 Jun 25;11(1):50. Readiness of the Belgian network of sentinel general practitioners to deliver electronic health record data for surveillance purposes: results of survey study. *Dit artikel wordt beschreven bij internationale literatuur alhoewel het Belgisch is, omdat we via deze weg met het artikel in contact kwamen.*

³⁴ Shachak, A.; Hadas-Dayagi, M.; Ziv, A.; Reis, S. Primary care physicians' use of an electronic medical record system: a cognitive task analysis. J Gen Intern Med. 2009 Mar;24(3):341-8. Epub 2009 Jan 7.

1.4.2.2.1.2. Tijdsgebruik (hier: door het werken in een geïnformatiseerde wereld).

Barrières

Een aantal factoren worden aangedragen die maken dat goed gebruik van EMD tijdrovend is. Een aantal van deze factoren zijn inherent aan het gebruik (het up to date houden van gegevens, uitwisseling met andere gezondheidswerkers enz.), een aantal andere zijn voor verbetering vatbaar (lange aanlogtijden, onhandige codeersytemen, trage internetconnecties, dubbele registraties die nodig zijn, paswoorden, korte inlogperiode enz.).

Hefbomen

Toch wordt er ook tijd gewonnen doordat een EMD vlugger opzoeken mogelijk maakt en extra diensten worden mogelijk gemaakt, zoals het stockbeheer bij Vaccinnet.

1.4.2.2.2. Opleiding

Barrières

Als barrières die een goede opleiding in de weg staan, worden vermeld: de opleiding is kwalitatief niet goed, gebeurt te ver weg, een eenmalige lange opleidingsdag is veel minder effectief dan een aantal korte opleidingsmomenten, training aan huis is erg duur. Voor de organisatoren: training voor alle programma's (bv. voor een kring) is niet doenbaar, er moet een selectie worden gemaakt. Uit het LHP-IT PROJECT bleek ook dat voor grotere opleidingsprojecten een zeer brede omkadering nodig is.

Hefbomen

Daartegenover staat dat huisartsen zich ervan bewust zijn dat ze meer opleiding nodig hebben en dat opleiding ook inderdaad de kwaliteit van EMD-gebruik verbetert. Artsen formuleren een groot aantal wensen met betrekking tot de organisatie van deze opleiding.

- Modaliteiten:
 - Meer persoonlijke begeleiding
 - Oplossen van problemen aan huis zodat je er iets van leert
 - Opleiding dichtbij huis(<15km)
 - Herhaalde korte opleidingsmomenten
 - Betere uitbouw usersgroepen
 - Duidelijker handleiding, elektronische opleidingsmodules
 - Internetcommunicatiegroepen
 - Accreditering opleiding IT
- Inhoud
 - Opleiding over structuur EMD
 - Leren coderen
 - Mogelijkheden van EMD beter leren gebruiken
- Ondersteuning
 - IT-verantwoordelijke voor kring, die alle software programma's kent en ook hulp kan bieden bij allerlei IT-problemen: eerste keuze
 - Helpdesks en usersgroepen (in mindere mate)
 - Opleiding door Domus Medica

Uit de 'Enquête informatisering praktijkvoerende huisartsen RIZIV 2007' blijkt dat er een duidelijk verband bestaat tussen het volgen van opleiding en het deelnemen aan bijeenkomsten van

usersgroepen en de intensiteit van EMD gebruik. Vooral artsen die beide opleidingen volgen, scoren goed. We veronderstellen dat huisartsen die hun EMD goed willen gebruiken ook actief op zoek gaan naar opleiding, die dan verder het goed gebruik stimuleert.

1.4.2.2.3. Veranderingsproces

Zoals vermeld in 1.2.4 wordt in veel internationale artikels, o.a. in de systematische literatuurreview van Boonstra et al³⁵ het belang onderstreept van inzicht krijgen in het veranderingsproces dat noodzakelijk is om van een papieren dossier naar een volledig geautomatiseerde praktijk over te stappen. Niet alleen persoonlijke routines moeten worden aangepast, ook op breder niveau wordt aanpassing gevraagd (andere relatie met tweede lijn bv. wat afspraken maken betreft, doorgeven van gegevens, uniformiseren van verslagen enz.). Er wordt benadrukt³⁶ dat goed gebruik van IT niet enkel een technisch maar ook een sociaal probleem is (socio-technical system) en dat implementatie maar succesvol kan zijn wanneer beide aspecten tegelijk worden aangepakt.

Een aantal tot verandering motiverende factoren worden aangehaald:

- *Maak veranderingen zo eenvoudig mogelijk (eenvoudig EMD)*
- *Financiële incentives*
- *Ondersteuning door een overkoepelende structuur*
- *Leiderfiguren die geloven in het project en dit ook actief ondersteunen (en zelf ondersteund worden)*

1.4.2.2.4. Bescherming van gegevens

Barrières

Huisartsen zijn bekommerd om de veiligheid en vertrouwelijkheid van de gegevens over patiënten die zij in hun EMD noteren. Er is enerzijds een grote bekommernis om verlies van gegevens door technische problemen of bij veranderen van softwareprogramma. Anderzijds is er een duidelijke bekommernis om de bescherming van de vertrouwelijkheid van gedeelde gegevens, vertrouwelijkheid naar de patiënt toe, maar ook naar de artsen zelf (controle).

1.4.2.3. Problemen en bevorderende factoren op macroniveau

1.4.2.3.1 Actoren/factoren

Er wordt hier geen onderscheid gemaakt tussen verschillende actoren, omdat in de literatuur wordt gesproken over 'de overheid', zonder te specificeren. Overlappende bevoegdheden van de federale en Vlaamse overheid worden wel als een extra moeilijkheid ervaren. Evenmin maken we onderscheid tussen actoren en factoren: men verwacht van de overheid initiatieven om problemen op micro- en mesoniveau op te lossen.

Een aantal beleidsinitiatieven kan EMD-gebruik bevorderen:

³⁵ Boonstra A, Broekhuis M. BMC Health Serv Res. 2010 Aug 6;10:231. Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions.

³⁶ Paul Shekelle, MD, PhD and Sally C Morton, PhD. Emmett B Keeler, PhD, Mathematician. Rockville (MD) Agency for Healthcare Research and Quality (US), april 2006 Barriers to HIT Implementation.

1.4.2.3.1.1. Financiële ondersteuning

Er wordt financiële vergoeding gevraagd voor bezit van hardware en software, maar ook voor het volgen van opleiding en voor het goed gebruik van EMD wanneer gevraagde gegevens worden aangeleverd die bruikbaar zijn voor secundaire doeleinden (onderzoek, overheid).

1.4.2.3.1.2 Regelgeving

Er wordt van de overheid verwacht dat zij via de labeling instaat voor de kwaliteit van de EMD's (ook gebruiksvriendelijkheid) en de continuïteit van de gegevens waarborgt bij problemen met software firma's.

“Active participation of end-users in EHR implementation is a promising strategy since it allows decision-makers to consider users’ perspectives, gain their support, and adapt the technology to users’ needs.”³⁷

“A lack of uniform HER standards, at local, regional or national levels, was a clearly stated barrier in studies pertaining to physicians and managers.”³⁷

1.4.2.3.1.3 Planmatig en goed gecommuniceerd beleid

Men verwacht ook een gepland en duidelijk gecommuniceerd beleid naar de artsen toe, geen wirwar van allerlei losse initiatieven. Het is aan de overheid om een wildgroei van programma's en initiatieven te structureren en om hierover duidelijk te communiceren naar de gebruikers toe.

Enkel suggesties uit internationale literatuur:³⁸

- *“To limit the disruption of hits on end-users, implementers must be rigorous in their planning and pre-implementation evaluation”*
- *“Implementers must provide opportunities for communication between user groups, both in frequency and detail”*
- *“A communication plan should be a component of the HITs planning, implementation, and maintenance plans”*

1.4.2.3.1.4. IT als controlemechanisme

Barrières

Er bestaat angst onder huisartsen dat wanneer gegevens uit de EMD's vlot kunnen worden verzameld, dit de overheid controle over het handelen van de huisarts geeft. Ook de privacy van de patiënt wordt uiterst belangrijk geacht. Dit gegeven komt ook aan bod in de meeste internationale artikelen die handelen over barrières tegen EMD-gebruik.

³⁷ MCGinn, CA, Grenier, S, Duplantie, J, Shaw, N, Sicotte, C, Mathieu, L, Leduc, Y, Légaré, F, Gagnon, M, BMC Medicine 2011, 9:46. Comparison of user groups’ perspectives of barriers and facilitators to implementing electronic health records: a systematic review

³⁸ Karl A. Stroetmann, MBA, PhD, FRSM,1 Jörg Artmann, MA,1Veli Stroetmann, MD, PhD,11empirica Communications & Technology Research, Bonn, Germany.Developing national eHealth infrastructures – results and lessons from Europe.

2. Rondetafelgesprekken

Om de informatie te kaderen die we uit de literatuurstudie hebben verkregen, hebben we gesprekken belegd met, naar ons aanvoelen, de belangrijke spelers in het veld. We spraken hiervoor vertegenwoordigers van vijf verschillende groepen aan, zodat deze elk vanuit een eigen gezichtspunt mee konden denken over het probleem van ondergebruik van EMD en IT bij huisartsen en commentaar konden leveren bij de bevindingen die wij vanuit de literatuur verzameld hadden.

De vragen werden per groep aangepast aan de specifieke kwalificaties van de aanwezigen. Soms werden aan het einde van het gesprek nog enkele stellingen geponeerd, met de bedoeling reacties te krijgen op nog niet ter sprake gekomen of controversiële punten.

We geven hieronder de gesprekken weer, over de vragen heen. Letterlijke quotes van deelnemers werden in italic weergegeven. In bijlage 5 zijn de gesprekken zo volledig mogelijk uitgeschreven met de antwoorden per vraag, aan de hand van de nota's die werden gemaakt door één of twee aanwezige observatoren, aangevuld met de audioregistratie.

De aanwezige deelnemers kregen een willekeurig nummer toegewezen, zodat opmerkingen kunnen teruggevoerd worden naar een bepaalde spreker.

2.1. Opleiders

Voor dit gesprek werden de vier Vlaamse universiteiten uitgenodigd, vertegenwoordigers van de usersgroepen van de grotere EMD-programma's en ook twee vertegenwoordigers van Domus Medica, betrokken bij navorming in het algemeen. De opleiding door softwarefirma's komt ter sprake in het gesprek met de vendors.

2.2.1. De vragen

- Wie bent u en hoe ziet u uw taak in de opleiding van huisartsen in goede verslaglegging in EMD? Heeft u hiervoor een welomschreven leeropdracht?
- Wat is de inhoud van de opleiding die u geeft en hoe wordt dit didactisch uitgewerkt?
- Is er overleg tussen de universiteiten over inhoud en vorm van deze opleiding?
- Voor zover we daar zicht op hebben, bestaat de opleiding in EMD-gebruik momenteel uit:
 - een basisopleiding aan de universiteiten die studenten zou moeten voorbereiden op gebruik van alle softwarepakketten
 - een (korte) opleiding door de vendor bij aanschaf van het programma (als dit al gebeurt)
 - verdere vorming via usersgroepen
 - gebruik van didactisch materiaal verstrekt door de vendor
 - ondersteuning door helpdesks
 - eerder uitzonderlijk, opleiding verstrekt op initiatief van de huisartsenkringen (zorgtrajecten) of in het kader van medewerking aan projecten (eerder uitzonderlijk). Klopt dit beeld?
- Is er samenwerking tussen opleiding door vendors en usersgroepen en opleiding aan universiteiten, postuniversitaire opleiding?
- Indien niet, is ze wenselijk en mogelijk? Bv. Denkt u dat er materiaal is dat eventueel gebruikt kan worden in verschillende settings?
- Huisartsen hebben, zo blijkt uit onze literatuurstudie, nogal wat bedenkingen bij het opleidingsaanbod buiten de universiteit. Kan u zich daar iets bij voorstellen?

- Hoe ziet voor u een ideale opleiding in EMD-gebruik eruit? Zijn er verschillende vormen van opleiding nodig voor overdracht van verschillende vaardigheden?
- Er is het probleem van de zeer ongelijke kennis tussen huisartsen onderling. Moet de begeleiding hier meer op afgestemd worden? Hoe ziet u dit praktisch?
- Welke zijn volgens u de belangrijkste oorzaken van het ondermaats gebruik van EMD en wat de beste oplossingen?

Stellingen

- Moest de overheid meer middelen vrijmaken voor de organisatie van opleidingen m.b.t. EMD-gebruik, dan zou het gebruik ook veel verbeteren.
- Het introduceren van beslissingsondersteuning heeft momenteel geen zin, omdat geen enkel EMD goed ingevuld is.

2.2.2. Samenvatting

Opleiding aan de universiteit:

- Uitgebreide inhoudelijke vorming over gebruik van EMD, aanleren van registreren, leren coderen, feedback zoeken in eigen dossier kan op weinig enthousiasme rekenen bij studenten. In het verleden gebeurde de opleiding vaak op deze manier en dit gaf weinig goede resultaten: *“Aanleren van registreren, coderen, feedback genereren was minst sexy les, dus afgeschaft, geen interesse.” (6)*
- Allen zijn het erover eens dat een veertigtal minuten durende opleiding over algemeenheden, zoals openen van een EMD, paswoorden, internetverbinding volstaat.
- Daarnaast moet de opleiding zeer dicht aanleunen bij de klinische praktijk: vanuit een casus kan je de voordelen laten zien van gestructureerd registreren. Er kan dan ook vanuit de klinische vraagstelling getoond worden hoe beslissingsondersteuning werkt en waar bijkomende informatie kan gevonden worden, indien nodig. *“Als je diabetespatiënten goed wil begeleiden: wat heb je dan nodig?” (2)*
- Er was geen unanimititeit over de vraag of opleiding los van de verschillende pakketten kan gebeuren of dat de pakketten zo specifiek zijn dat enkel pakketgebonden opleiding voldoende mogelijkheden geeft. *“Er is nood aan consensusvorming over EMD en goede functionaliteiten, maar gaat niet van vandaag op morgen.” (5)*

Opleiding aan huisartsen in het veld:

Na de universiteit gebeurt de opleiding op een weinig gecoördineerde manier door:

- Vendors, bij aankoop van pakket
- Didactisch materiaal van vendors
- Usersgroepen
- Kringen
- Hulp door meer ervaren peers

Er is weinig overleg tussen deze opleiders. Nochtans zou het nuttig kunnen zijn om afspraken te maken tussen alle opleiders binnen en buiten de universiteit over specifieke onderwerpen, zoals over basisvaardigheden die prioritair aangeleerd moeten worden. Het is van belang dat ook artsen-

specialisten hierbij worden betrokken om uitwisseling ook met hun dossiers optimaal te laten verlopen.

Opleiding voor gevestigde huisartsen verloopt niet optimaal. Verschillende oorzaken worden hiervoor aangehaald:

- Huisartsen zijn niet overtuigd van het nut van betere kennis van hun EMD: “je moet gebruikers niet iets over een pakket vertellen, wel ze vragen laten stellen.”
“Ik heb dit voor, hoe doe ik dat best.” (7)
- Praktische organisatie komt niet overeen met de wensen van huisartsen
- Opleiders hebben onvoldoende didactische vorming
“We hebben dit ook maar als geïnteresseerde vrijwilliger opgenomen.” (10)
- Het kennisniveau van de huisartsen is heel verschillend en de opleiding is hieraan niet aangepast.
- Usersgroepen worden vooral bezocht door ‘experten’ en spreken de doorsnee huisarts niet aan.

Samenvattend: een goede opleiding:

- Is vraag gestuurd, direct aansluitend bij het klinisch werk
“Bv. iemand wordt ontslagen uit het ziekenhuis, welke info is nodig voor apotheker, verpleegkundige, onrechtstreeks dus met EMD.” (6)
- Is aangepast aan de voorkennis en omvat, indien nodig, ook basisvaardigheden in algemeen IT-gebruik
- Wordt liefst van man tot man gegeven, eventueel van ‘man to practice’ (één verantwoordelijke per praktijk die zijn kennis doorgeeft), is zeker interactief en mét het EMD, niet over het EMD.
“Collega’s vragen me regelmatig om uitleg, dit blijft beter hangen.” (10)
- Laat de arts zien hoe het EMD een meerwaarde biedt. De grootste meerwaarde van een EMD zit in de mogelijkheden voor communicatie. Door deze mogelijkheden beter te benutten, zullen huisartsen gestimuleerd worden in het gebruik. Nu zijn ze afhankelijk van de tweede lijn: verwijsbrieven komen niet gecodeerd binnen. Er moet samengewerkt worden.
“Om kwalitatief EMD te krijgen, moeten specialisten op dezelfde manier denken en met uitwisseling bezig zijn.” (5) “Er zijn verschillende niveaus in de opleiding (gebruik van EMD, decision support, IT-gebruik in het algemeen, toegang krijgen tot informatie, hoe doe je dit met de patiënt erbij, ...). Deze niveaus moeten van elkaar gescheiden worden naar opleiding toe.” (9)
- EMD-gebruik is complex en het vraagt tijd om hier vlot mee om te gaan. Huisartsen moeten meer gemotiveerd worden. Mogelijkheden hiervoor zijn financieel (incentives voor goed gebruik), psychologisch (een goede arts beheert de gegevens van zijn patiënt), gebruiksvriendelijke EMD’s, een opleiding die voldoet aan de behoeften van verschillende soorten artsen en slechte ervaringen die artsen doen afhaken vermijden (niet voldoende uitgewerkte projecten, zoals de gegevensregistratie voor de zorgpaden).

2.2. Vendors

Alle software vendors werden uitgenodigd via ProRec (<http://nl.prorec.be>), een vzw ter bevordering van goed EMD-gebruik, waarvan naast de software vendors ook andere geïnteresseerden (zoals huisartsen) lid kunnen zijn. Er waren ook twee ‘expert-gebruikers’ aanwezig en een expert van de Europese Commissie op het domein van E-Health en EMD.

2.2.1. De vragen

- Hoe ziet een vorming voor een beginnende gebruiker eruit? Wat komt aan bod?
- Voor welke problemen contacteren de gebruikers uw helpdesk het meest?
- Is er een usersgroep? Taakomschrijving? Worden gebruikers betrokken bij het gebruiksvriendelijk maken van uw pakket?
- Wat is volgens u een gebruiksvriendelijk programma? Geef 3 voorbeelden die dit illustreren voor uw pakket.
- Wat zijn de uitdagingen voor uw pakket de komende jaren?
- Wat is volgens u al dan niet een meerwaarde van labeling?

2.2.2. Samenvatting

Software vendors bieden artsen die hun pakket kopen verschillende vormen van opleiding aan. Meestal is er een gratis, korte, individuele opleiding aan huis bij aankoop. Nadien bestaat er een waaier aan opleidingen, in kleine groepen of via al dan niet interactieve e-learnings:

“Voordeel van e-learnings: niemand ziet wie je bent, het is veilig.” (5)

“We denken over e-learning, maar hebben niet de middelen.” (1)

“Alle nieuwe zaken worden opgenomen op video en gepost op eigen kanaal op You Tube. De veel gestelde vragen komen daar ook op. Niet interactief.” (5)

De inhoud van de opleiding kan worden bepaald door de vendor, maar gebeurt ook op vraag. Usersgroepen bieden nuttige feedback van de gebruikers naar de vendors toe, maar zijn eerder groepen van goede gebruikers dan dat ze een opleiding bieden aan beginners en minder onderlegde artsen.

Helpdesks worden zeer veel bevraagd, niet zozeer voor opleiding, maar voor allerlei problemen die de gebruiker tegenkomt:

“Artsen hebben geen schaamte, ze contacteren ons op zondagavond om 11 uur met problemen zoals: mijn printer werkt niet, mijn Medibridge werkt niet, het netwerk werkt niet. De helft heeft niets met software te maken.” (4)

Raadplegen van de helpdesk gebeurt op een ongeordende manier: veel van de vragen hebben niet met het pakket als dusdanig te maken, maar met problemen met hardware (vooral printers, kaartlezers,...), problemen met Medibridge, het maken van back-ups of netwerkproblemen. De helpdesk zou altijd beschikbaar moeten zijn. Vendors vinden het niet hun taak al deze problemen op te lossen. De boodschap is duidelijk: een huisartsen(praktijk) heeft professionele hulp nodig voor zijn IT-toepassingen.

“Schoenmaker blijf bij uw leest. Er moeten services zijn van software of externe firma's, met lage drempel, zodat mensen zich er niets van moeten aantrekken, via onderhoudscontract bv., maar veel artsen willen dit ook niet betalen.” (6)

Users verwachten van hun pakket dat het voldoende mogelijkheden biedt, dat er geen technische fouten (bugs) in zitten en dat het gebruiksvriendelijk is. Soms zijn evidente vragen van artsen technisch erg moeilijk op te lossen. De labeling vraagt zeer veel tijd van de ontwikkelaars, wat soms interfereert met de vragen van gebruikers. Nochtans is iedereen het erover eens dat de labeling positief is en de kwaliteit en uniformiteit van de programma's ten goede komt, zodat uitwisseling van data evidenter wordt. Ook de gebruikers zouden aan minimale kwaliteitsregels moeten voldoen!

“Je ziet vanalles: beperkte basiskennis informatica, vb. back-up en restore, vaak geen recente back-up.” (2)

De overheid kan op verschillende manieren goed gebruik van het EMD stimuleren: door accreditatie, door financiële middelen ter beschikking te stellen (bv. voor e-learning) en door projecten te stimuleren die aan artsen tonen dat goed gebruik rendeert voor de klinische praktijk. De overheid moet hierbij overleggen met artsenvertegenwoordigers en vendors.

Gebruiksvriendelijkheid van pakketten omvat drie factoren:

- een eenvoudige en evidente users interface
- zoveel mogelijk automatisch laten verlopen van een aantal processen (hier is nog een hele evolutie mogelijk)
- een zeer vlotte manier om data op de correcte manier te registreren. Registreren in EMD mag maximaal 20% van de duur van een raadpleging in beslag nemen.

Momenteel zijn nog veel verbeteringen mogelijk.

“Ik ben informaticus, ik geloof niet wat nu bestaat, het is een schande, ik heb het niet over de pakketten zelf, maar over alles, de manier waarop dingen uitgelegd zijn, de communicatie tussen die systemen, dit is erbarmelijk.” (4)

Dé uitdaging voor de toekomst ligt in de uitwisseling van data. Hiervoor moeten artsen leren data correct te registreren. Momenteel is er weinig vraag van artsen, omdat ze het nut ervan (nog) niet inzien, maar de pakketten moeten zich hierop voorbereiden.

2.3. Zorgtrajectpromotoren

Toen in 2009 het RIZIV het systeem van de zorgtrajecten invoerde om de zorg voor bepaalde categorieën van patiënten met diabetes of chronische nierinsufficiëntie (CNI) te verbeteren, werd aan de huisartsenkringen de mogelijkheid geboden om een zorgtrajectpromotor (ZTP) in dienst te nemen voor ondersteuning bij de coördinatie en implementatie ervan. Van bij het begin werd afgesproken dat na drie jaar de gegevens van de in een zorgtraject ingeschreven patiënten centraal zouden worden verzameld. Daarom behoort het in de meeste kringen tot de taak van de ZTP om huisartsen voor te bereiden en te ondersteunen bij deze dataverzameling. In verschillende kringen hebben ZTP hierrond verschillende initiatieven ontwikkeld en kregen ze veel ervaring met huisartsen en hun gebruik van IT en EMD.

2.3.1. De vragen

- Hebt u een opleiding over EMD gevolgd in het kader van gegevensverzameling?
- Gegevensverzameling is uw kerntaak. Hoe bent u hieraan begonnen? Of zijn jullie hiermee nog niet echt gestart?
- Welke problemen hebt u ondervonden (in contact met de huisartsen) bij het verzamelen van gegevens in het EMD? Belangrijkste knelpunten.
- Willen artsen hun EMD efficiënter gebruiken? Merkt u verschillen tussen artsen?
- Kan een opleiding inzake EMD-gebruik een oplossing bieden voor betere gegevens in het EMD? Wat is de rol van de ZTP hierin, ook naar de overheid toe?
- Met welke vragen van huisartsen worden jullie vooral geconfronteerd?
- Heeft Domus Medica hierin een rol?

- Is er een extra IT-verantwoordelijke nodig?

Stelling

- Een EMD moet ontwikkeld worden vanuit een multidisciplinair perspectief.

2.3.2. Samenvatting

De zorgtrajectpromotoren moeten de huisartsen bijstaan bij het verzamelen van de gegevens die nodig zijn voor de patiënten ingeschreven in een zorgpad diabetes of CNI. Zij hebben (op een uitzondering na) geen vooropleiding in IT- of EMD-gebruik. Er bestaat momenteel ook geen gezamenlijke opleiding in EMD-gebruik voor ZTP. Zij hebben in wisselende mate een zekere vertrouwdheid ontwikkeld met één of enkele pakketten en laten zich bijstaan door huisartsen, experts in hun programma. Maar: *“Als je het zelf niet kent, is het moeilijk advies te geven.”* (4)

Een aantal ZTP deed ook al pogingen om huisartsen vertrouwd te maken met het inbrengen van gegevens in hun EMD. Niet alle ZTP vinden dit hun taak en sommigen voelen zich hier niet toe in staat. Op datum van ons rondetafelgesprek (juni 2012) waren slechts enkele programma's (en dan nog maar recent) in staat tot automatische dataextractie, wat het werk van de ZTP sterk bemoeilijkt.

“Tot nu toe ontbraken er ook duidelijke zorgtrajectmodules in de EMD's, we wachten hierop om opleiding te organiseren.” (3, 6) *“Het liep fout vanaf het begin, omdat de EMD's niet klaar waren.”* (1)

ZTP ondervonden een aantal problemen, die het EMD-gebruik van de huisartsen belemmeren:

- Onvoldoende gebruiksvriendelijke EMD's
- Onvoldoende mogelijkheden van EMD's voor de follow up van zorgtrajectpatiënten
- Onvoldoende interesse bij artsen

“Algemeen zijn de reacties altijd lauw, we zullen wel zien. Bij ons ging 58/205 huisartsen in op het aanbod van vorming. We keken na wie aanwezig was en wie niet. Wel geïnteresseerd waren mannen tussen 40 en 50 jaar, zij willen ook feedback uit hun EMD over hun eigen werken. Niet geïnteresseerd zijn jonge vrouwen (30-40j). Zij zijn bezig met hun carrière en hun kinderen, hebben 's avonds geen tijd voor een opleiding en worden vaak geholpen in IT- aangelegenheden door hun echtgenoot.” (echtgenoot van deze arts was ingenieur) (4)
- Onvoldoende kennis bij artsen: veel artsen kennen de mogelijkheden van hun EMD niet. Er is meer kennis en interesse in groepspraktijken en netwerken.
- Grote vraag naar basiskennis IT (bv. gebruik van Word, Excel, mail, ...)

“Een grote groep huisartsen heeft geen basiskennis IT. Basiskennis zou helpen om beter met het EMD te werken: vlotter omgaan met IT doet vertrouwen in EMD-toepassingen stijgen. Huisartsen zijn onwetend en bang dat ze al hun gegevens zullen kwijtraken.” (4)
- Een zeker wantrouwen tegen gegevensverzameling in het algemeen (controle door overheid): Zij vinden het niet de taak van de ZTP om huisartsen op te leiden in IT- en EMD gebruik, maar hebben wel een aantal suggesties:
 - EMD's gebruiksvriendelijker maken
 - *“Er zitten teveel toeters en bellen op EMD's, zodat het gebruik te complex wordt (1) en dit kost ook teveel tijd en geld aan software firma's, tijd en geld die beter zouden worden besteed aan gebruiksvriendelijkheid.”* (4)
 - Betere basisopleiding in EMD-gebruik (zeer praktisch), maar ook in andere IT- toepassingen: door onwetendheid zijn artsen voortdurend bang om fouten te maken, gegevens te verliezen enz.

- Een IT-coördinator per regio die alle pakketten en de huisartsenpraktijk kent en daardoor veel IT-problemen kan oplossen, zou een prioriteit moeten zijn voor kringen.
- ZTP kunnen wel als tussenpersoon fungeren tussen bv. vendors en huisartsen (nieuwe mogelijkheden bekend maken), tussen huisartsen en platforms van ZTP (bv. VINO) enz., zodat problemen met IT op een globaler niveau kunnen worden besproken:
“Ja, ik zie mezelf meer als motivator van de huisartsen. Bijvoorbeeld wij kunnen als interface ingezet worden tussen vendors en artsen.” (3)
- Een sterke figuur in een kring waaraan men advies kan vragen is uiterst belangrijk. Deze mensen worden dan vaak overbevraagd.

2.4. Good practices

Het leek ons interessant om door ons als dusdanig gekende ‘expert-gebruikers’ uit te nodigen om van hen te horen wat voor hen bevorderende en belemmerende factoren (geweest) waren voor goed EMD- en IT-gebruik, om hieruit suggesties te halen die ook voor andere gebruikers toepasbaar kunnen zijn.

2.4.1. De vragen

- Welke informaticatoepassingen gebruik je?
- Waarvoor gebruikt u het EMD?
- Wat zette u aan om in te zetten op IT in uw praktijk? Hoe ben je ertoe gekomen om aan te kopen?
- Welke voorwaarden stel je aan een EMD?
- Doet u systematisch beroep op externe hulp voor hardware problemen, software problemen, back-up enz.?
- Vindt u dat huisartsenkringen hierin een taak hebben?
- Welke dromen hebt u op vlak van IT- en EMD-ondersteuning, praktijk en EMD van de toekomst?

Stellingen

- Universiteiten moeten jonge artsen meer opleiden in het efficiënt gebruik van EMD, zodat deze hun stagemeesters en PO’s kunnen ondersteunen.
- Het EMD moet opgebouwd worden vanuit de multidisciplinaire benadering van de patiënt.
- Goed EMD-gebruik moet financieel beloond worden in verschillende niveaus, naargelang niveau van gebruik.

2.4.2. Samenvatting

De praktijken in deze groep maken uitgebreid gebruik van de mogelijkheden van hun EMD en van meerdere IT-communicatiemogelijkheden. Er wordt gecodeerd geregistreerd, zowel in diagnose als antecedentelijst. Dit maakt audits in eigen EMD mogelijk en dit wordt ook door alle praktijken gedaan. Er worden ook overal (groepen van) patiënten opgeroepen voor noodzakelijke onderzoeken. Alle praktijken hebben een eigen systeem ontwikkeld voor het beheer van inkomende verslagen. Er zijn afspraken over wie welke post beheert en over hoe de resultaten van onderzoeken en verwijzingen in het EMD moeten terecht komen. Secretariaatshulp wordt hiervoor ingeroepen. Verbeteren van de kwaliteit van het werk vormde ook een belangrijke aanleiding om in te zetten op IT.

“Je moet een meerwaarde zien, anders heeft het geen zin om met een computer te werken. Veel EMD’s bieden deze meerwaarde maar op een zeer ambachtelijk niveau.” (4, 6, 7) “Een EMD moet

gebruiksvriendelijk zijn, een intelligent systeem dat het werk verlicht in plaats van werk creëert.” (6, 7)

IT-gebruik wordt omschreven als een progressief proces:

“Het vraagt een heel proces om zelf je weg vinden in je EMD.” (4)

Men groeit in EMD-gebruik, waarbij in elke praktijk andere oplossingen worden gezocht om de voordelen te optimaliseren (informatieverwerking, secretariaatshulp...) en om problemen op te lossen. De meeste praktijken hebben een vast extern aanspreekpunt bij hard- en/of software problemen; bij EMD-problemen wordt beroep gedaan op helpdesks van vendors (matig enthousiasme) of een expertgebruiker binnen de praktijk. Soft- en hardware moeten beter op elkaar worden afgestemd:

“Als er echt iets fout loopt, wijzen software en hardware firma’s naar elkaar.” (6)

Usersgroepen kunnen ondersteunen in goed gebruik.

Externe hulp bij IT-gebruik is absoluut nodig. Ook relatief frequente en eenvoudige handelingen kunnen voor problemen zorgen:

“Wij hebben een IT-verantwoordelijke in de praktijk, maar bij elke update is die slecht gezind, want altijd werkt er iets niet meer goed dat daarvoor wel werkte.” (4)

Het lijkt iedereen optimaal dat een IT-verantwoordelijke van de kring maximaal hulp zou kunnen bieden op professioneel niveau en op voor huisartsen geschikte momenten. Deze IT-verantwoordelijke zou ook hulp kunnen bieden bij communicatieafspraken met ziekenhuizen en met dataverzameling zoals in het kader van de zorgtrajecten. Het is soms nodig dat ruimer dan in kringverband wordt gewerkt, wanneer door één kring met veel verschillende ziekenhuizen moet worden samengewerkt en afspraken moeten worden gemaakt. Een gecoördineerd beleid is dan onmisbaar.

Er is duidelijk vraag naar kwalitatief goede EMD programma’s, waarvan het gebruik dan ook wordt beloond, terwijl het gebruik van slechte programma’s financieel wordt ontraden.

“Het is belangrijker (dan vergoeding voor goed gebruik) dat de voorwaarden voor kwaliteitsvol werken worden gerealiseerd. Selectieve vergoeding kan hierbij eventueel een stimulans zijn voor kwaliteitsverbetering. Nu wordt ook het gebruik van slechte pakketten vergoed en wordt het gebruik van een slecht en goedkoop pakket financieel meer beloond dan het gebruik van een duur en goed pakket.” (5) “Het zou omgekeerd moeten zijn: enkele goede pakketten worden gratis ter beschikking gesteld. Een goed EMD-programma is gebruiksvriendelijk, zodat de arts zich kan concentreren op de patiënt i.p.v. op zijn PC en maakt kwaliteitsvol werken eenvoudiger.” (4)

Er moet rekening mee gehouden worden dat EMD’s multidisciplinaire samenwerking en gegevensdeling gaan ondersteunen en dat in een niet al te verre toekomst de patiënt een inbreng zal hebben in zijn EMD.

2.5. Kringen

Van de vertegenwoordigers van kringen wilden we vooral te weten komen wat de huisartsenkringen al ondernomen hebben om hun leden te ondersteunen bij IT-gebruik en welke problemen zij hierbij al ervaren hebben.

2.5.1. De vragen

- Werden er binnen uw kring al initiatieven genomen m.b.t. IT en EMD? Vanuit welke behoeften?

- Heb je een IT-coördinator of iemand die specifieke taak heeft m.b.t. IT? Hoe ziet deze taak eruit?
- Worden vendors betrokken?
- Hebben jullie de indruk dat de kringleden hun EMD efficiënt gebruiken? Kan je dit illustreren met voorbeelden?
- Welke methode wordt gebruikt om individuele artsen te betrekken? Hoe mobiliseer je de groep voor beter gebruik?
- Wat is volgens jullie een gebruiksvriendelijk pakket?
- Is het mogelijk/wenselijk dat de kringen samenwerken rond EMD en IT?
- Welke knelpunten komen jullie tegen bij het bevorderen van IT-gebruik?

2.5.2. Samenvatting

Veel huisartsenkringen hebben al initiatieven ondernomen op IT-gebied. Deze zijn divers: enquêtes, opleidingen, overleg met ziekenhuizen over communicatie, kringwebsite voor onderlinge communicatie, deelname aan IT-projecten enz. Hieruit komen een aantal belangrijke punten naar voor:

- Er leeft een zekere interesse voor IT-toepassingen bij huisartsen:
“Er is redelijk wat interesse in IT-toepassingen, het gebruik ervan is veel minder omdat het gewoon niet past in het bestek van een raadpleging.” (2) “Er is een enorme discrepantie tussen interesse en gebruik.” (1) “Wanneer gestructureerd registreren voor de huisarts duidelijk voordeel opbrengt (bv. zorgtrajecten) dan is er meer interesse.” (12)
- Het praktische gebruik van EMD en zeker gestructureerd registreren is beperkt:
“EMD wordt slechts in beperkte mate gebruikt, vooral door tijdsgebrek.” (3,12) Huisartsen gebruiken slechts een beperkt deel van EMD, omdat het te complex en omslachtig is om alles te gebruiken, coderen is moeilijk en tijdrovend, je moet een lange weg afleggen.” (3)
- Niet enkel EMD-gebruik, ook IT-gebruik in het algemeen moet worden aangeleerd om een goed functionerend EMD te bekomen.
- Bestaan van verschillende EMD-programma's naast elkaar bemoeilijkt opleiding:
“Het is moeilijk om op kringniveau de vendors te betrekken, omdat teveel verschillende pakketten worden gebruikt, vaak door een klein aantal artsen. Usersgroepen kunnen eventueel als tussenpersoon tussen arts en vendor dienst doen. Hier speelt hetzelfde probleem dat op kringniveau veel pakketten geen usersgroepen hebben.” (6)
- Wachtposten zijn leerscholen voor gestructureerd registreren
- Communicatie met ziekenhuizen is overal een prioritair aandachtspunt
- Communicatie met verschillende 'derden' is voor de huisarts tijdrovend en uniformiteit moet nagestreefd worden. IT-ondersteuning door kringen gebeurt nog slechts sporadisch, maar wordt gezien als onmisbaar wil men alle huisartsen betrekken bij de communicatie van patiëntengegevens. De algemene indruk is dat huisartsen hun EMD onvoldoende gebruiken om gegevens te leveren voor communicatie. Enkel voorstellen om hierin verbetering aan te brengen zijn:
 - Het is zeer bevorderend wanneer men artsen kan laten zien dat ze baat hebben bij goed EMD-gebruik of dat patiënten van hen verwachten dat gegevens beschikbaar zijn, bijvoorbeeld tijdens de wachtdiensten.
“Voorlopig zijn artsen nog vaak gewoon niet geïnteresseerd. De beste manier om huisartsen mee te krijgen is te laten zien dat IT-gebruik hen kan helpen in hun dagelijks werk. Dit kan

bij voorbeeld door deel te nemen aan allerlei projecten, zoals een wachtpost, een preventiecentrum. Als huisartsen, om mee te kunnen, bepaalde stappen moeten zetten, dan doen ze dit wel.” (10) “De belangrijkste vraag wordt vaak vergeten: vinden huisartsen registreren belangrijk genoeg om energie in te steken. Het antwoord is vaak: nee.” (9)

- Gebruiksvriendelijke pakketten zijn belangrijk (korte leercyclus: je bent er vlug mee weg, gegevens één keer inbrengen volstaat, expliciet coderen is uit den boze...). Maar elk pakket zal zeker in het begin inspanning en tijd vragen.

“Je kan nooit een pakket maken dat zo gebruikt kan worden door iedereen, je moet altijd leren, een inspanning leveren. Hoe korter de leercurve hoe beter.” (8)

- Er moeten meer inspanningen worden geleverd voor een goede opleiding: er moet een uniform opleidingspakket komen, waarin de verschillende begrippen worden gedefinieerd en dat iedereen minimaal moet kennen.

“Studenten moeten leren hoe gegevens te klasseren volgens ordeningsprincipe archief, antecedent, actueel. Alle extra toeters en bellen zijn niet van veel belang en daar is men in de opleiding nog teveel mee bezig. Je zal moeten bewijzen dat je je pakket kent en een minimum aan ordening kan aanbrenge.” (7)

- Coördinatie van inspanningen rond IT- en EMD-gebruik is nodig: kringen kunnen samenwerken, wat zeker meer armslag geeft naar ziekenhuizen toe. Domus Medica moet hier een rol spelen. Er zijn ook richtlijnen en initiatieven op beleidsniveau nodig over communicatie.

“Waarschijnlijk is dit (samenwerking tussen kringen) op korte termijn het enige haalbare, maar dit blijft lokaal gebricoleer. We moeten beleidskeuzes maken, er moet sturing komen van bovenaf. Dan kan het snel gaan.” (6) “Huisartsenorganisaties als Domus Medica kunnen hier een grote rol spelen.” (10) “Dan kan het ook veel sneller gaan.” (6,12) “Vitalink is een voorbeeld van een project voor communicatie binnen de eerste lijn; het platform is klaar maar de dossiers van de huisartsen zijn niet voldoende in orde om gegevens te leveren!” (10)

- Voorlopig is er nog veel inspanning nodig om alle huisartsen aan te zetten tot gegevensdeling. Knelpunten zijn o.a.:
 - Onvoldoende uniformiteit van registratie. Er moet een uniform opleidingspakket komen, waarin de verschillende begrippen worden gedefinieerd en dat iedereen minimaal moet kennen. Je zal moeten bewijzen dat je je pakket kent en een minimum aan ordening kan aanbrenge.
 - Onvoldoende interesse van huisartsen
 - Onvoldoende opleiding
 - Problemen met afzonderlijk inloggen in verschillende ziekenhuizen
 - Dossiersystemen van specialisten zijn niet ingesteld op communicatie met huisartsen
 - Onvoldoende kwaliteit van EMD pakketten: het zou niet mogen kunnen dat goedkope en daardoor aantrekkelijke maar kwalitatief slechte programma’s massaal worden gebruikt, en daardoor de hele huisartsengroep afremmen omdat een flink deel niet kan deelnemen aan projecten omwille van de beperkte mogelijkheden van het programma.

3. Resultaten literatuurstudie én gesprekken

We hernemen hier het leesrooster uit de literatuurstudie en combineren punt voor punt de bevindingen die we daar tegen kwamen met deze uit de rondetafelgesprekken. De resultaten uit de rondetafelgesprekken worden hier per punt naast deze uit de literatuurstudie gezet. Wat daar werd besproken wordt hier niet volledig herhaald, maar kan in deel 4.1 worden nagekeken.

3.1. Problemen op microniveau.

3.1.1. Actoren

3.1.1.1. Huisartsen

3.1.1.1.1 Attitude

Barrières

We vinden in de gesprekken de bevindingen uit de literatuur terug. ZTP en kringverantwoordelijken vermelden een sterk gebrek aan interesse voor gebruik van en opleiding in EMD bij veel huisartsen. De oorzaken die hiervoor worden aangehaald zijn gelijklopend met wat we konden lezen: aversie van informatica, desinteresse, geen tijd, onkunde, schrik voor problemen, angst voor controle enz.

Hefbomen

Dat er anderzijds een niet onbelangrijk deel van de huisartsen de voordelen van goed EMD-gebruik wel inzien wordt hier ook bevestigd. Er wordt door de kringverantwoordelijken gesuggereerd dat er meer interesse is dan in praktijk te zien is en dat praktische problemen (zoals tijdsgebrek en onkunde) goed EMD-gebruik, waarvan men het nut wel inziet, in de weg staan.

3.1.1.1.2 Kennis, vaardigheden, opleiding

Barrières

Zowat alle barrières uit de literatuur kwamen ook in de gesprekken naar boven. Gebrek aan algemene IT-kennis en aan kennis van de mogelijkheden van het eigen software programma bij een grote groep huisartsen worden door alle gesprekspartners onderstreept. De door de huisartsen beschreven problemen met het installeren van nieuwe software en het updaten van de gebruikte programma's, een gebrek aan basiskennis over de structuur van het EMD en een gebrekkige kennis van de mogelijkheden van het eigen EMD (zoekfuncties, diabetesdossier...) worden bevestigd door mensen die betrokken zijn bij opleiding. Expertgebruikers noemen EMD-gebruik een progressief proces waar stilaan meer IT-mogelijkheden worden gekend, wat resulteert in meer voldoening bij gebruik. Wie de eerste moeilijke stappen niet zet, ziet ook de voordelen niet. Toch is de interesse in opleiding eerder beperkt. De usersgroepen klagen bijvoorbeeld over een gebrek aan deelname van doorsnee huisartsen; zij zien enkel expert-gebruikers, die dan wel tevreden zijn over de vorming die ze daar krijgen.

Hefbomen

Ook het feit dat een aantal artsen toch interesse toont wordt bevestigd.

3.1.1.2. Patiënten

Barrières

De bekommernis om de kwaliteit van het arts-patiënt contact, die we lazen in de Vlaamse en de internationale literatuur, kwam nauwelijks ter sprake in onze gesprekken. Bij de meeste groepen was dit individuele contact geen aandachtspunt. De expertgebruikers uit de good practices maakten er blijkbaar geen probleem van.

Hefbomen

De patiënt kreeg in onze gesprekken stilaan een eigen plaats in het beheer van zijn gegevens. Hij werd ook genoemd als een mogelijke drijvende kracht voor beter EMD-gebruik en betere communicatie door zijn verwachting dat zijn gegevens voor iedereen die dit nodig heeft ter beschikking zullen staan.

3.1.1.3. Collega's

Barrières

De problemen omtrent afspraken en communicatie binnen de praktijk, vooral in groepspraktijken, uit de literatuur werden bevestigd door de artsen uit de 'good practices' praktijken. Elke praktijk heeft duidelijke regels en afspraken omtrent gebruik van EMD en communicatie.

Ook de problemen door een verschillende mate van vertrouwdheid van verschillende artsen werden bevestigd.

Hefbomen

Waar heel wat artsen het belang van samenwerken en uitwisseling van gegevens inzien, laten de 'good practices' praktijken zien dat dit ook realiseerbaar is. De voorwaarden die in de literatuur werden aangehaald om de samenwerking met collega-huisartsen te bevorderen (een door een aantal artsen gedeeld secretariaat en hulp van praktijkassistente voor het invoeren van gegevens) werden in deze praktijken gerealiseerd. Al de 'good practice' praktijken die deelnamen waren opleidingspraktijken.

3.1.2. Factoren

3.1.2.1. Tijd en efficiëntie

Hier kwamen weinig nieuwe elementen in de gesprekken naar voor. Ik verwijs naar dit punt onder literatuurstudie.

3.1.2.2. Kwaliteit

Barrières

Ook hier kwamen we weinig nieuws te weten.

Hefbomen

De positieve mogelijkheden van het EMD worden duidelijk verwoord door de 'good practice' artsen: zij zijn overtuigd dat beter EMD-gebruik leidt tot betere kwaliteit van zorg. Dit wordt niet zo expliciet verwoord in de andere groepen, maar wordt wel algemeen voorondersteld.

3.1.2.3. Kost

Barrières

Informatiseren kost geld. Dit kwam in onze gesprekken vooral naar voor in de zin dat huisartsen niet bereid zijn om door onze gesprekspartners noodzakelijk bevonden extra uitgaven voor ondersteuning ook te doen.

3.1.2.4. Veranderingsproces

Barrières

Zoals in vele internationale artikelen werd gevonden bevestigen de 'good practice' artsen dat EMD- en IT-gebruik een progressief proces is en dat praktijken zich moeten herorganiseren om dit in te passen in hun routines.

Hefbomen

Deelname aan (proef)projecten en wachtposten kan huisartsen geleidelijk aan stappen doen zetten in de richting van beter gebruik.

3.2. Problemen op mesoniveau

3.2.1. Actoren

3.2.1.1. Huisartsenkringen

Barrières

Er bleek al uit de literatuur dat ondersteuning van artsen door de huisartsenkringen gewenst was. Uit onze gesprekken zien we dat veel kringen, ZTP en de huisartsen uit de good practices dit ook hun taak vinden en hier al op een of andere manier mee bezig zijn. Zeer weinig kringen vinden dat ze voldoende mogelijkheden hebben om aan de vraag naar voldoende IT-ondersteuning te voldoen. Weinig kringen hebben een IT-coördinator. De ZTP kregen in het kader van de verzameling van gegevens voor de zorgtrajecten in veel kringen de taak om huisartsen bij te staan in gegevensverzameling. De vraag was groot en de ZTP vinden dit niet echt hun taak. Zij zijn hiervoor meestal ook niet opgeleid.

Hefbomen

Kringen en ZTP hebben in de loop van de laatste jaren een visie ontwikkeld op hun taak bij de ondersteuning van huisartsen voor IT-toepassingen. Deze taak omvat verschillende aspecten:

- Representatie van de huisartsen naar andere spelers in de gezondheidszorg toe, met name worden hier de ziekenhuizen genoemd. Deze representatie is mogelijk om uniforme oplossingen te zoeken voor communicatieproblemen en om zo het terrein voor de huisarts overzichtelijk en werkbaar te houden. Overleg tussen de verschillende kringen is nodig. Hier kunnen overkoepelende organisaties als Domus Medica een rol spelen.
- Representatie naar de software vendors toe. Een kring IT-coördinator kan een tussenpersoon zijn tussen artsen en vendors.
- Technische ondersteuning van de huisarts waar nodig, via een IT-coördinator van de kring die voldoende kennis heeft van de verschillende huisartsen softwarepakketten.
- Een (of meerdere) sterke figuren in de kring kunnen sterk motiverend werken naar IT-gebruik toe
- Kringen kunnen deelname aan nieuwe projecten organiseren en zo het IT-gebruik bevorderen.

- Kringen kunnen opleiding in IT-gebruik organiseren

3.2.1.2. Software firma's

Barrières

Zoals al bleek uit de literatuur zijn de relaties van huisartsen met de software vendors complex: er wordt veel beroep op hen gedaan, maar de tevredenheid over de geleverde hulp is niet altijd even groot. De hulp is teveel gebonden aan kantooruren en gebeurt teveel op commerciële basis. Ook de ZTP vermelden dat de relaties met de software vendors in wisselende mate positief verlopen. Samenwerking is gewenst, maar verloopt soms moeilijk.

De firma's van hun kant vinden dat huisartsen onterecht gebruik maken van hun helpdesks met allerlei vragen die niet met hun programma te maken hebben, op elk uur van de dag. Zij verwijten huisartsen ook dat ze niet willen betalen voor noodzakelijk hulp.

Hefbomen

De helpdesks worden veel gecontacteerd en zorgen voor antwoord op veel praktische problemen. De meeste ZTP en sommige kringen konden goed samenwerken met software vendors om opleiding te organiseren. De ZTP zien een bemiddelende rol tussen huisartsen en vendors voor zich weggelegd.

3.2.1.3. Andere gezondheidswerkers

Barrières

De barrières op mesoniveau worden vooral gesitueerd in de complexiteit van de communicatie met ziekenhuizen op de eerste plaats. Er zijn teveel systemen naast elkaar werkzaam, er zijn onvoldoende afspraken en overleg.

Hefbomen

zoals we al lazen wordt elektronische communicatie met de ziekenhuizen zeer op prijs. Het is ook één van de aandachtspunten van de meeste kringen. Vanuit de kringen, de ZTP en de good practices horen we dat IT-communicatie met andere eerstelijns werkers en met patiënten als noodzakelijk wordt ervaren. Deelname aan wachtposten en proefprojecten motiveert artsen om stappen te zetten naar betere registratie.

3.2.2. Factoren

3.2.2.1. Softwareprogramma's

3.2.2.1.1 Technische aspecten

Barrières

De hinderpalen die al in de literatuur ter sprake kwamen, worden allemaal bevestigd door de deelnemers aan de rondetafelgesprekken. Het grote aantal EMD-pakketten wordt door alle deelnemers aangehaald als een belangrijke hinderpaal op opleiding en communicatie. Sommige pakketten zijn kwalitatief minder goed, innoveren minder en werken daardoor remmend op de mogelijkheden van de groep. De huidige EMD-pakketten zijn niet gebruiksvriendelijk en technisch verouderd. Zelfs in de groep van de GP-praktijken was maar één iemand echt tevreden over zijn pakket.

Hefbomen

In de literatuur vonden sommige artsen dat zich zelden onoplosbare technische problemen voordoen, en dat deze vlot worden opgelost. Dit wordt niet bevestigd in onze gesprekken. Binnen sommige kringen werden afspraken gemaakt om zich te beperken tot één of enkele pakketten.

3.2.2.1.2 Gebruiksvriendelijkheid

Opmerking

Er worden verschillende definities gegeven voor gebruiksvriendelijkheid van een EMD-pakket. Eén ervan vindt u in de volledige tekst van het gesprek met de vendors (vraag 4). Een andere definitie uit de literatuur *“The usability of a product is determined by a combination of its features, functionality, visual appeal, and usefulness. The product must be tailored to the context in which it is used, and it must take into consideration the characteristics of the people who use it.”*³⁹ In ons gesprek met de kringen werd een gebruiksvriendelijk programma omschreven als een programma met een korte leercurve, dat de gebruiker bij de hand neemt en vlot de basisvaardigheden aanleert, waarin gegevens niet dubbel moeten worden ingevoerd, waarin niet expliciet moet worden gecodeerd.

Barrières

In de literatuur vonden we veel klachten over het gebrek aan gebruiksvriendelijkheid van de EMD's. Dit wordt bevestigd in de gesprekken, ook door de geroutineerde gebruikers. Usersgroepen zouden hier een aanzet kunnen geven tot meer gebruiksvriendelijkheid, maar dit blijkt in de praktijk niet steeds het geval. Vendors hebben ook schrik om teveel op de vragen van de usersgroepen in te gaan, omdat dit niet de vragen zijn van de doorsnee gebruiker.

Een belangrijk punt betreft de problemen die artsen ondervinden met het gecodeerd registreren. In een aantal pakketten is dit dermate arbeidsintensief, dat men niet van de arts kan verwachten dat hij dit er nog bij neemt.

Hefbomen

Er wordt ook gesuggereerd dat huisartsen meer druk zouden moeten kunnen uitoefenen op de labeling van software pakketten om de gebruiksvriendelijkheid van de pakketten als criterium te testen. Codering moet op de achtergrond gebeuren, zonder dat de arts hiervoor een extra inspanning moet. De gebruiker heeft geen behoefte aan allerlei 'toeters en bellen', maar aan een programma 'met een korte leercyclus', dat de gebruiker bij de hand neemt en hem bijna vanzelf het gebruik onder de knie doet krijgen.

3.2.2.1.3 Tijdsgebruik (hier als: het werken in een geïnformatiseerde wereld).

Barrières

De argumenten die worden aangedragen in de literatuur om aan te tonen dat goed gebruik van EMD tijdrovend is, worden herhaald door de meeste gesprekspartners. Zowel de kringen als de ZTP en de 'good practice' artsen benadrukken dat artsen zich moeten kunnen bezighouden met hun klinisch werk, waar het EMD een ondersteuning voor moet bieden. Dit is nu duidelijk niet het geval.

Hefbomen

³⁹ By Natalie J. Corrao, MLIS, Alan G. Robinson, MD, Michael A. Swiernik, MD, and Arash Naeim, MD, PhD .Journal of oncology practice , vol. 6, issue 3 .Importance of Testing for Usability When Selecting and Implementing an Electronic Health or Medical Record System

Hier en daar kan IT-gebruik tijds winst opleveren, maar dit wordt door niemand als een belangrijk argument voor IT-gebruik aangevoerd.

3.2.2.2. Opleiding

Omdat we in onze gesprekken veel aandacht hebben besteed aan het onderwerp 'opleiding' hebben we hier ook heel wat belangrijke aanvullingen gevonden op de gegevens uit de literatuurstudie.

Barrières

Veel van de praktische hinderpalen uit de literatuur worden bevestigd. Korte opleidingsmomenten zijn efficiënter dan opleidingsdagen of -avonden, het grote aantal verschillende softwareprogramma's vormt een belangrijke hinderpaal omdat het opleiding via de gebruikelijke opleidingskanalen (kring, LOK, ...) bemoeilijkt en opleiding aan huis lijkt een ideale methode, maar is praktisch nauwelijks realiseerbaar gezien de grote financiële kost en een tekort aan mankracht.

Er kwamen ook belangrijke nieuwe barrières aan het licht.

- **Motivatie:** Opleiders en ZTP en kringen die proberen opleidingen te organiseren ondervinden een groot gebrek aan interesse bij artsen. Dit gebrek aan interesse is al tijdens de studie jaren duidelijk. Vooral elke theoretische vorming omtrent structureel gebruik van EMD en codering kan op geen enkel enthousiasme rekenen. Men probeert hierop in te spelen door de opleiding bondig en zo praktijkgericht mogelijk te maken. Wanneer nieuwe initiatieven onvoldoende gepland worden uitgevoerd (bv. de zorgtrajectregistratie), dan werkt dit zeer demotiverend.
- Er is geen globaal plan voor opleiding van huisartsen, noch wat inhoud, noch wat didactiek betreft. Universiteiten, usersgroepen, vendors en kringen werken met goede bedoelingen naast elkaar. Ook binnen de verschillende groepen is er maar minimaal overleg.
- De opleiding aan de universiteit geeft volgens huisartsen ten velde niet de volledige noodzakelijke basiskennis aan de afstuderenden. Er is een consensus nodig over welke kennis en welke vaardigheden verwacht worden bij afstuderen.
- Er bestaat geen algemeen gebruikt basisopleidingspakket voor alle opleiders, dat de structurerende elementen van een EMD uniform definieert. De nood hieraan wordt wel aanvoeld.
- Er is een probleem met de usersgroepen. Zowel de mensen die deze opleidingen verzorgen, als de vendors zien dat de interesse voor deelname beperkt is, voornamelijk omdat enkel gevorderde EMD-gebruikers zich hierdoor aangesproken voelen. Nochtans vinden de goede gebruikers uit de 'good practices' groep dat ze hier zeer veel nuttige ondersteuning vinden. Minder ervaren gebruikers voelen zich onzeker en hebben vaak onvoldoende zelfvertrouwen om onder collega's voor hun onkunde uit te komen.
- Verwant hiermee is een probleem dat altijd terugkeert: er is een zeer groot verschil tussen huisartsen in hun EMD/IT-vaardigheden. Een heel aantal artsen mist ook elementaire IT-kennis. Opleiding kan maar aanspreken als ze voortbouwt op al verworven kennis. Hiermee rekening houden is een extra moeilijkheid voor opleiders. One to one opleiding zou hierop een antwoord kunnen bieden, maar is praktisch moeilijk te realiseren.

Hefbomen

Zoals bleek uit de literatuur dat een aantal huisartsen zich bewust zijn van hun nood aan opleiding en een groot aantal wensen hieromtrent formuleerden, zien we dat opleiders hier wel degelijk mee

bezig zijn. Men is er zich terdege van bewust dat de opleiding tot nu toe veel te wensen overliet en aan grondige herdenking toe is.

- Motivatie: de voornaamst motiverende factor ligt in het direct ervaren van het nut van goed gebruik van EMD. Een aantal nieuwe evoluties in de huisartsgeneeskunde kan hierbij helpen:
 - Wachtposten waar goede registratie de norm is, maken de daar werkende huisartsen hiermee vertrouwd en laten de voordelen zien
 - Patiënten verwachten meer en meer dat informatie volledig is en wordt gedeeld tussen zorgverleners
 - Samenwerking binnen en tussen praktijken doet de nood aan afspraken over registratie toenemen
 - Communicatie met de ziekenhuizen biedt duidelijke voordelen
 - Overheidsinitiatieven als de zorgtrajecten tonen het belang van goede registratie niet alleen voor het ter beschikking hebben van noodzakelijke gegevens, maar ook voor de kwaliteit van de chronische zorg.
 - Deelname aan proefprojecten, zoals bv. Vitalink.
- Globaal plan: de nood aan een globaal plan voor opleiding wordt sterk gevoeld, zowel wat inhoud als uitvoering betreft. Hierbij wordt gedacht aan:
 - Nadruk leggen op EMD als middel om de informatie rondom een patiënt te structureren, eerder dan als een verzameling min of meer geordende gegevens. Vanuit de nood aan informatie(deling) motiveren.
 - Basiskennis vastleggen voor afstuderenden, en praktiserende huisartsen (uniform opleidingspakket). Meer uitgebreid gebruik van EMD kan vanuit gevoelde behoefte en interesse volgen.
 - Algemeen aanvaarde definitie van begrippen en structurele eigenschappen van EMD's vastleggen, over de pakketten heen. Hiervoor is overleg tussen de verschillende bij opleiding betrokken instanties nodig en moeten beleidskeuzes worden genomen. Domus Medica kan hierbij zeker een rol spelen.
- Opleiding op verschillende niveaus: er wordt zeker moeite gedaan om het opleidingsaanbod te diversifiëren. Een aantal vendors bieden meer gepersonaliseerde opleiding aan door gebruik te maken van moderne communicatiemiddelen (on line interactieve opleidingssessies die nadien kunnen worden bekeken op een geschikt moment, you tube filmpjes...). Onder andere dankzij de ZTP kunnen kringen opleiding op maat voorzien, alhoewel de tijdsinvestering door de ZTP als moeilijk vol te houden wordt ervaren.

3.2.2.3. Veranderingsproces

De in de literatuur teruggevonden stelling dat overgaan van een papieren praktijk naar een praktijk die optimaal gebruik maakt van de moderne elektronische mogelijkheden wordt bevestigd door de artsen uit de expert praktijken: goed gebruik maken van EMD en IT is een progressief en stapsgewijs proces. Verdere stappen vragen telkens overleg en aanpassing van de mogelijkheden van de praktijk (externe hulp, secretariaatshulp, motiveren van medewerkers...).

3.2.2.4. Bescherming van gegevens

Barrières

Zoals we vonden in de literatuur is er een zorg om de vertrouwelijkheid van de gegevens die vanuit het EMD van de huisarts worden verzameld. Dit kwam vooral tot uiting in het gesprek met de ZTP.

Vooral oudere artsen tonen zich wantrouwig tegenover de gegarandeerde gegevensbescherming. Zij vragen zich af wie de verzamelde gegevens gaat lezen en gebruiken. Bij verschillende groepen was er ook een grote bekommernis om het behoud van gegevens bij veranderen van EMD-pakket, eventueel stoppen van ondersteuning van een pakket door een vendor enz.

Hefbomen

Uit de gesprekken bleek ook hier en daar een bereidheid tot het delen van gegevens uit het EMD met patiënten.

3.3. Problemen en bevorderende factoren op macroniveau

3.3.1. Actoren

Federale Overheid

Zoals al in de literatuur werd gevonden, hoorden we in de gespreksgroepen een duidelijke vraag naar sturing in het EMD/Communicatielandschap.

3.3.1.1. Financiële ondersteuning

Uit de literatuur, vooral de enquêtes kwam herhaaldelijk de vraag naar voor naar een financiële vergoeding voor bezit van hardware en software, maar ook voor het volgen van opleiding en voor het goed gebruik van EMD wanneer gegevens worden aangeleverd die bruikbaar zijn voor secundaire doeleinden (onderzoek, overheid...). Ook in de gesprekken werd benadrukt dat de prijs een hinderpaal vormt voor een aantal nuttige en noodzakelijke stappen. Externe ondersteuning door experts voor IT-problemen in de praktijk wordt vaak niet gevraagd omwille van de kostprijs. Kleine software firma's bezitten niet de mogelijkheden om duurdere opleidingsvormen zoals interactieve online lessen te organiseren. Goedkopere software programma's met minder mogelijkheden worden eerder aangeschaft omwille van de prijs. Kringondersteuning op IT-gebied is zeer beperkt omwille van het ontbreken van structurele financiële mogelijkheden.

Er worden een aantal voorstellen gesuggereerd:

- Structurele ondersteuning van kringen, zodat deze de mogelijkheid hebben om een IT-coördinator aan te trekken en een geïntegreerd IT-beleid te voeren
- Vergoeding van gebruik in plaats van bezit van een EMD, wat tegelijk beter gebruik zou stimuleren én de programma's die dit beter gebruik vlot mogelijk maken.

3.3.1.2. Regelgeving

De vraag naar een regelgeving die de kwaliteit van de EMD's garandeert, die we vonden in de literatuur, wordt door alle gesprekspartners ondersteund. Iedereen is het er over eens dat het grote aantal verschillende EMD's die naast elkaar worden gebruikt een belemmerende factor is. Men vraagt ook algemeen dat de inspanning die al wordt gedaan door de labeling van de EMD's nog wordt uitgebreid, zodat de uniformiteit van de bestaande pakketten en de uitwisselbaarheid van gegevens toeneemt.

Er is zeker ook de vraag naar meer sturing in de communicatie tussen verschillende EMD's, tussen de verschillende actoren op de eerste lijn, tussen eerste en tweede (derde) lijn enz. Een wildgroei van naast elkaar werkende communicatiekanalen met elk eigen regels en inlogsystemen is een schrikbeeld en wordt ook nu al als bedreigend ervaren.

3.3.1.3. Planmatig en goed gecommuniceerd beleid

Men verwacht ook een gepland en duidelijk gecommuniceerd beleid naar de artsen toe, geen wirwar van allerlei losse initiatieven. Het is aan de overheid om een wildgroei van programma's en initiatieven te structureren.

3.3.1.4. IT als controlemechanisme

De angst van huisartsen voor controle door de overheid over hun handelen via gegevens uit EMD's, die we vonden in de literatuur werd in beperkte mate herhaald in de gespreksgroepen.

V. Bespreking

Om beslissingen te nemen in het opzetten en/of ondersteunen van implementatieprojecten voor beter gebruik van EMD/IT door huisartsen is het nodig om een overzicht te hebben over de barrières die momenteel dit gebruik belemmeren op verschillende niveaus. Wij hebben geprobeerd om uit de literatuur en in onze gesprekken hiervan een breed beeld te schetsen.

Op microniveau zijn er vooral 'psychologische' factoren (attitude, bekommernissen, interpersoonlijke problemen, onvoldoende organisatorische rijpheid, ...), en praktische bezwaren (gebruiksvriendelijkheid EMD, tijd, kost, opleiding, ondersteuning, ...) die meespelen. Op mesoniveau zijn er vooral operationele problemen met het implementeren van opleiding en projecten door het ontbreken van materiële middelen, mankracht en knowhow. Van het macroniveau wordt een coherenter en duidelijker gecommuniceerd beleid verwacht.

We hernemen en groeperen hieronder de verschillende barrières en proberen suggesties te formuleren voor interventies hierop vanuit onze bevindingen.

1. Attitude

EMD/IT-gebruik is een progressief gebeuren. Het vraagt een proces van verandering, waarbij initiële weerstanden moeten worden overwonnen en oude denkpatronen moeten worden omgevormd. Een aantal weinig gedefinieerde bekommernissen en angsten kunnen concreter en hanteerbaarder worden gemaakt door ze te benoemen. Het is belangrijk dat er aandacht wordt geschonken, zodat wat waardevol is in de huidige manier van werken een plaats krijgt. Zeker huisartsen in solopraktijken krijgen momenteel weinig ondersteuning hierbij.

Mogelijke interventies:

<p>Microniveau</p> <ul style="list-style-type: none">• Huisartsen kunnen op individueel, praktijk en LOK niveau beter overleggen en samenwerken rond EMD/IT• Vraag van de patiënt kan een aansporing zijn voor de arts <p>Mesoniveau</p> <ul style="list-style-type: none">• Organisaties op mesoniveau moeten hun leden actiever betrekken bij EMD/IT-gebruik en hen hiermee vertrouwd maken door:<ul style="list-style-type: none">- Aanbieden van projecten- Aanbieden van ondersteuning en opleiding via IT-coördinator• Sociale druk is een belangrijke motiverende factor, er moet gekeken worden hoe dit kan gebruikt worden.• Verder onderzoek naar attitudes van huisartsen tegenover IT en hierop inspelende motivationele modellen voor verandering. <p>Macroniveau</p> <ul style="list-style-type: none">• Ondersteunen van verder motivationeel onderzoek en gerichte interventies• Communiceren van een duidelijk en overzichtelijk beleid, o.a. over privacy gerelateerde onderwerpen en het gebruik van gegevens voor controle van artsen.

2. Kennis, vaardigheden, opleiding

Er blijkt een duidelijk tekort aan vaardigheden op verschillende domeinen. Er is een beperkte IT-basiskennis, wat problemen veroorzaakt bij EMD-gebruik. Er is een gebrek aan gecoördineerde

opleiding na de universiteit. De aangeboden opleidingsmethoden vinden moeilijk ingang bij huisartsen, o.a. omdat ze niet aangepast zijn aan de behoeften. Er is een zekere ontmoediging merkbaar bij verantwoordelijken van usersgroepen en kringen, omdat hun aanbod de huisartsen te velde niet bereikt. Er is een groot niveauverschil in de basiskennis zowel van IT als van EMD-gebruik. Huisartsen zijn geen IT-ers, het is belangrijk te weten welke vaardigheden beter uit handen worden gegeven en aan wie.

Mogelijke interventies:

<p>Microniveau</p> <ul style="list-style-type: none">• Expert collega's inschakelen bij het vertrouwd maken met opleiding (LOK, kring)• Nieuwe communicatiemiddelen voor opleiding (e-learning, facebook, ...) leren gebruiken <p>Mesoniveau</p> <ul style="list-style-type: none">• Coördinatie van de opleiding die op verschillende plaatsen wordt aangeboden; Investeren in nieuwe vormen van opleiding, aangepast aan verschillende niveaus van voorkennis• IT-coördinator voor de huisartsenkringen die de opleiding kan ondersteunen en vaardigheden kan aanleren <p>Macroniveau</p> <ul style="list-style-type: none">• Ondersteunen van projecten die nieuwe opleidingsmethodes evalueren• Financiële ondersteuning van IT-coördinatoren• Incentives voor het goed gebruik van een EMD-pakket
--

3. Tijd en efficiëntie

Gebruik van EMD/IT in brede zin (aankoop, gebruik tijdens de raadpleging, opleiding, omzetten papieren dossiers naar elektronische, ...) wordt als zeer tijdsintensief beschouwd. Ook expertgebruikers zijn ervan overtuigd dat het goed up to date houden van een EMD veel tijd vraagt, en nauwelijks haalbaar is zonder secretariaatsassistentie. Zij zijn er wel van overtuigd dat goed gebruik een voorwaarde én een mogelijkheid is voor het verhogen van de kwaliteit van het klinisch handelen.

Huisartsen leveren hier zeer veel kritiek op de gebruiksvriendelijkheid en de mogelijkheden van de EMD's. Problemen met EMD/IT worden algemeen gezien als bronnen van belangrijk tijdsverlies.

Mogelijke interventies

<p>Microniveau</p> <ul style="list-style-type: none">• Secretariaatsassistentie• Afspraken maken met externe IT-services voor onderhoud, hulp bij problemen, back-up... <p>Mesoniveau</p> <ul style="list-style-type: none">• Ondersteuning bij praktische regelingen via IT-coördinatoren• Aanbieden van opleiding in praktijkorganisatie• Aanbieden van opleiding voor praktijkassistenten• Gebruiksvriendelijkere EMD's <p>Macroniveau</p> <ul style="list-style-type: none">• Financiële tussenkomst voorzien voor praktijkassistentie• Meer oog voor gebruiksvriendelijkheid bij labeling EMD's

4. Kwaliteit van zorg

Huisartsen met een positieve instelling tegenover IT/EMD zijn ervan overtuigd dat goed EMD-gebruik de kwaliteit van zorg verhoogt en onontbeerlijk is om de taak van de huisarts als centrale coach van zijn patiënt te kunnen waarmaken. De kwaliteit van zorg wordt verhoogd door meer overzichtelijke gegevens en zo het vermijden van onnodig herhalen van onderzoeken, door de mogelijkheid van feedback op eigen werk, door de mogelijkheid om een overzicht te maken van bij een patiënt noodzakelijke handelingen. EMD-gebruik en correcte registratie van gegevens maakt ook gegevensdeling tussen verschillende gezondheidswerkers mogelijk en kan de patiënt meer actief laten participeren aan zijn zorg. Het biedt ook mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek. Er stelt zich het belangrijk probleem dat de kwaliteitswinst door EMD-gebruik maar duidelijk kan worden post factum: een slordig ingevuld EMD biedt geen nieuwe mogelijkheden t.o.v. een papieren dossier.

Mogelijke interventies

<p>Microniveau</p> <ul style="list-style-type: none">• Deelname aan projecten waar de voordelen of de noodzaak van registratie duidelijk zijn (wachtposten)• Samenwerking aan kwaliteitsprojecten binnen (groeps)praktijk of tussen (een aantal) praktijken <p>Mesoniveau</p> <ul style="list-style-type: none">• Representatie van de huisartsen over de kringen heen naar andere spelers in de gezondheidszorg toe, met name worden hier de ziekenhuizen genoemd, om uniforme oplossingen te zoeken voor communicatieproblemen• Representatie van gebruikers naar de software vendors toe• Technische ondersteuning van de huisarts waar nodig, via een IT-coördinator• Een (of meerdere) sterke figuren in de kring kunnen sterk motiverend werken naar IT-gebruik toe• Deelname aan projecten die het IT-gebruik bevorderen• Kringen kunnen opleiding in IT-gebruik organiseren• Opleiding voorzien en beperken tot projecten met een aantoonbaar nut op praktijkniveau <p>Macroniveau</p> <ul style="list-style-type: none">• Uitwerken van striktere regelgeving die de communicatie tussen verschillende systemen overzichtelijker maakt• Technische mogelijkheden voor communicatie tijdig en gebruiksvriendelijk voorzien
--

5. Kost

Financiële overwegingen zijn mee verantwoordelijk voor een aantal problemen. Aanschaf en onderhoud van hard- en software worden door veel huisartsen ervaren als een kost die weinig rendement oplevert voor henzelf ('de lasten zijn voor de artsen, de voordelen voor de overheid en de gemeenschap'). Omdat ze goedkoper zijn, worden minder performante pakketten, die minder oog hebben voor innovatie, toch door veel artsen gebruikt. Omdat IT-firma's zich goed laten betalen voor hun diensten, laten huisartsen na om noodzakelijke taken aan hen toe te vertrouwen. Dit leidt dan weer tot problemen op onverwachte momenten (geen back-up als deze nodig is, hardware problemen die niet opgelost raken enz.) en veel ergernis.

Goed EMD-gebruik vraagt zeker in iets grotere praktijken dat secretariaatshulp wordt betaald (zie hoger).

Zeer weinig kringen hebben het gevoel dat ze zich een IT-coördinator kunnen veroorloven, al is de vraag naar ondersteuning vanuit de kring erg groot, zoals wordt aangegeven door de ZTP.

Mogelijke interventies

Microniveau

- Betere kostenbatenanalyse bij aankoop: goedkoop is niet altijd beterkoop
- Kostenbatenanalyse van externe IT-ondersteuning

Mesoniveau

- Kostenbatenanalyse van verschillende EMD-pakketten en verschillende vormen van IT-ondersteuning aanbieden aan huisartsen
- 'Gratis' ter beschikking stellen van IT-hulp aan leden, bv. via een kringcoördinator (IT-verzekering).

Macroniveau

- Strengere eisen voor kwaliteit van EMD-pakketten: lagere prijs mag, maar niet ten koste van kwaliteit
- Meermaals gehoord: overheid moet een goed pakket gratis ter beschikking stellen
- Kringen ondersteunen door een IT-coördinator aan te bieden

6. Software

De relaties van huisartsen en huisartsenkringen met software vendors (en omgekeerd) is complex. Enerzijds zijn heel wat artsen zeer ontevreden over de gebruiksvriendelijkheid van hun pakket, anderzijds wordt er blijkbaar te pas en te onpas beroep gedaan op helpdesks, ook voor niet EMD gerelateerde problemen. De tevredenheid over de verkregen hulp is wisselend. Er is een algemeen gevoel dat de software programma's zitten opgescheept met heel wat ballast uit het verleden, wat de aanpassing aan nieuwe eisen bemoeilijkt en de gebruiksvriendelijkheid vermindert. Herhaaldelijk wordt erop gewezen dat teveel 'toeters en bellen' aan de programma's de gebruiksvriendelijkheid beperkt en dat een goed minimum basisgebruik moet worden vastgelegd.

Het naast elkaar bestaan van zeer veel verschillende software pakketten wordt door iedereen gezien als een last uit het verleden, die vooral naar opleiding en communicatie toe voor veel problemen zorgt.

Een gebruiksvriendelijk programma is een programma met een korte leercurve, dat de gebruiker bij de hand neemt en vlot de basisvaardigheden aanleert, waar gegevens niet dubbel moeten worden ingevoerd, waar niet expliciet moet worden gecodeerd. Gebruiksvriendelijkheid van pakketten omvat 3 factoren: een eenvoudige en evidente users interface, het zoveel mogelijk automatisch verlopen van een aantal processen (hier is nog een hele evolutie mogelijk) en een zeer vlotte manier om data op de correcte manier te registreren (zie gespreksgroep vendors).

Mogelijke interventies

Microniveau

- Elk pakket vraagt een inspanning om de zich de basisvaardigheden eigen te maken. Artsen moeten hiervoor de nodige inspanning doen.
- Deelname aan usersgroepen wordt door diegenen die dit doen als zeer leerrijk ervaren

Mesoniveau

- Gebruiksvriendelijkheid moet beoordeeld worden door gebruikers.
- IT-coördinatoren kunnen tussenpersoon zijn tussen artsen en vendors en problemen met software in het veld verduidelijken
- Test ontwikkelen voor minimumkennis van gebruikte pakket

Macroniveau

- Regelgeving voor het testen van de gebruiksvriendelijkheid van EMD-pakketten
- Regelgeving voor gebruiksvriendelijke communicatie vanuit de EMD's

VI. Aanbevelingen voor het beleid

Uit ons onderzoek blijkt dat er op alle niveaus in het veld een grote behoefte wordt gevoeld aan een globaal plan voor implementatie van de overgang van zorggegevens die op papier zijn opgeslagen bij de zorgverstreker naar volledig elektronisch beschikbare en uitwisselbare gegevens. De aangehaalde barrières op verschillende niveaus zijn sterk met elkaar verbonden. Oplossingen moeten op verschillende punten tegelijk ingrijpen.

Wij stellen voor dat er een overkoepelend en onafhankelijk EMD-instituut wordt opgericht, een kenniscentrum waaraan alle betrokken partijen (universiteiten, huisartsenkringen, vendors, patiënten, ziekenfondsen, artsensyndicaten, gebruikersgroepen...) hun medewerking verlenen. Dit EMD-instituut moet enerzijds dienen als denktank en anderzijds via een operationeel luik de concrete uitvoering in het veld coördineren.

De eerste opdracht van deze denktank moet erin bestaan, in consensus, een unieke structuur van het EMD, een lijst van authentieke bronnen en standaarden voor communicatie vast te leggen.

Het operationele luik van dit EMD-instituut moet de opleiding en activiteiten van de IT-coördinatoren, die de huisartsen(kringen) moeten bijstaan om de overstap naar een elektronische omgeving te maken, organiseren en coördineren.

- De huisartsen(kringen) kunnen deze overstap maar maken als ze voor de concrete uitwerking ervan worden ondersteund door IT-coördinatoren.
- De overheid moet de overstap naar een elektronische omgeving volledig maken. Elektronische communicatie moet de norm zijn op de verschillende niveaus, zodat in het gebruik de voordelen kunnen worden ervaren. Dit is enkel mogelijk als de aangeboden toepassingen gebruiksvriendelijk, rechtstreeks vanuit het EMD (Vaccinnet!) en tijdig (Achil) worden ontworpen. De artsen in het veld moeten gemotiveerd worden tot beter gebruik van hun EMD, omdat ze er duidelijk zichtbare voordelen van ondervinden, bv. feedback in de praktijk over geregistreerde morbiditeitsgegevens in de eigen omgeving (monitoring). Ook de overheid zal nuttig gebruik kunnen maken van goed geregistreerde indicatoren uit de praktijk.
- Overstappen naar een ander softwarepakket dat beter aan de vernieuwende vraag is aangepast, moet makkelijker kunnen dan momenteel het geval is, met behoud van een vastgelegde hoeveelheid gegevens.
- Het hele bestaande systeem van incentives rond EMD-gebruik moet opnieuw worden bekeken vanuit het motto dat incentives werkelijk het goed gebruik van een innovatief software programma moeten stimuleren. Enkele denkpijpen hierbij:
 - Premie voor gebruik (niet het bezit) van EMD
 - Accreditering opleiding
 - GMD=EMD
 - Het is een perfide toestand dat softwarepakketten worden aangeschaft enkel op basis van hun prijs. Benchmarking kan hier een oplossing bieden.
 - Globale herdenking van de financiering van de zorg

VII. Bijlagen

Bijlage 1: Zoekstrategie literatuuronderzoek

Bijlage 2: Fiches Master na Master thesissen

Bijlage 3: Fiches Huisarts Nu

Bijlage 4: Fiches enquêtes

Bijlage 5: Verslag rondetafelgesprekken

