

Healthcare Executive Seminar

Objectief eHosp 2016: de sleutel tot succes

Jean-Claude Verset, Valérie Kokoszka

Ziekenhuisinstellingen aanzetten om hun informatica-achterstand in te halen, is een grote uitdaging. Ze hebben nochtans dezelfde behoeften maar zijn de verschillende strategieën wel steeds compatibel? De dataverwerking via een netwerk, het onder elkaar verdelen van de middelen maar ook de compatibiliteit van de systemen zijn allemaal uitdagingen binnen een context gekenmerkt door specialisatie, een groot aantal actoren en rationalisering van de middelen. Blijken de goed-gekeurde investeringen rendabel te zijn in termen van een betere kwaliteit van de zorgverlening en een efficiënter beheer van de middelen? Wat zijn de beperkingen en wat zijn de prioriteiten? Hoe kan men de betrokken actoren op elkaar afstemmen? Deze fundamentele vragen voor de evolutie van de ziekenhuizen vormden het onderwerp van het Healthcare Executive seminarie dat op 27 april plaatsvond in Terhulpen.

Goed bestuur in vraag

Luc Nicolas, expert op de Health Telematics Unit, belooft hulpmiddelen en begeleiding aan de ziekenhuizen die deelnemen aan het E-Hosp project, een vijfjarenplan

Luc Nicolas



dat beheerd wordt door FOD Volksgezondheid.

Binnen 5 jaar moet de technologische kloof tussen de ziekenhuizen in ons land verdwenen zijn. "Concreet moet alles wat vereenvoudigd kan worden, vereenvoudigd worden", bevestigt Luc Nicolas die een beroep doet op een ware culturele verandering: "Het beheren en delen van informatie moet centraal staan in het beslissingsproces van een ziekenhuisinstelling".

Voor de vertegenwoordiger van FOD Volksgezondheid kan een ziekenhuis niet op zich

De ICT moet uit zijn conventionele rol van uitvoeringsmiddel treden en een strategische kracht worden.

Het informatiseringsplan moet gebaseerd zijn op vier peilers: de optimalisering van de behandeling van de patiënt, de communicatie met andere ziekenhuizen, de administratieve vereenvoudiging en de kwaliteit van de ICT-behandeling.

bestaan. Het moet zich openstellen voor andere instellingen en de patiënt op een flexibelere wijze benaderen. Maar daarvoor moet de ICT uit zijn conventionele rol van uitvoeringsmiddel treden en een strategische kracht worden.

Er moeten zo veel mogelijk openbare investeringen benut worden om de achtergebleven ziekenhuizen terug te laten bijbenen. Want de situatie is nog niet rampzalig maar wel zorgwekkend. In 2004 schommelden de uitgaven van de Belgische ziekenhuizen aan informatica rond het Europese gemiddelde (2,1% tegenover 1,8% voor Europa). Maar in 2008 werkten nog 39 ziekenhuizen volledig 'op papier' en meer dan de helft van de ziekenhuizen digitaliseerde nog steeds minder dan 50% van hun gegevens. Het IT-tekort is ook kwalitatief: 32% van de ziekenhuizen heeft nog steeds de implementering van de registratie van het elektronisch verpleegkundig dossier tegen het jaar 2014 niet ingepland.

Volgens Luc Nicolas moet het informatiseringsplan van een ziekenhuis gebaseerd zijn op vier peilers: de optimalisering van de behandeling van de patiënt, de communi-

catie met andere ziekenhuizen, de administratieve vereenvoudiging en de kwaliteit van de ICT-behandeling. Met voorrang voor de klinische toepassingen en niet voor de producten.

Om het vijfjarenplan voor informatisering te kunnen invoeren, moeten de ziekenhuizen kunnen rekenen op een referentiekader, een evaluatieschema van de functionaliteiten en toegankelijke criteria. *"De investeringen moeten gebeuren daar waar ze het meeste effect hebben en het delen van de middelen tussen ziekenhuizen onderling moet aangemoedigd worden"*. Het globale vijfjarenplan moet evaluatiemiddelen voorzien om voorrang te kunnen geven aan bepaalde toepassingen. Dit veronderstelt tegen 2016 een opvolging van de resultaten, minimale doelstellingen en auditmogelijkheden. De beschikbare budgetten zijn gekend: 16,25 miljoen Euro per jaar – sinds 2008 – toegekend in functie van de grootte van de instellingen. Er kunnen nog bijkomende middelen gegeven worden voor de deelname aan specifieke voorraagsprojecten. Het plan moedigt ook de samenwerking tussen ziekenhuizen op lokaal en/of regionaal niveau aan (12.000 Euro per ziekenhuis).

Naar een 'bottom-up'-strategie

Sinds de ziekenhuisinformatica 30 jaar geleden zijn intrede heeft gedaan in de medische wereld, heeft dokter **Jacques de Toeuf** geleerd om ermee te werken. De algemeen medisch directeur van Chirec geeft al meteen toe: *"Ik ben een gedwongen gebruiker die enthousiast is geworden"*. Maar een gebruiker die nog steeds argwanend staat tegenover leveranciers en toezichthoudende instanties en organen. Volgens dokter de Toeuf is het de boekhoudkundige oorsprong van de ziekenhuisinformatisering die haar zo zwaar heeft gemaakt. *"Het was een verplichte overgang om financiële ondersteuning te krijgen. Dan zijn de eerste minimale klinische gegevens gekomen met opnieuw het verplicht verzamelen van informatie om financiering te krijgen"*. In 2002 hebben de instellingen een tweede boekhoudsysteem ontwikkeld dat in elk ziekenhuis anders is, ieder in zijn eigen silo. Zo is het elektronisch medisch dossier ontstaan zonder echte standaardisatie. In 1982 bestonden

Jacques de Toeuf



Het grootste obstakel is gekend: de IT heeft in de medische wereld een negatieve connotatie omwille van de financiering en de controle.

er meer dan 18 soorten medische dossiers voor huisartsen, aldus Jacques de Toeuf. Zonder enige onderlinge compatibiliteit.

Het grootste obstakel is gekend: de IT heeft in de medische wereld een negatieve connotatie omwille van de financiering en de controle. *"Er komen voortdurend obstakels bij, ondanks de goede wil van de medische sector, met als gevolg een financiering die voortdurend ontoereikend is"*. Volgens Jacques de Toeuf heeft de vrees voor de ziekenhuisinformatica betrekking op al wat te maken heeft met een verkeerd gebruik van de gegevens, waaronder het medisch geheim. Eén van de bezorgdheden bij de oprichting van het eHealth-platform was het oprichten van structuren nog voordat de wetteksten gestemd waren. *"Het was pragmatisch, maar niet correct"*. Gelukkig neemt deze vrees af, erkent de directeur van Chirec.

Een andere kwestie is het mogelijke gebruik van gegevens die worden overgedragen buiten de afgesproken doeleinden. *"Men moet voorzichtig zijn en de gegevens en hun gebruik begrenzen"*, benadrukt Jacques de

Toeuf, die vreest dat instanties, zoals de ziekenfondsen, buiten hun rol zouden kunnen treden. *"Het kruisen van gegevensbanken kan dan gevaarlijk worden. Als men verbanden zoekt tussen feiten die geen verband houden met elkaar, kunnen er contraproductieve toestanden ontstaan"*.

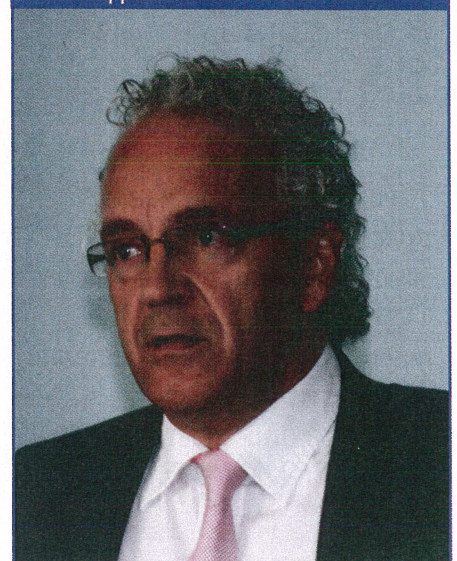
Maar de medische wereld is ook vragende partij. En vooral naar een goed doordachte benchmarking. *"Wij staan positief tegenover een benchmarking die de medische diensten, het verbruik en de financiering kan vergelijken, aldus Jacques de Toeuf. Maar de kwaliteit is beter wanneer het uitgaat van de artsen zelf. Als het opgelegd wordt, duurt de benchmarking slechts zo lang als de regering."*

Er is ook vraag naar IT-support voor de ziekenhuisactiviteiten in de vorm van een SLA, een soort van gegarandeerde dienstverlening. En IT moet tot slot de opleiding van gebruikers stimuleren en dat zijn de artsen en het ziekenhuispersoneel. eHosp is er uiteindelijk om een goed kader te bieden voor ontwikkelingen en om de hulpmiddelen te beheersen met respect voor de rechten van de burgers.

Technologie ten dienste van medische prioriteiten

Marc Noppen, gedelegeerd bestuurder van het UZ Brussel, herkent de uitdagingen waarmee de ziekenhuiswereld geconfronteerd wordt en de rol die de informatica speelt als hulpmiddel om deze uitdagingen

Marc Noppen



eHealth is een nieuwe manier van werken en een aanzet tot een globale denkwijze, in een netwerk. Het doel van eHealth is de gezondheidszorg verbeteren, zowel op lokaal niveau als op wereldvlak.

aan te gaan. Een ingewikkelde combinatie van behoeften, obstakels en oplossingen. Behalve de technologieën, definieert Marc Noppen eHealth als "een nieuwe manier van werken en een aanzet tot een globale denkwijze, in een netwerk. Het doel van eHealth is de gezondheidszorg verbeteren, zowel op lokaal niveau als op wereldvlak door gebruik te maken van communicatie- en informatietechnologieën (ICT)".

De inzet is dubbel: zowel de kwaliteit als de financiële rentabiliteit van de gezondheidszorgen verhogen. Maar rekening houdend met de nodige middelen, zal men altijd prioriteiten moeten stellen, waarschuwt Marc Noppen. Een goede barometer voor de kwaliteit van de zorgverlening is de gemiddelde leeftijd van de bevolking. Als we kijken naar de gemiddelde levensverwachting, is de indicator dus positief. Maar een studie uitgevoerd door de OESO in 2006 toont aan dat het percentage infantiele mortaliteit gecorreleerd is met de gezondheidsuitgaven per hoofd van de bevolking. Anderzijds gaan er ook veel levensjaren verloren door chronische ziekten.

Cijfers tonen aan dat zowel in Europa als in de VS, de medische uitgaven het BNP van het land volgen. In 10 jaar zijn de gezondheidsuitgaven per persoon jaarlijks met 4% gestegen in de OESO zone. Maar is dit voldoende?

Nieuwe behandelingen, chronische ziekten en het consumptisme doen de vraag naar meer middelen toenemen, maar dit wordt sterk afgeremd door eerst en vooral de budgettaire druk maar ook het gebrek aan stimuli.

Nieuwe behandelingen, chronische ziekten en het consumptisme doen de vraag naar meer middelen toenemen maar dit wordt sterk afgeremd door eerst en vooral de budgettaire druk maar ook het gebrek aan stimuli om de samenwerking tussen ziekenhuizen en de transformatie van gezondheidszorgdiensten te bevorderen.

De efficiëntie van de gezondheidszorg is zeker voor verbetering vatbaar, stelt Marc Noppen vast: "45% van de patiënten heeft geen toegang tot correcte zorgen. Anderzijds zijn behandelingen meer gericht op patiënten met een laag en matig risico dan patiënten met een hoog risico. 30% van de onderzoeken en procedures is nutteloos." De meeste websites zijn niet interactief. Er bestaan wel onderzoeksites en betrouwbare eHealth-applicaties maar de infrastructuur die dit allemaal moet ondersteunen ontbreekt. Om nog maar te zwijgen over van het gebrek aan standaardisatie.

De conclusie van de CEO van het UZ Brussel is dat de kloof tussen de toenemende behoeften en de beschikbare middelen steeds dieper zal worden. Het is de informatica die de efficiëntie van het ziekenhuis de volgende 5 tot 10 jaar met 20% zal kunnen verhogen. De situatie is onherroepelijk: in 2020 zullen we meer mensen moeten behandelen, die lijden aan meer ziekten en met een betere efficiëntie. En dit in een context met, wellicht, minder personeel en minder overheidssteun.

Elektronisch medisch dossier: een ziekenhuis is geen fabriek

Volgens professor **Rudi Van de Velde**, ICT-Directeur van het UZ Brussel, en ICT-manager van het jaar 2009, staat de medische informatica op een tweekoppig. In het volgende decennium zal er meer ICT ontwikkeld worden dan in heel de geschiedenis van de medische wetenschap. Zelfs in de

Verenigde Staten werkt minder dan 2% van de ziekenhuizen volledig gedigitaliseerd. Er is dus nog veel werk.

Het moeilijke aan deze oefening is dat het proces voor een gezondheidsinstelling niet kan gekopieerd worden van een industrieel productieproces. In een ziekenhuis moet de workflow, de volledig geautomatiseerde gegevensstroom, centraal staan, waarschuwt Rudi Van de Velde. "Het model van industriële systemen is te traag of te log voor de medische wereld. Als we een geneesmiddel bestellen, moet het proces snel gaan. Het prestatievermogen maakt deel uit van de gebruiksvriendelijkheid van het systeem".

Rudi Van de Velde



Het model van industriële systemen is te traag of te log voor de medische wereld.

In de nieuwe geïnformatiseerde visie wordt het medisch dossier niet meer opgesteld als een historiek van de patiënt maar als een dynamische organisator ter beschikking van het team van zorgverleners.

Het elektronisch medisch dossier (EMD) slaat bruggen tussen artsen en patiënten, verklaart Rudi Van de Velde. Als het goed geïmplementeerd is, ontstaat er een echte interactie tussen correct geïnformeerde patiënten en goed voorbereide en proactieve medische teams.

Maar de realiteit is dat een arts doorgaans graag gegevens krijgt maar er vaak minder zin in heeft om gegevens aan te maken. Men moet de arts dus de mogelijkheid geven om deze vaak niet gestructureerde informatie door te geven volgens een eenvoudig proces door middel van het systeem van gestructureerde gegevens van de instelling.

Het geïnformatiseerd medisch dossier heeft een dynamisch karakter gebaseerd op het verzamelen van de gegevens en van de workflow. "Daar ontstaat het prestatievermogen. De praktijk bestaat vooral uit het nemen van klinische beslissingen. De differentiatie gebeurt door de associatie van beslissingen en gegevens". En dit is een zware taak. Want het is niet de massa aan gegevens die waardevol is. Er is *data mining* en *data cleaning* nodig om een efficiënt systeem te creëren. eHealth moet opgevat worden als een kennissysteem.

Rudi Van de Velde mag graag beweren dat de mens houdt van innovatie maar een hekel heeft aan verandering. Daarom moet men geleidelijk te werk gaan. "Ineens een complete oplossing implementeren zou tot een ramp leiden. Men moet dus stap voor stap gaan, met regelmatige audits om de efficiëntie van de ingevoerde systemen na te gaan". Net als Jacques de Toef voor hem al aanhaalde, zegt Rudi Van de Velde dat gezondheidszorg een holistische benadering vereist en de organisatie van trainings voor het personeel. Ook al staan de artsen hier soms weigerachtig tegenover. Een andere realiteit is dat men "meer moet kunnen doen met minder" en als men in het verleden blijft hangen, verliest men geld.

Wat is de return on investment van medische informatica?

Kan men het voordeel van de informatisering van een ziekenhuis echt a priori bepalen? Dat is de oefening die **Philippe Kohl**, CIO van het CHU de Liège, heeft gemaakt.



Het informatiseringsbeleid dat werd gelanceerd in 2003 voor een duur van 10 jaar werd tot in de kleinste details uitgewerkt en is georganiseerd in 22 projecten volgens 4 assen (patiënt, interne processen, opleiding en financiën). Met als doel een betere kwaliteit van de zorgen, duidelijke procedures voor het personeel... en een verhoogde efficiëntie voor het ziekenhuis.

"We wilden verder gaan dan enkel de administratieve informatisering. Daarvoor hebben we structuren moeten creëren die tot dan nog onbestaande waren, samen met een interne audit." De basishypothese van het CHU de Liège bestond erin om centraal in het project 4 transversale softwareprogramma's te plaatsen, bestemd voor alle diensten. Met als enige uitzonderingen de randapparatuur voor de specifieke behoeften van de diensten. "De regel is als volgt: om zulke software te kunnen toevoegen, moet de dienst de noodzaak hiervan kunnen aantonen en de toepassing moet geïntegreerd worden in het transversaal systeem, aldus Philippe Kohl. Er is geen sprake van eilandjes te creëren die los staan van het hoofdsysteem. Tot slot is de kost van de specifieke software ten laste van de vragende partij". De IMD-applicatie is de ruggengraat

van het systeem. De patiëntenfiche moet hierin gemaakt worden voordat ze kan opgenomen worden in andere softwareprogramma's. Een voorbeeld van striktheid.

De vier transversale programma's zijn het Geïnformatiseerd Medisch Dossier (IMD) in finale fase, RIS-PACS voor de medische beeldvorming, LIS (*Laboratory Information System*) en een beheersysteem van de VR. Specifieke programma's zijn onder andere het geïnformatiseerd beheer van de anesthesiefiche, nucleaire geneeskunde, PACS.

De implementatie van elke applicatie gebeurt volgens een projectmodus, met een gespecialiseerd team, trainers, technische ondersteuning en een managementteam. Voor elk project brengt een stuurgroep de sleutelactoren van het ziekenhuis samen die fungeren als tussenpersoon voor het project naar buiten toe. Tegelijk zorgen per project referenten (arts, verplegend personeel en secretariaat) voor de verspreiding van de informatie.

Tot op heden heeft de operatie bijna 11 miljoen Euro gekost aan investeringen in de implementatie van de drie belangrijkste programma's (van 2003 tot 2007) en bijna 5,5 miljoen Euro voor de implementatie van specifieke toepassingen (2008). Dit is 70% van de totale investering die het project nodig heeft tot de voltooiing in 2013.

De informatisering van de ziekenhuizen is één van de basisvereisten voor de hervorming van de gezondheidssector om de uitdagingen van de sector aan te kunnen, voor zover de financiële obstakels worden overwonnen en de actoren worden aangespoord tot een nieuwe dynamiek die voor iedereen gunstig is.

Informatisering: een voorwaardelijke opportuniteit?

De ontwikkelingen in de informatica lijken steeds meer mogelijkheden te bieden. Er worden virtuele gemeenschappen gecreëerd rond gespecialiseerde thema's zoals chronische ziekten en actoren uit verschillende domeinen worden samengebracht (Riziv, verzekeringsmaatschappijen, zorgverstrekkers, patiënten, enz.). In zekere zin zorgt elke technologische ontwikkeling

Het doel van de informatisering is een betere kwaliteit van de zorgen, duidelijke procedures voor het personeel... en een verhoogde efficiëntie voor het ziekenhuis.

voor verbetering maar, verduidelijkt **Jean Hermesse**, de Secretaris-Generaal van het Christelijk Ziekenfonds, alles heeft ook zijn keerzijde. De uitwisseling van medische gegevens is beslist bevorderlijk voor een betere behandeling van de patiënt maar gaat ook gepaard met het probleem van de toegankelijkheid en de beveiliging van de gegevens. Op dezelfde manier verhoogt een beter beheer van de administratieve en financiële gegevens de efficiëntie en het rationele gebruik van de middelen maar men mag de kosten voor personeel, opleiding en software door de steeds sneller verouderde programma's niet over het hoofd zien. En dit is zonder de niet geschikte organisatorische en reglementaire processen mee te tellen... De informatisering vergemakkelijkt de samenwerking en de toegankelijkheid van de zorgverstrekkers maar ze leidt ook tot een dematerialisatie van de menselijke contacten.

Om de informatisering te doen slagen, moet men strategische prioriteiten opstellen, het aantal projecten beperken, de projecten plannen op korte, middellange en lange termijn en tot slot iedereen mobiliseren in dezelfde richting.

Jean Hermesse



María Del Mar Negreiro Achiaga



Aangezien de gezondheidszorgsector gekenmerkt wordt door een grote diversiteit en een groot aantal actoren, is overleg en coördinatie tussen hen zeker niet evident. De oprichting van 'carenet' (een platform voor gegevensuitwisseling tussen de verzekeringsinstellingen en de dienstverleners in het ziekenhuis) in samenwerking met het Riziv heeft veel coördinatie gevergd en de voorziene termijnen moesten soms worden aangepast. Uit deze ervaring moeten een aantal lessen getrokken worden voor toekomstige ontwikkelingen: a) er moeten strategische prioriteiten opgesteld en gerangschikt worden in functie van hun belangrijkheid; b) het aantal informaticaprojecten moet beperkt worden; c) elk project moet gepland worden op korte, middellan-

ge en lange termijn om de budgetten te beheersen en de stabiliteit en de continuïteit van de projecten te verzekeren; d) iedereen moet in dezelfde richting communiceren en bewegen.

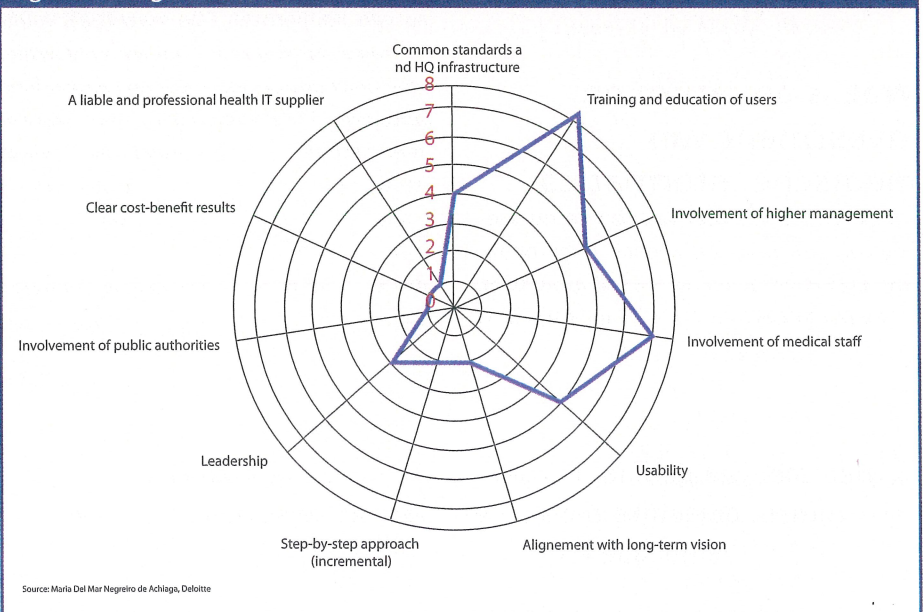
Bovendien, zegt Jean Hermesse, gezien de strategische en financiële uitdagingen en de organisatorische en kwalitatieve impact op de gezondheidszorg, zou het goed zijn dat de overheid een politieke en financiële opvolging van de informatisering van de sector verzekert.

Informatie op het netwerk: onderlinge uitwisseling, subsidiariteit en transparantie

Om een blijvende en geslaagde ontwikkeling van eHealth in de gezondheidszorgsector te verzekeren, moet de aandacht geves-

Een geslaagde ontwikkeling van eHealth vereist de betrokkenheid van de actoren via een veranderingsmanagementproces. Een verandering die begint met een grondige analyse van de behoeften van de gebruikers.

Figuur 1: Waargenomen succesfactoren.



tigd worden op een aantal goede praktijken. In haar presentatie van de studie "eHealth in action. Good practice in european countries" heeft **Maria Del Mar Negreiro Achiaga** (manager, Deloitte) aangetoond dat het belangrijk is om de betrokkenheid van de actoren te verzekeren door het invoeren van een veranderingsmanagementproces. Een verandering die begint met een grondige analyse van de behoeften van de gebruikers, gebaseerd op de **continue** betrokkenheid van alle betrokken partijen in de ontwikkeling van het project en de integratie van hun feedback om de nodige veranderingen aan te brengen aan het vervolg van het proces en om vertrouwen te scheppen tussen de partners (**Figuur 1**).

De oprichting van het *réseau santé wallon* (RSW) is hiervan een modelvoorbeeld. Dr. **Philippe Olivier**, Voorzitter van FRATEM (*Fédération Régionale des Associations de Télématiques Médicales de Wallonie*) en Medisch Directeur in CHC St-Joseph in Luik, benadrukt dat het RSW opgericht werd vanuit de gezamenlijke belangen van de actoren op het terrein rond een gemeenschappelijk project. Dit regionaal platform bestaat uit verschillende bvba's en dekt vandaag 99,14% van de Waalse ziekenhuizen. Het is ontstaan rond de idee van eenzelfde technologie en één enkele interface om de kosten voor de ontwikkeling te drukken door de implementatie van lokale telematische projecten die gedeeld kunnen worden. Een mooi voorbeeld hiervan is een alarmsysteem dat een sms of mail naar de huisarts stuurt wanneer een patiënt op spoed wordt binnengebracht. De huisarts is vrij om te bepalen van welk soort gebeurtenissen hij verwittigd wenst te worden.

Het RSW is ontstaan rond de idee van eenzelfde technologie en één enkele interface om de kosten voor de ontwikkeling te drukken door de implementatie van lokale telematische projecten die gedeeld kunnen worden.

Philippe Olivier



Het RSW is operationeel sinds mei 2010 en moet een veilige uitwisseling van patiëntengegevens mogelijk maken tussen de verschillende zorgverstrekkers die toegang hebben tot de voorgeschiedenis van de patiënt, op voorwaarde dat 1) de patiënt zijn toestemming heeft gegeven; 2) er een therapeutische band bestaat tussen de patiënt en de zorgverstrekker; 3) de zorgverstrekker geïnformatiseerd is; en tot slot 4) de server van het ziekenhuis borg staat. Eén van de bijzonderheden van het RSW is immers dat het strikt genomen een platform voor gegevensuitwisseling is, dit wil zeggen dat het geen enkel document opslaat maar toegang verleent tot documenten die ondergebracht zijn in de ziekenhuizen. Op dit moment zijn enkel de ziekenhuizen met elkaar gekoppeld maar er is een interface met de huisartsen voorzien en, meer algemeen, in overeenstemming met de profilering van de bvba van FRATEM, met alle geïnteresseerde zorgverstrekkers (geneesheer-specialisten buiten het ziekenhuis, laboratoria, beeldvormingscentra enz.).

De coördinatie van de verschillende lokale bvba's in FRATEM beantwoordt aan de nood aan representativiteit en transparantie van de lokale actoren die het RSW project hebben opgericht. Naast transparantie streeft dit project ook naar twee andere principes die een bijzondere impact hebben gehad op de ontwikkeling van het RSW: subsidiariteit en onderlinge uitwisseling.

Het principe van subsidiariteit is een belangrijke missie van het RSW, namelijk

voorzien in een lokale context met lokale actoren om de continuïteit van de zorgen te verzekeren, de kosten te drukken, vooral van dubbele onderzoeken, en de kwaliteit van de zorgen te verbeteren. Dit blijkt uit de informatica-architectuur van het RSW, ontwikkeld met regionale hubs maar met het hart van de informatica in Charleroi. Het derde principe, onderlinge uitwisseling, heeft een homogene verspreiding van het Waalse gezondheidsnetwerk mogelijk gemaakt. De verschillende deelnemende ziekenhuizen hebben aan FRATEM het budget overgemaakt dat hen werd toegekend in het BFM (Budget van Financiële Middelen) voor IT-ontwikkeling. Hierdoor kon de bvba meer middelen geven aan minder geavanceerde ziekenhuizen of ziekenhuizen met een zwaardere investeringslast.

De succesfactoren van het Waalse gezondheidsnetwerk zijn ook de basisprincipes: transparantie, subsidiariteit en delen van de middelen.

Bart Sijnave



De structuur van het RSW is klaar en de ziekenhuizen en de zorgverstrekkers wachten met ongeduld op de uitvoering: het succes van het RSW hangt nu af van het vertrouwen en de medewerking van de patiënten. In dit opzicht werd behalve de beveiliging van de uitwisselingen die met suc-

ces werd getest, een ombudsman voorzien en een web portal voor de patiënten om hun gegevens te volgen. Dit zou de meeste Walen over de streep moeten trekken.

Professor dokter **Bart Sijnave**, CIO van het UZ Gent, heeft het Gents Ziekenhuis Overleg (GZO) voorgesteld, de eerste portal voor de uitwisseling van patiënteninformatie tussen vier onafhankelijke ziekenhuizen en de artsen in hun verzorgingsgebied. Deze portal was de voorloper van het concept 'meta-hub/hubs' dat later werd overgenomen om het federaal eHealth-platform te ontwikkelen. Het uitgangspunt van de idee van het GZO is gebaseerd op de overtuiging dat het nodig was om alle zorgactoren met elkaar in contact te brengen om een goede continuïteit van de zorgen te kunnen verzekeren. Dit impliceerde dat men *intra muros* moest evolueren van het *Clinical workstation* naar het Elektronische Patiëntendossier (EPD). Men moest eveneens overgaan van het EPD als hulpmiddel voor de clinicus, in als het ware de papieren versie, naar een uitwisselingsplatform tussen verschillende deelnemers. In eerste instantie heeft het UZ Gent *intra muros* een functioneel EPD 1.0 gemaakt om de functionaliteit in 2005 vervolgens *extra muros* uit te breiden naar de samenwerkende ziekenhuizen. De tweede versie van het elektronisch patiëntendossier (2008) stelde vervolgens dezelfde gegevens en gegevensbronnen ter beschikking van de zorgverstrekkers en actoren buiten de regio zodat er een echt continuüm kon gevormd worden rond de patiënt. Vandaag brengt de portal meer dan 400 huisartsen, meer dan 1.000 specialisten en 5.000 patiënten bijeen. Er komen nog vier ziekenhuizen bij en het zal ook ingevoerd worden in West-Vlaanderen.

Om het platform operationeel en conform de wettelijke voorschriften te maken, is het voorzien van een aantal specificiteiten zoals de toestemming van de patiënt en de veiligheid zowel op het vlak van infrastruc-

De portal van het GZO was de voorloper van het concept 'meta-hub/hubs' dat later werd overgenomen om het federaal eHealth platform te ontwikkelen.

tuur als op het vlak van communicatie. Het platform is nu eindelijk open: het stelt internetdiensten voor en werd ontwikkeld in Kmehr-bis (*Kind Messages for Electronic Healthcare Records*) om de comptabiliteit te verzekeren met andere systemen waaronder het toekomstige eHealth platform.

Compatibiliteit en vereenvoudiging van de flux: op zoek naar stabiele uitwisselingsstructuren

Als men de uitwisseling wil bevorderen en de samenwerking tussen actoren wil versterken dan moeten de systemen absoluut op elkaar afgestemd worden en moet de communicatie tussen deze systemen verbeterd worden. We moeten vandaag echter vaststellen dat er een zekere anarchie heerst die onverenigbaar is met deze doelstelling. Dokter **André Vandenberghe**, CIO in het CHU van Charleroi, zei dat het afstemmen van de informaticasystemen op de systemen ontwikkeld door de overheid vooral een kwestie is van een probleem met de vinger te wijzen: de overheid verzamelt steeds meer gegevens van artsen via webapplicaties (smureg, ecartnet, kankerregister enz.), die ontwikkeld werden zonder rekening te houden met de klinische en organisatorische behoeften eigen aan een ziekenhuis. Daarbij verschuift men de taak van het coderen naar de ziekenhuizen die

de gegevens liever zouden registreren in de zorgcontext om de informatie vervolgens te exporteren naar de verschillende instanties zonder dat ze opnieuw gecodeerd moeten worden. De uitwisseling van gegevens, zoals die nu gebeurt, door gegevensbestanden of applicaties, maakt gebruik van formats, beveiligingstechnieken en verschillende nomenclaturen. Deze manier van werken heeft, behalve het extra werk die het met zich meebrengt, als collateraal gevolg dat de vorming van een coherent institutioneel patiëntendossier in gevaar wordt gebracht omdat men door deze verschillende applicaties (vaak gelinkt aan het rijksregisternummer) eigenlijk een "verdeeld" patiëntendossier krijgt door de "opstapeling van opeenvolgende onderdelen", benadrukt dokter Vandenberghe.



Om administratieve overlast te vermijden en een coherent patiëntendossier te kunnen samenstellen dat nuttig is voor de verschillende actoren, moeten er op federaal niveau processen uitgewerkt worden die het mogelijk maken van een patiëntendossier samen te stellen dat gedeeld kan worden. Hierbij moet men minstens "1) een gemeenschappelijke referentiearchitectuur bepalen die georganiseerd is rond een bepaald dossier (rond *sumehr* – *SUM*marized *E*lectronic *H*ealthcare *R*ecord – bijvoorbeeld), een referentie-index (zoals het *hubs*-*metahubs* project) en gestandaardiseerde mechanismen voor gegevensuitwisseling; 2) gemeenschappelijke nomenclaturen gebruiken (*snomed*, *loinc*, enz.); 3) een overlegstructuur oprichten

Om administratieve overlast te vermijden en een coherent patiëntendossier te kunnen samenstellen dat nuttig is voor de verschillende actoren, moeten er op federaal niveau processen uitgewerkt worden die het mogelijk maken om een patiëntendossier samen te stellen dat gedeeld kan worden.

waarin de verschillende actoren een strategie voor de gegevensuitwisseling kunnen bespreken die rekening houdt met ieders belangen”.

Het eHealth-platform gaat deze richting uit. Het ontwikkelt basisdiensten, die evenwel nog redelijk ver verwijderd blijven van de complexiteit eigen aan de uitwisseling van medische gegevens. Maar het stelt ook een sumehr ter beschikking, moedigt de huisartsendossiers aan en standaardiseert bepaalde uitwisselingen via het 'hubs-metahub'-project. En tot slot heeft het platform ook een eerste ontwerp van een overlegstructuur gemaakt, de G19 waarbinnen de regionale netwerken de harmonisatie van hun modaliteiten voor het delen van informatie bespreken in bijzijn van de autoriteiten, namelijk het Riziv, de ziekenfondsen of de FOD. Men zou nog een stap verder kunnen gaan, waarbij de autoriteiten het overleg ook openstellen voor lopende projecten om ze enerzijds samen te bespreken met de eindgebruikers en anderzijds de problematiek aan te kaarten van een "patiëntendossier dat – gedeeltelijk – kan gedeeld worden op federaal niveau”.

Zolang de structuur van de gegevensuitwisseling niet duidelijk en voldoende evenwichtig bepaald is, is het inderdaad moeilijk voor de ziekenhuisinstellingen om te investeren in het afstemmen van hun informatiesysteem op het federale kader.

Het vastleggen van een duidelijke structuur voor de gegevensuitwisseling zou alle actoren ten goed komen omdat ze de overdracht van gegevens aanzienlijk zou vergemakkelijken en daardoor de administratieve flux zou vereenvoudigen. Deze vereenvoudiging is des te meer nodig gezien de vele en complexe gegevens en de grote financiële uitdagingen. De administratieve complexiteit heeft een gecijferde kost van 1,72% van het BBP, dit is 5,92 biljoen Euro, aldus dokter **Jean-Paul Dercq**, geneesheer-inspecteur-generaal bij de directie Research and Development van het Riziv.

De administratieve vereenvoudiging, die goed werd ingezet onder impuls van het Riziv in samenwerking met Carenet en de zorgverstrekkers, wil de tijd en het geld dat wordt besteed aan de uitvoering van organisatorische taken verminderen. In het kader van de informatisering is dit geen sim-

Jean-Paul Dercq



Vereenvoudiging houdt in dat het proces in zijn geheel herbekeken wordt, dat de gegevens hergebruikt kunnen worden en bijgevolg een technische en semantische compatibiliteit maar ook het gebruik van gemeenschappelijke middelen of de integratie van gegevens in complexere processen.

pele overdracht van papieren data in digitale gegevensstromen maar houdt dit in dat het proces in zijn geheel herbekeken wordt, op een zodanige manier dat de gegevens gebruikt en hergebruikt kunnen worden. Om deze vereenvoudiging te doen slagen, moet er bovendien een consensus komen tussen de verschillende partners opdat deze vereenvoudiging iedereen ten goede zou komen. Dit wil zeggen dat ze geen verschuiving van de werklast mag zijn. Dit veronderstelt, zoals eerder gezegd, technische en semantische compatibiliteit, maar ook het gebruik van gemeenschappelijke beschikbare hulpmiddelen, de integratie van gegevens in complexere processen, veiligheid en een hogere uitvoeringssnelheid.

Vanuit dit standpunt ontwikkelt het eHealth-platform basisdiensten voor gebruikers (artsen, patiënten) met een beperkte/

geauthentificeerde toegang, meestal via de elektronische identiteitskaart of een token. Onder andere online-opslag en registratie van gegevens, toegang tot verschillende databases (geneesmiddelen, professionals, patiënten), data stamping, e-mail voor professionals...

Het platform biedt ook diensten aan met een onmiddellijke toegevoegde waarde, zoals e-prescriptie (geneesmiddelen, medische beeldvorming, laboratorium, enz.), vereenvoudigde administratieve processen (terugbetalingsakkoorden, verklaringen), facturatie, codering van patiëntengegevens in specifieke registers (kanker, artritis, orthopedie, medical devices), besluitvormingsondersteuning, e-monitoring, opslag van gegevens, enz. Al deze toepassingen die het beleidsproces kunnen verbeteren en de flux van administratieve gegevens kunnen vereenvoudigen, zouden zeer snel een verlenging moeten vinden in andere toepassingen die geïntegreerd kunnen worden en compatibel zijn met andere systemen van gegevensuitwisseling, regionaal en federaal.

Conclusie

De informatisering van de ziekenhuizen, die voor belangrijke uitdagingen staan met betrekking tot de kwaliteit en de continuïteit van de zorgen, de uitwisseling en de samenwerking tussen de verschillende actoren maar ook het procesmanagement en het uitgavenbeheer, veranderen zowel de manier waarop informatie wordt bekeken, gedeeld en gebruikt als de onderlinge verhoudingen tussen de actoren. Daarom moet het gehele proces, de objectieven en de finaliteiten, beheerd worden door strategische prioriteiten te bepalen met de actoren op basis van hun behoeften. ■