

PROREC-BE VZW

Annual Report 1998

Prorec-BE VZW
Het Moorhof
Hazenakkerstraat 20
B-9520 Zonnegem
Belgium

Tel: +32 53 62 95 45
Fax: +32 53 62 95 55

ilse@landc.be

1. TABLE OF CONTENTS

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | TABLE OF CONTENTS..... | 2 |
| 2. | THE PROREC PROJECT..... | 7 |
| 2.1 | WHERE IT ALL STARTED..... | 7 |
| 2.2 | AIMS AND OBJECTIVES | 9 |
| 2.3 | THE CREATION OF NATIONAL PROREC CENTRES..... | 9 |
| 2.3.1 | <i>Independence from any actor</i> | <i>9</i> |
| 2.3.2 | <i>Deep understanding of the domain and all actors playing in it.....</i> | <i>11</i> |
| 2.3.3 | <i>Being recognised as a trustworthy party</i> | <i>11</i> |
| 2.3.4 | <i>Easy contact - Flexibility.....</i> | <i>11</i> |
| 3. | PROREC-BE VZW | 13 |
| 3.1 | MISSION AND OBJECTIVES..... | 13 |
| 3.2 | ELECTRONIC HEALTHCARE RECORDS IN BELGIUM..... | 13 |
| 3.3 | OPERATIONAL PRINCIPLES | 15 |
| 3.4 | ORGANISATIONAL STRUCTURE (PER DEC 1998)..... | 16 |
| 4. | THE PROREC-BE DEVELOPERS FORUM..... | 18 |
| 4.1 | INTRODUCTION..... | 18 |
| 4.2 | AIMS AND OBJECTIVES | 19 |
| 4.3 | MEMBERSHIP | 20 |
| 4.3.1 | <i>Membership conditions and privileges for industry</i> | <i>20</i> |
| 4.3.2 | <i>1998 Industrial Membership.....</i> | <i>21</i> |
| 4.3.3 | <i>Non-member participation.....</i> | <i>21</i> |
| 4.4 | MINUTES OF THE VENDORS/DEVELOPERS MEETING, 03/03/98..... | 22 |
| 4.4.1 | <i>Present.....</i> | <i>22</i> |
| 4.4.2 | <i>Excused.....</i> | <i>22</i> |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.4.3 | Acceptance of the agenda and previous minutes | 22 |
| 4.4.4 | Results of the Technical Working Group “Common Data Dictionary” | 22 |
| 4.4.5 | Results of the Technical Working Group “Coding tables for Clinical Laboratories” .. | 22 |
| 4.4.6 | Pharmaceutical Industry Forum..... | 23 |
| 4.4.7 | Vendor priorities related to the “functional specifications for EHCR” as defined by the group “Olga Van de Vloed” | 24 |
| 4.4.8 | Next meeting:..... | 24 |
| 4.5 | MINUTES OF THE VENDORS/DEVELOPERS MEETING, 12/05/98..... | 24 |
| 4.5.1 | Present..... | 24 |
| 4.5.2 | Excused..... | 25 |
| 4.5.3 | Acceptance of the agenda and previous minutes. | 25 |
| 4.5.4 | Collaboration with the VHI in a project on preventive medicine. | 25 |
| 4.5.5 | Results of the Technical Working Group “Common Data Dictionary” | 25 |
| 4.5.6 | Results of the Technical Working Group “Coding tables for Clinical Laboratories” .. | 25 |
| 4.5.7 | Activities in other PROREC fora. | 27 |
| 4.5.8 | Meeting Working Group “Dercq” | 27 |
| 4.5.9 | Drafting of technical specifications related to the “functional specifications for EHCR” as defined by the group “Olga Van de Vloed” | 27 |
| 4.5.10 | Discussion of the SSMG/ITIM documents on “minimal GP record”. | 27 |
| 4.5.11 | TEN Telecom proposal. | 27 |
| 4.5.12 | General Assembly. | 27 |
| 4.5.13 | 11. Next meeting:..... | 27 |
| 4.6 | MINUTES OF THE VENDORS/DEVELOPERS MEETING, 22/09/98 | 27 |
| 4.6.1 | Present..... | 27 |
| 4.6.2 | Excused..... | 28 |
| 4.6.3 | Acceptance of the previous minutes and the agenda. | 28 |
| 4.6.4 | Activities in other PROREC fora:..... | 28 |
| 4.6.5 | Drafting of technical specifications related to the “functional specifications for EHCR” as defined by the group “Olga Van de Vloed”. Current status: | 29 |
| 4.6.6 | Results of the Technical Working Group “Common Data Dictionary” and “Belrec” proposal..... | 30 |
| 4.6.7 | Results of the Technical Working Group “Coding tables for Clinical Laboratories” .. | 31 |
| 4.6.8 | “EMDMI” | 32 |
| 4.6.9 | Any other business:..... | 32 |
| 4.6.10 | Next meeting:..... | 32 |
| 4.7 | MINUTES OF THE VENDORS/DEVELOPERS MEETING, 24/11/98 | 32 |
| 4.7.1 | Present..... | 32 |
| 4.7.2 | Excused..... | 32 |
| 4.7.3 | Welcome and introduction of the participants..... | 33 |
| 4.7.4 | Acceptance of the previous minutes and the agenda. | 33 |
| 4.7.5 | Activities in other PROREC fora:..... | 33 |
| 4.7.6 | Results of the Technical Working Groups | 34 |
| 4.7.7 | Convention PROREC-BE - Ministry..... | 34 |
| 4.7.8 | “EMDMI” | 35 |
| 4.7.9 | “Belrec” proposal:..... | 35 |
| 4.7.10 | Interprise European Commission | 36 |
| 4.7.11 | Election members Management Board..... | 36 |
| 4.7.12 | Home telecare | 36 |
| 4.7.13 | Next meeting:..... | 36 |
| 5. | THE PROREC-BE HOSPITAL FORA | 37 |
| 5.1 | INTRODUCTION | 37 |
| 5.2 | AIMS AND OBJECTIVES | 38 |
| 5.3 | MEMBERSHIP | 38 |
| 5.3.1 | Membership conditions and privileges | 38 |
| 5.3.2 | Current membership Dutch speaking Hospital Forum..... | 39 |
| 5.3.3 | Non-member participation..... | 40 |
| 5.3.4 | Current membership French speaking Hospital Forum..... | 40 |
| 5.3.5 | Non-member participation..... | 41 |
| 5.4 | MINUTES OF THE DUTCH SPEAKING HOSPITAL FORUM MEETING 12/03/98 | 41 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 5.4.1 | Aanwezig..... | 41 |
| 5.4.2 | Verontschuldigd..... | 41 |
| 5.4.3 | Goedkeuring verslag vorige vergadering en agenda..... | 42 |
| 5.4.4 | Verslag activiteiten betreffende andere fora..... | 42 |
| 5.4.5 | Verslag technische werkgroep "labo"..... | 43 |
| 5.4.6 | Overheidscommissies..... | 43 |
| 5.4.7 | Discussie rond activiteiten 1998..... | 44 |
| 5.4.8 | Volgende vergadering..... | 45 |
| 5.5 | MINUTES OF THE FRENCH SPEAKING HOSPITAL FORUM MEETING 10/03/98..... | 45 |
| 5.5.1 | Present..... | 45 |
| 5.5.2 | Excused..... | 46 |
| 5.5.3 | Election of Board members and representatives | 46 |
| 5.5.4 | Activities in other Prorec Fora..... | 46 |
| 5.5.5 | Activities of the Forum..... | 46 |
| 5.5.6 | Next meeting:..... | 47 |
| 5.6 | MINUTES OF THE FRENCH AND DUTCH SPEAKING HOSPITAL FORA MEETING 03/11/98..... | 47 |
| 5.6.1 | Présents | 47 |
| 5.6.2 | Excusés | 47 |
| 5.6.3 | Introduction : Dr. W. Ceusters Président PROREC-BE..... | 47 |
| 5.6.4 | Présentation du document de réflexion- Dr. Marc Bangels | 48 |
| 6. | THE PROREC-BE GENERAL PRACTITIONERS FORA..... | 59 |
| 6.1 | INTRODUCTION | 59 |
| 6.2 | AIMS AND OBJECTIVES | 60 |
| 6.3 | MEMBERSHIP | 61 |
| 6.3.1 | Membership conditions and privileges..... | 61 |
| 6.3.2 | Current membership Dutch speaking General Practitioners Forum: | 61 |
| 6.3.3 | Non-member participation: | 61 |
| 6.3.4 | Current membership French speaking General Practitioners Forum:..... | 62 |
| 6.3.5 | Non-member participation: | 62 |
| 6.4 | DISCUSSIE OVER DE OPRICHTING VAN EEN NEDERLANDSTALIG HUISARTSEN FORUM -PROREC-BE VZW. VERSLAG VAN EEN VERGADERING BIJÉÉNGEROEPEN DOOR PROREC-BE VZW, HET MOORHOF, ZONNEGEM, 28/2/98, 14.00-17.00..... | 63 |
| 6.4.1 | Aanwezig..... | 63 |
| 6.4.2 | Voorstelling van het Prorec-project en de vzw Prorec-BE..... | 63 |
| 6.4.3 | Voorstel voor de oprichting en werking van het Nederlandstalig Prorec-Be HuisartsenForum..... | 65 |
| 6.5 | VERSLAG VAN DE OPRICHTINGSVERGADERING VAN HET VLAAMS EERSTELIJNSFORUM - PROREC-BE VZW 18/04/98..... | 66 |
| 6.5.1 | Aanwezig..... | 66 |
| 6.5.2 | Berichten en faxen | 67 |
| 6.5.3 | Schetsing van de situatie door Dr. O. Van de Vloed..... | 67 |
| 6.5.4 | Uiteenzetting van Dr. J. Strobbe over de Commissie Telematica..... | 68 |
| 6.5.5 | Uiteenzetting door Dr. W. Ceusters..... | 68 |
| 6.5.6 | Discussie..... | 69 |
| 6.5.7 | Volgende vergadering..... | 70 |
| 6.6 | VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET VLAAMS EERSTELIJNSFORUM - PROREC-BE VZW 11/6/98..... | 70 |
| 6.6.1 | Aanwezig..... | 70 |
| 6.6.2 | Vorig verslag | 71 |
| 6.6.3 | Lidmaatschap Prorec..... | 71 |
| 6.6.4 | Opstellen reglementen voor intern gebruik - aanvulling statuten Prorec..... | 71 |
| 6.6.5 | Doelstelling van de groep - Wat zijn ieders verwachtingen | 72 |
| 6.6.6 | Concreet: Samenstelling van werkgroepen | 73 |
| 6.6.7 | Volgende vergadering..... | 73 |
| 6.7 | VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET VLAAMS EERSTELIJNSFORUM - PROREC-BE VZW 9/9/98..... | 73 |
| 6.7.1 | Aanwezig..... | 73 |
| 6.7.2 | Verontschuldigd..... | 74 |
| 6.7.3 | Vorig verslag | 74 |

| | | |
|----------|--|----|
| 6.7.4 | <i>Lidmaatschap Prorec</i> | 74 |
| 6.7.5 | <i>Stand van zaken werkgroep Prorec-In (L. Pas)</i> | 74 |
| 6.7.6 | <i>Stand van zaken werkgroep Prorec-Out (M. Nyssen)</i> | 74 |
| 6.7.7 | <i>Samenwerking met het Franstalig Huisartsenforum</i> | 75 |
| 6.7.8 | <i>Huishoudelijk reglement</i> | 75 |
| 6.7.9 | <i>Vraag vanuit het BCFI</i> | 75 |
| 6.7.10 | <i>Conventie Prorec - Ministerie</i> | 76 |
| 6.7.11 | <i>Prorec-secretariaat</i> | 76 |
| 6.8 | VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET VLAAMS EERSTELIJSFORUM - PROREC-BE VZW | |
| 10/11/98 | | 76 |
| 6.8.1 | <i>Aanwezig</i> | 76 |
| 6.8.2 | <i>Verontschuldigd</i> | 77 |
| 6.8.3 | <i>Vorig verslag</i> | 77 |
| 6.8.4 | <i>Stand van zaken werkgroep Prorec-Out (M. Nyssen)</i> | 77 |
| 6.8.5 | <i>Stand van zaken werkgroep Prorec-In (L. Pas)</i> | 77 |
| 6.8.6 | <i>Samenwerking met het Franstalig Huisartsenforum</i> | 78 |
| 6.8.7 | <i>Huishoudelijk reglement</i> | 78 |
| 6.8.8 | <i>Conventie Prorec - Ministerie</i> | 78 |
| 6.8.9 | <i>Prorec-secretariaat (I. Delfosse)</i> | 78 |
| 6.8.10 | <i>Volgende vergadering</i> | 78 |
| 6.9 | PROCES-VERBAL DE LA REUNION PROREC - FORUM FRANCOPHONE DES | |
| | GENERALISTES UTILISATEURS DE DOSSIERS MEDICAUX ELECTRONIQUES DU 31 | |
| | JANVIER 1998 | 79 |
| 6.9.1 | <i>Présents</i> | 79 |
| 6.9.2 | <i>Excusés:</i> | 79 |
| 6.9.3 | <i>PROCES -VERBAL DE LA REUNION DU 06/12/1997 A NAMUR</i> | 80 |
| 6.9.4 | <i>SUIVI DES ACTIONS ENTREPRISES</i> | 80 |
| 6.9.5 | <i>DEFINITION D'UNE METHODE DE TRAVAIL ET PRIORITES</i> | 82 |
| 6.9.6 | <i>NOUVELLES DE PROREC ET NOMINATION D'UN REPRESENTANT AU C.A. DE PROREC</i> | 83 |
| 6.9.7 | <i>NOUVELLES DE LA COMMISSION CREE AU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</i> | 83 |
| 6.9.8 | <i>DIVERS</i> | 83 |
| 6.10 | COMPTE - RENDU DE LA REUNION DU 28 MARS 1998 - FORUM FRANCOPHONE | |
| | PROREC DES MEDECINS GENERALISTES UTILISATEURS DE DOSSIERS MEDICAUX ELECTRONIQUES. . | 84 |
| 6.10.1 | <i>Présents</i> | 84 |
| 6.10.2 | <i>Excusés</i> | 84 |
| 6.10.3 | <i>Approbation du P.V. de la réunion du 31/01/98</i> | 84 |
| 6.10.4 | <i>Suivi du Manifeste des généralistes</i> | 84 |
| 6.10.5 | <i>Présentation des résultats obtenus par E- mail pour les items du texte du Cabinet de M. COLLA relatif aux fonctions du dossier médical général / Approbation des consensus et discussion des points litigieux</i> | 85 |
| 6.10.6 | <i>Nouvelles de PROREC et de son C.A</i> | 86 |
| 6.10.7 | <i>Nouvelles de la Commission DME du Ministère de la Santé Publique.</i> | 86 |
| 6.10.8 | <i>Divers</i> | 87 |
| 6.11 | COMPTE - RENDU DE LA REUNION DU 20 JUIN 98 - FORUM PROREC | |
| | FRANCOPHONE MEDECINS UTILISATEURS DE DOSSIERS MEDICAUX | |
| | ELECTRONIQUES | 87 |
| 6.11.1 | <i>PRESENTS</i> | 87 |
| 6.11.2 | <i>EXCUSES</i> | 87 |
| 6.11.3 | <i>Approbation du compte - rendu de la réunion du 28/03/98 et discussion informelle des points d'actualité.</i> | 88 |
| 6.11.4 | <i>Présentation des résultats obtenus par les items envoyés par e - mail (voir annexe)</i> 89 | |
| 6.11.5 | <i>Approbation définitive des consensus et discussion des autres points</i> | 89 |
| 6.11.6 | <i>Critères élaborés pour le Forum PROREC des développeurs : commentaires à l'intention du groupe de travail EMDMI</i> | 90 |
| 6.11.7 | <i>Nouvelles de PROREC</i> | 92 |
| 6.11.8 | <i>DIVERS</i> | 92 |
| 6.11.9 | <i>ANNEXES</i> | 92 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 6.12 | COMPTE - RENDU DE LA REUNION DU FORUM PROREC DES GENERALISTES | |
| | FRANCOPHONES UTILISATEURS DE DMI DU 19 /09/98 | 92 |
| 6.12.1 | <i>Présents</i> | 92 |
| 6.12.2 | <i>Excusés</i> | 93 |
| 6.12.3 | <i>Approbation du compte - rendu de la réunion du 20 juin 1998</i> | 93 |
| 6.12.4 | <i>Présentation des résultats obtenus pour les items envoyés par e- mail</i> | 93 |
| 6.12.5 | <i>Approbation définitive des consensus et discussion des autres points</i> | 93 |
| 6.12.6 | <i>Item s 27, 28, 29 2.5. : décision</i> | 95 |
| 6.12.7 | <i>Nouvelles de PROREC et de la Commission EMDMI</i> | 95 |
| 6.13 | COMPTE - RENDU DE LA REUNION DU FORUM PROREC DES GÉNÉRALISTES | |
| | FRANCOPHONES UTILISATEURS DE DMI DU 21/11/98..... | 96 |
| 6.13.1 | <i>Présents</i> | 96 |
| 6.13.2 | <i>les Drs : P.TARPAKATI (UFM), M.ROLAND (CUMG-ULB), F.MAMBOURG (Médiateur), V.FORMATO (CECIM), M. HUBERT (CEDIMHO) P. DEPLAEN (FORUM des Médecins), P.J. BRUWIER (UFM), J. DE BEULE (Eerstelijnsforum), I. DELFOSSE (PROREC - Be).</i> | 96 |
| 6.13.3 | <i>Excusés</i> | 96 |
| 6.13.4 | <i>Approbation du compte - rendu de la réunion du 19 septembre 1999</i> | 96 |
| 6.13.5 | <i>Présentation des résultats obtenus pour les items envoyés par e- mail</i> | 96 |
| 6.13.6 | <i>Approbation définitive des consensus et discussion des autres points</i> | 96 |
| 6.13.7 | <i>Discussion des nouveaux items concernant la récolte des données à des fins épidémiologiques</i> | 96 |
| 6.13.8 | <i>Nouvelles de PROREC et de la Commission EMDMI</i> | 96 |
| 6.13.9 | <i>Conseil d'administration de PROREC :</i> | 97 |
| 6.13.10 | <i>Home Telecare : Un projet de l'état fédéral avec la participation de PROREC-BE</i> . | 97 |
| 6.13.11 | <i>Divers</i> | 97 |
| 7. | THE PROREC-BE PHARMACEUTICAL INDUSTRY FORUM..... | 98 |
| 7.1 | INTRODUCTION | 98 |
| 7.2 | AIMS AND OBJECTIVES | 98 |
| 7.3 | MEMBERSHIP | 98 |
| 7.3.1 | <i>Membership conditions and privileges for Pharmaceutical Industry</i> | 98 |
| 7.3.2 | <i>Industrial Membership 1998</i> | 99 |
| 7.3.3 | <i>Meeting 20/04/98:</i> | 99 |
| 8. | EXTERNAL ACTIVITIES | 100 |
| 8.1 | PARTICIPATION IN NATIONAL ACTIVITIES..... | 100 |
| 8.1.1 | <i>Convention between PROREC-BE and the government: Project: "Technical implications relative to the functions of the EHCR" (General Practitioners)</i> | 100 |
| 8.1.2 | <i>Ministerial Working Group EMDMI</i> | 110 |
| 8.1.3 | <i>Geïnformatiseerd praktijkbeheer 2005</i> | 115 |
| 8.1.4 | <i>DWTC-project "Home-Care Medical tele-monitoring and tele-assistance at home"</i> .. | 115 |
| 8.2 | PARTICIPATION IN INTERNATIONAL ACTIVITIES | 116 |
| 8.2.1 | <i>International activities related to the PROREC Project</i> | 116 |
| 8.2.2 | <i>Participation in the Organisation of Eurorec'98</i> | 118 |
| 8.3.1 | <i>National Projects</i> | 119 |
| 8.3.2 | <i>International Projects: TeachHealth</i> | 120 |
| 9. | APPENDIX A: ARTICLES OF ASSOCIATION | 122 |

2. THE PROREC PROJECT

2.1 WHERE IT ALL STARTED

PROREC is a project partially funded by the European Commission through contract HC1110 in the Health Telematics Application Sector, Fourth Framework Programme. It was initiated in February 1996 by partners in five different Member States: SADIEL SA (Spain), Office Line Engineering NV (Belgium), SAPHIS (France), the Information Management Group of NHS (UK), and pHi (Norway).

The foundations of the work have been laid down in the AIM Concerted Action “MEDIREC”, that resulted in the Lisbon Declaration:

It is recommended that the Member States through the Commission promote a framework for action within Europe to further develop common aspects of the Electronic Health Care Records based on the following:

- 1. The EHCR is the nucleus of the relationship between the patient, the HC delivery system and all its professionals. As such, an EHCR should be the core of the new generation of Health Information Systems.**
- 2. The main objective of the use of any EHCR must be to improve quality in care by having the record and its associated information always available for the HC professionals when needed at the point of care.**

3. The use of EHCR's should lead to direct benefits for the professionals by making their work more efficient. This will arise from supporting the diagnostic process, enhancing HCR accuracy and completeness, improving medical knowledge and disease management, and allowing better preventive care and patient handling.

4. Within HC systems, either at European, national, regional or local level, the use of appropriate EHCR's will also contribute to adequate planification and resource management, facilitation of the continuity of care, registration of healthcare interventions, improvement of epidemiological and morbidity information, and hence, a more cost-effective care process.

5. The European citizen shall by means of any EHCR have (1) guaranteed right of access to the HC he is entitled for, (2) right of access to his individual data and related services, (3) the effective protection of his right of free circulation with respect to the confidentiality of his individual data.

6. Further actions and developments on EHCR's should be based upon standards and consensus that ensure interoperability, and allow EHCR's coming from different origins to be reliable, communicable, recognisable and comparable.

7. A role of the Health Telematics European Industry is to tackle the need for the development of new products in a huge growing market, offering the enabling technology to fulfil user requirements. Multimedia, 3D images, interchange formats, message contents, linguistic barriers and suitable user interfaces are among the challenges to be developed in a framework of confidentiality and security for patient data.

8. The use of EHCR's will require the adequate management of "cultural changes" in all parties involved towards, amongst others, technological innovations, patterns of practice, education and training. Active participation of all parties, including European, national, regional and local Health Authorities in the definition and promotion of the use of EHCR's is mandatory.

9. The effective co-operation between all interested parties including users, professionals, authorities, industry, standardisation bodies and others at a European level and through a process of managed convergence towards European EHCR's, would benefit from the set-up of an appropriate Structure based on existing organisations that could promote that mission.

10. In order to achieve these goals and to encompass the future, Member States individually and through the Commission should encourage common efforts and policies through adequate resource allocation, focusing on the European EHCR, and leading us to patient-centred HC systems.

LISBON, December 1994

2.2 AIMS AND OBJECTIVES

The main goal of the PROREC project is to promote and co-ordinate the European wide convergence towards comprehensive, communicable and secure Electronic Healthcare Records (EHCR). This is achieved by co-ordinating and supporting the European Commission's Telematics Applications for Health projects and other initiatives in the area of EHCRs, both nationally and internationally.

The main objective of this initiative is that in a reasonable time scale a "European EHCR" is installed in all Member States such that Health Care data originating from various sources are communicable and understandable. Managing the convergence will be PROREC's main mission, and this will be realised by undertaking **monitoring, assessment and dissemination** activities.

One of the intermediate goals of this purposeful strategy is to ensure that bodies such as CEN/TC251 at the one hand, and EC Informatics programmes at the other hand, meet their purpose of providing standards and highest quality research to enhance the care process for patients and users. But perhaps even more important, PROREC's aim is to reach all actors in the field, such that even the smallest initiative taken "independently" by some organisation, company or user-group, contributes effectively to the common objective.

As a consequence, the PROREC partners developed a workplan by which external areas of waster and inefficiency are minimised, human and financial resources are used effectively, Health Care consequences of given policies and constraints are exposed, and excellence and creative forces are harvested as much as possible.

To achieve its mission, PROREC also incorporates in its strategy awareness of the prenormative and precompetitive requirements, the need to develop and validate standards, the need for ethical products in the Health Care marketplace, and the need for strategic management of the links. This means that much effort in PROREC goes to **co-ordination and concertation**.

2.3 THE CREATION OF NATIONAL PROREC CENTRES

An important part of the PROREC project is the creation of national PROREC centres. The mission of each centre is to improve the availability and use of high quality electronic healthcare records in the region in which it operates. These centres have to comply with a number of principles¹.

2.3.1 Independence from any actor

The mission of a PROREC centre is to satisfy the needs of all actors playing in the electronic healthcare record theatre. This is the best way to ensure the overall objective: the widespread use of electronic healthcare record systems.

Satisfying the needs of various actors is a more difficult task than doing it for just one actor. This is specifically the case when conflicting needs exist. It is obvious that the demands of users differ from those of vendors. To give just one example: what is a "reasonable" price for a system will be judged differently by both players, users trying to minimalise, while vendors trying to maximalise (if not the price of a single system,

¹ PROREC Consortium. Deliverable D6.1: PROREC's recommendations for national PROREC centres, 21/04/97.

then sure their overall revenues). There might be conflicts with respect to the data that governmental bodies would like to obtain from electronic healthcare records (e.g. for cost containment) as compared to what users are willing to register or communicate (the data they generate might lead to governmental decisions that diminish the cost of healthcare by reducing the income of users).

Any conflict of interest of a PROREC centre with respect to a relevant actor should be ruled out. This should be the case from various viewpoints.

2.3.1.1 Commercial independence

A PROREC centre should not be “owned” by or have direct relations with one or a restricted number of commercial companies that act directly on the electronic healthcare record market by developing, selling or providing consultancy for one or a restricted number of electronic healthcare record systems. Ownership by all actors could be acceptable, but this is very difficult to achieve. The same holds for non-commercial entities that are players themselves: governmental institutions, user-groups or associations, etc.

It is better to opt for a legal structure to which the notion of ownership is not applicable. Usually this can be realised by founding the centre as a non-profit organisation.

2.3.1.2 Political independence

Although nowadays national and regional political interest in electronic healthcare records and healthcare telematics is high, a PROREC centre should refrain from being politically coloured. It should see politicians and governmental policy makers as being potential clients rather than instigators or benefactors.

Concerning this issue, a PROREC centre should act as a “bridge” between developers and politicians, making the information flow in both senses, from developers to governmental policy makers and vice versa. Thus a PROREC centre should be a forum where actors in the EHCR domain can freely transmit to governmental institutions their opinions on existing legislation or their suggestions on future legislation as well as other issues.

2.3.1.3 Financial independence

A PROREC centre should be self-supporting. One mechanism (especially during the initiation phase) is to accept grants. Such grants may not imply obligations that are conflicting with the overall objectives of PROREC as a project, or of the national PROREC centre itself.

A PROREC centre may accept membership fees in change for some benefits those members may enjoy as compared to non-members. The benefits and fees must however be defined in such a way that it is not possible to become particularly dependent from one or a restricted number of members.

Financial independence is best guaranteed if the centre operates as a service organisation, being paid primarily for services on demand of interested actors. Nevertheless, this is a delicate aspect because it could be in direct conflict with the “Independence from any actor” issue, but the professionalism of the people that integrate the centre will assure this fact.

2.3.1.4 Social independence

This type of independence applies more to the main actors within the centre (i.e. those people giving the centre a “face”), than the centre itself. Preferably, there should be no personal relationships between the personnel of the centre, and employees of actors to whom services potentially can be delivered. Part-time employees or consultants of the centre, should not be employed by relevant actors for the remainder of their time.

2.3.2 Deep understanding of the domain and all actors playing in it

As one of the main objectives of PROREC is to enhance the use and quality of EHCRs, the personnel of a PROREC centre should have a deep knowledge about the EHCR market and the Health Care sector. This will contribute to reach a complete trustfulness in the statements, recommendations and actions to be taken by the PROREC centre, even though if, at a given time, the actors in the field do not agree with a concrete issue recommended by the centre.

Therefore, selecting the staff that will form part of a PROREC centre is a matter that should be handled carefully.

In this regard, the main reason for this convenient selection is that these skilled people should be able to propose new ideas and solutions to concrete problems, as well as to discuss the various opinions of the actors. Summing up, they should be dynamic actors that contribute to create a reliable environment.

2.3.3 Being recognised as a trustworthy party

This issue is specially interesting mainly for two reasons. The first one is the good name that centres acting for the European Union should always have, the second that it is crucial for a PROREC centre to gain credibility among all actors.

How could a PROREC centre reach such objective? On the one hand, one of the things that would contribute to achieve this endeavour, should be the prestige of the actors, not only the founders but also all those members showing their willingness to participate providing their experience and knowledge.

On the other hand, a PROREC centre should reach as many actors as possible, so then, institutions, public and private organisations, health care organisations, buyers, vendors, members of recognised solvency and credibility, financial support, etc., should be put all together. Also it is essential for a PROREC centre to establish liaisons with standardisation bodies such as CEN/TC 251 Technical Committee. In this concern, in the countries where National Technical Committees that are mirror groups for the CEN/TC 251 are established, a PROREC centre should be in continuous contact with such body. In the opposite sense, countries where the National mirror group has not been established yet, the PROREC centre should be guided by PROREC international.

Finally, a PROREC centre should agglutinate all the existing initiatives in the EHCR field, in this regard, liaisons with other National and European Projects and actions are required too.

2.3.4 Easy contact - Flexibility

A consensus amongst all actors in the field is required. Trying to achieve easy contact amongst them is a task for a PROREC centre, that should be the appropriate forum where national representatives from software engineers and developers, buyers,

vendors, governmental bodies, standardisation bodies, educational bodies and universities, patients, researchers and scientists, come together.

However, the goal of a PROREC Centre is not to oblige actors to impose fixed rules for the context of the EHCR, but flexibility based on consensus and tolerance. The rules that a national centre should recommend will be based on the existing work performed in the rest of the European countries in this domain. On the other hand it will also be adapted to the specific rules of each country. This is why a constant connection with national standardisation bodies is required.

On the other hand, the structure of a PROREC centre should be flexible enough to be a dynamic organisation. It should be able to respond quickly to the possible answers or situations and react to any event. Therefore it should not be a bureaucratic and slow organisation.

3. PROREC-BE VZW

3.1 MISSION AND OBJECTIVES

PROREC-BE VZW has been founded as a non-profit organisation under Belgian Law. The articles of association (cf. Appendix A for an English translation) appeared in the Belgian State Journal of 18 April 1996, with id 8292/96, 94977-60923P. Founding members were Dr. W. Ceusters (contractor in the PROREC project representing Office Line Engineering NV), Prof. Dr. G. De Moor as President of the Belgian Society for Medical Informatics, Drs. C. Van Hellemont and Dr. K. De Rijck.

PROREC-BE VZW's mission is to contribute to the widespread use of high quality electronic healthcare records in Belgium.

3.2 ELECTRONIC HEALTHCARE RECORDS IN BELGIUM

Healthcare Practice Management Systems are available in Belgium since 1984. From the very beginning, there was a clear distinction between systems developed for primary care and those for medical specialities. Contrary to what in most other European countries could be found, many developers of General Practitioner (GP) systems focused on the medical record. At the other hand, practice automation applications such as for billing or text processing are more appreciated by medical specialists.

Over the last few years, the use of computers and electronic healthcare records has evolved gradually. The Eurotop '96 survey revealed that in Belgium 60% of

physicians use a computer in their office (see figure 1). Earlier studies showed that not more than half of them uses an electronic healthcare record system.

The Eurotop survey also revealed that of Belgian physicians using computers:

- 25% don't know what operating system they are using,
- 12% declare an electronic healthcare record system not being important, and only 53% see it as very important (in Greece and Germany this last figure is over 90%!),
- only 3% are very interested in statistical information related to their patients (> 60% in all other member states),
- almost 90 % see in the EHCR a useful tool for sending information to managerial and governmental bodies,

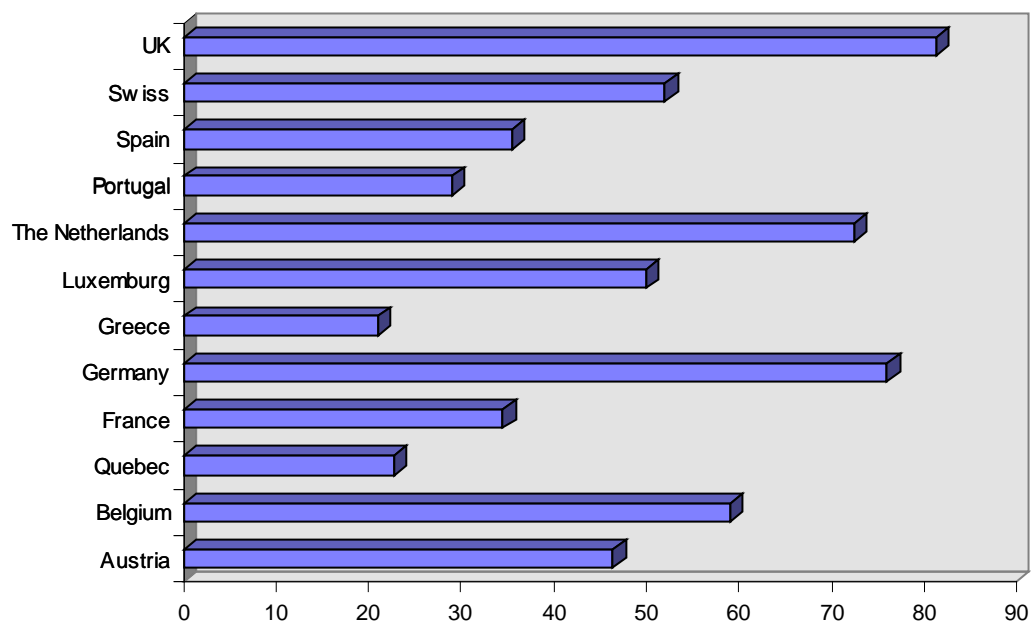


Figure 1: Use of PC's in physician's office (Eurotop '96 survey)

- 66% thinks the exchange of laboratory or hospital related information is important, which is lower than the overall European mean,
- 73% has no interest in access to images (91 % in The Netherlands),
- 76% is not interested in the "info highways"
- 50% of the physicians using a PC, claimed to have an electronic healthcare record system

In August 1997, a local general practitioners association in the region of Antwerp conducted a small-scale survey. Out of the 118 members, of whom 108 were working in a private practice, 63 physicians were found to have a computer. 57 of them

claimed to use this computer professionally, while 48 used an electronic healthcare record system. If we compare these figures with the Eurotop survey, then we see that the penetration of the PC in the physician's office did not change (from 60% to 58%, difference not being significant). On the other hand, the percentage of EHCR usage by PC owners improved dramatically: from 50% to 76%.

3.3 OPERATIONAL PRINCIPLES

PROREC-BE is set up as a national PROREC centre in Belgium. The role of the centre is:

- 1) to collect information related to electronic healthcare records in Belgium
- 2) to bring this information to PROREC International,
- 3) to disseminate recommendations from PROREC International in Belgium, and
- 4) to conduct local initiatives related to the promotion of the widespread use of EHCR's. As such, through co-ordination with PROREC International, optimal information flow and utilisation of resources can be guaranteed.

In detail, the activities can be described as such:

Related to the activities of PROREC International:

- report towards PROREC International on the state of the art regarding medical informatics in the Belgium at a regular basis
- respond to specific demands and questions from PROREC International
- implement European initiated studies in the Belgium
- co-ordinate and implement the accreditation principles of PROREC International in Belgium
- report to the PROREC national centre's members on the activities and achievements of PROREC International at the one hand, and other national PROREC bodies at the other hand.

Related to physicians and other health care workers:

- inform about the various activities going on at both European and Belgian level.
- present continuously a state of the art on electronic healthcare record related issues in the Belgium
- encourage education and training in the domain
- achieve active involvement in the activities of PROREC
- organise consensus formation from the user point of view at national level

Related to electronic healthcare record suppliers and other software developers active in health care

In addition to the objectives mentioned in the previous paragraph:

- inform about the accreditation principles of PROREC International with respect to the elaboration of compatible electronic healthcare records in Europe

- provide national variants on those principles in line with national laws and customs, as well as in line with the demands of all parties involved
- stimulate co-operation between developers such that information exchange between the various systems becomes possible
- organise comparative studies on the functionality's of the systems

Related to governmental and public bodies:

- make the government aware of the low level needs of all parties involved, and show that providing facilities to respond to these needs has a beneficial impact on healthcare expenditure
- participate in governmental programs (both at regional and federal level) related to the domain
- give expert advise and have an impact on governmental policies

Related to citizens:

- draw the attention of the public on how the widespread use of electronic healthcare records will improve the quality of healthcare services, and as a consequence, also their health.

PROREC-BE VZW's main working is organised around a number of fora. The role of a forum is to discuss problems related to that forum internally, and towards other actors externally. Meetings of fora are organised at a regular basis, at least 4 per year, per forum.

3.4 ORGANISATIONAL STRUCTURE (PER DEC 1998)

Currently, activities within PROREC-BE VZW are mainly organised around "forums" (Fig. 1). A forum is a discussion platform for one particular type of actor in the field of healthcare informatics. Up to now, five different forums of have been created: the Developers Forum (13/06/96), the Flemish Hospital Forum (23/10/96), the French speaking General Practitioners Forum (27/09/97), the French speaking Hospital Forum (08/01/98) and the Flemish Primary Care Forum (18/04/98). A Pharmaceutical Industry forum has been initiated, the formal start meeting will be at the beginning of 1999.

The main objective of any particular forum is to reach consensus on priorities and objectives within that particular group. Only this is a solid basis to reach consensus over different actors. The meetings are chaired by a convenor whose main task is to disseminate information coming from other fora or relevant groups and initiatives outside PROREC, and to mediate discussions without taking positions him- or herself.

A daily management board created out of the original founders manages the foundation. A more formal Board of Administrators is created as well, in which also representatives from the various forums have a seat. Its main task is to outline priorities going beyond the responsibilities of each individual forum. In addition, proper allocation of resources is also discussed in these management boards. Only full members of PROREC-BE VZW are entitled to have a seat in the management board. Forum meetings are however open to non-members as well.

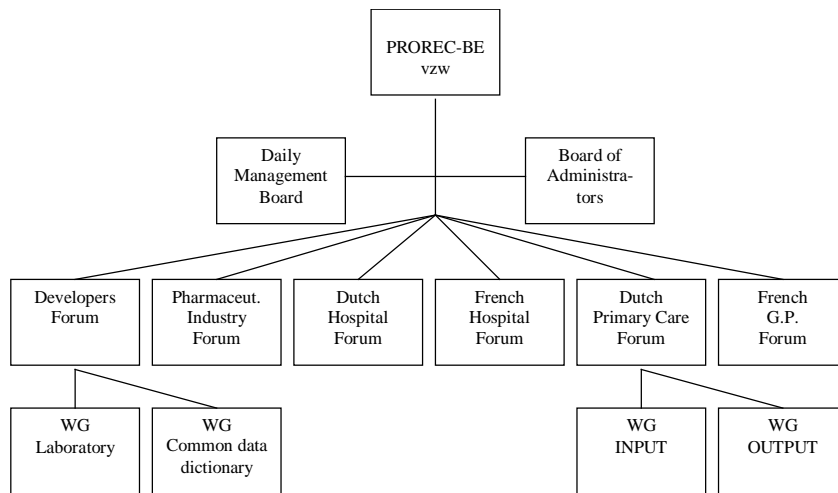


Figure 1: Current organisational structure of PROREC-BE VZW

4. THE PROREC-BE DEVELOPERS FORUM

4.1 INTRODUCTION

The developer forum of PROREC-BE VZW was the first forum to be created. Although most vendors are competitors of each other, and that competition is to a certain extent beneficial for customers, it became clear at a very early stage already that collaboration amongst vendors in principle could be achieved when certain conditions were met. Most vendors are perfectly aware of the strong and weak points of their own products as well as those of the others. In addition, quite a number of products currently available are meeting diverse demands, and are more complementary than just competitive. A common incentive for the vendors is to exploit this complementarity by offering users better solutions through the integration of particular elements of the available products. However, through a serious lack of standards, collaboration amongst vendors and developers in Belgium is currently difficult to achieve. Proposed standards exist only on paper and are yet to be implemented.

At the other hand, several other parties are trying to come out with proposals for standards that are particularly suited to their own needs, but that not necessarily are beneficial for everybody. Hence, there was a perceived need by the vendors to come out with proposals themselves, better than just waiting to have them imposed by others. The PROREC developer forum has been mandated by the vendors to act as a catalyst to make this desire come true.

1998 was an important year for Prorec. In December started a contract between PROREC-BE and the government (Ministry of Health and Social Affairs):

"Technical implications relative to the functions of the EHCR". The objective is to define standardisation elements for the EHCR systems in Belgium in order to promote their quality. This will give GP's new possibilities for an optimal management of patient data. An other objective is to increase and to optimise exchanges between practitioners of different disciplines and between practitioners and public authorities. The use of standards for data transmission has to increase the continuity of patient care. The PROREC-BE developers forum has to transform the functional descriptions (made by the PROREC-BE general practitioners fora) into specified technical descriptions so that the functional descriptions can be implemented objectively and explicitly, and to evaluate their conformity in the software. (cf. External activities, Participation in national activities, Convention).

Fifteen meetings having been organised so far, the developers forum is undoubtedly at cruising speed and some true achievements are already there: a conceptual model for the exchange of electronic healthcare records, a convention of collaboration between ACTH, Cogestic and Datasoft for mapping their laboratory codes, participation in a ministerial working group defining quality criteria for electronic healthcare record systems, and participation in the Convention between PROREC_BE and the government. Even a special Technical Working Group has been set up to come to a common data dictionary for electronic healthcare records. Other items are still being discussed such as a proposal towards the Ministry of Health to harmonise the ICD-procedure classification with the national act reimbursement classification. Participation in meetings is very high, and many companies subscribed membership. The total installed base of PROREC-BE vzw's industrial members is estimated to be (80%). Participating non-members account for an additional 10%.

4.2 AIMS AND OBJECTIVES

The main objective of this forum is to create a common vision of the healthcare telematics industry in Belgium related to the electronic healthcare record. From the first meeting of this forum on, it was agreed upon that this is to be realised by promoting collaboration amongst vendors.

The lack of standards being the most important issue to be addressed by the PROREC developers forum, realising an improved image of the vendors towards the other parties, in particular the government, has been identified as a second objective. Neither customers, nor the government seem to be aware of the extremely difficult conditions under which healthcare telematics industries in Belgium have to operate.

Another objective of the forum is to assist in the development of accreditation and certification procedures for medical software. The principle has been adopted that in a short timeframe minimal criteria should be proposed, in consensus with all vendors active in PROREC-BE. If possible, the criteria should be formulated in such a way that initially all systems developed by the collaborating vendors are compliant. Meanwhile, more stringent criteria will be proposed, compliance to which should be reached after a precisely defined lapse of time. This would make sure that the vendors have sufficient time to adapt their products to the new demands (see External activities, Participation in national activities, Convention).

4.3 MEMBERSHIP

All vendors, developers or consultants active on the healthcare telematics market in Belgium are entitled to assist in the activities of the forum. For each meeting, all vendors are invited individually unless they requested formally for not further receiving invitations. In 1998, no such request has been sent in. Although participation within the forum's activities does not depend on membership, some privileges are however granted to PROREC membership.

4.3.1 Membership conditions and privileges for industry

For subscription as Full Member in 1998, the following annual fees have been applied:

- 10.000 BEF as developer/vendor/service provider of general practitioner's (GP) software exclusively with turnover less than 1.000.000 BEF last accounting year
- 18.000 BEF as developer/vendor/service provider of general practitioner's (GP) software exclusively with turnover over 1.000.000 BEF last accounting year
- 25.000 BEF as developer/vendor/service provider of GP and/or specialist software, including departmental systems for hospitals with turnover less than 10.000.000 BEF last accounting year
- 30.000 BEF as developer/vendor/service provider of GP and/or specialist software, including departmental systems for hospitals with turnover over 10.000.000 BEF last accounting year
- 50.000 BEF as developer/vendor/service provider of Hospital Information Systems or any other system used by more than one department in a hospital

In addition to the rights granted to the membership in accordance with the relevant paragraphs in the Articles of Association of PROREC-BE VZW, full membership of PROREC entitles commercial parties:

- to attend free of charge all vendor/developer meetings, at least 4 times a year (normally 1.950 BEF / meeting) ;
- to receive all documents used or produced in all PROREC meetings (included those of other than vendor/developers platforms) free of charge ;
- to use the PROREC-BE membership logo on all his documents towards his customers, or in software's, demo's etc...
- to access PROREC's "members only" folder on MedMAIL free of charge ;
- to have a 200,- BEF discount on the annual subscription fee for MedMAIL of MediBRIDGE (2200,- BEF);
- to be kept informed on all important events that might happen related to the objectives of PROREC (PROREC-BE VZW's newsletter) ;
- to be eligible as partner or subcontractor for work to be done by PROREC-BE VZW in national or international projects ;

- to consult PROREC-BE VZW's library free of charge (on appointment) ;
- to receive 25% discount on all specific consultancy activities to be done by PROREC on demand of the member ;
- to represent the PROREC-BE vendor/developers group in other bodies upon request of PROREC-BE VZW's president.

4.3.2 1998 Industrial Membership

- ADMINISTRATIE CENTRUM CARITAS
- ALADIN COMPUTING
- CAP GEMINI
- CEGECA HEALTHCARE SYSTEMS
- COMPUSOFT SOFTWARE NV
- CONNECT IT
- DATASOFT MANAGEMENT
- DR. KAREL SMEULDERS (AFFILIATE)
- EUDATA-COGESTIC
- GESTION PC
- GUY LOUIS
- HEALTH DATA MANAGEMENT PARTNERS
- IBM BELGIUM
- MANEX SPRL
- MEDA NV
- MEDIBRIDGE
- MEDINFO
- MEDISERV
- NEMESIS SOFTWARE (AFFILIATE)
- QUADRAT
- SMS - CLIENT SERVICES GROUP
- SOCRATE MEDICAL
- SOSOEME

4.3.3 Non-member participation

In addition to the actual members, a number of companies participated in the activities of the forum as well:

- ARTHUR ANDERSEN BUSINESS CONSULT
- BELGACOM
- CORTEX QUALITY SOFTWARE
- LANGUAGE AND COMPUTING
- MICRO-AZUR
- NETPLUS ULTRA
- TRASYS

4.4 MINUTES OF THE VENDORS/DEVELOPERS MEETING, 03/03/98

4.4.1 Present

| | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| B. Van Bruwaene (Aladin Comp) | P. Talbot (Cogestic) |
| B. De Bliet (IBM) | O. Toebosch (Micro-Azur) |
| E. Bruninx (Cap Gemini) | T. De Caluwe (Quadrat) |
| J. Devlies (Datasoft Management) | F. Lejoli (CEGECA) |
| N. Reniers (ACC) | M. Decroo (Compusoft) |
| P. Beirlaen (Connect It) | W. Ceusters (President PROREC-BE VZW) |
| J. Lorré (Medinfo) | |

4.4.2 Excused

| | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| E. Mariën (SMS) | JM Binard (Trasys) |
| P. Van Hove (Sosoeme) | K. Smeulders |
| J. Geboers (HDMP) | M. Huyghe (Meda) |
| M. Laga (Penta NV) | O. Van Geloven (Belgacom) |
| A. Blauwens (Mediserv) | V. Keunen (Manex) |
| H. Macquoui (Nemesis software) | W. Dierickx (Arthur Andersen) |

4.4.3 Acceptance of the agenda and previous minutes

- The agenda was adopted.
- The minutes of the previous meeting were adopted.

4.4.4 Results of the Technical Working Group “Common Data Dictionary”.

P. Talbot explains that the ASTM-list has been chosen to be the basis from which the terms that are considered as being useful will be retained. All participants of the meeting have received a document containing the first result, which will be extended in the future. The list will be restricted to the basic elements in a linear structure, without arborisation.

O. Toebosch asks about the field lengths and whether a database structure would be used. As a matter of fact, only the result is important, not the way it's accomplished. P. Talbot and J. Lorré answer that for the present a trilingual (English-French-Dutch) list of items without any field specifications will be built. Also an eventual relation to Synapsis will be considered later.

W. Ceusters mentions a request from the French-speaking GP's forum to view the preliminary result. J. Lorré replies that this will be admitted in the near future, when the list will have reached a satisfying degree of maturity.

B. Van Bruwaene wanted to know why ASTM instead of HL7 has been chosen. P. Beirlaen explains that HL7 is syntax-based and adapts to communication, whereas ASTM is content-oriented.

J. Lorré states that any member is allowed to the working group, but participants are invited to continue their activities within the group, and newcomers are begged to respect any agreements formerly made. Too much time is lost in repeated discussions about issues that have been discussed in previous meetings.

4.4.5 Results of the Technical Working Group “Coding tables for Clinical Laboratories”.

P. Talbot and J. Lorré explained that different coding systems have been presented. A decision about which system should be used as starting-point has not been taken yet.

Datsoft Management does not place its coding tables at the disposal of the project. LOINC would be suitable, but needs to be translated. Euclides is available in different languages, but the codes are not directly usable. As for ACTH, the authors are not insisting.

It's important to know that clinical biologists are also represented in this working group.

4.4.6 Pharmaceutical Industry Forum.

The objectives of a Pharmaceutical Industry Forum are discussed. There is a common feeling that pharmaceutical companies wish to have a finger in the pie. They are interested in a huge amount of medical data (such as effects/side-effects, tolerance, interactions, etc.) the EHCR can provide concerning their products. But isn't there more they want than just clinical research?

E. Bruninx: Although we have to be careful, the value of an EHCR could be raised if data can be extracted in a regularised way.

T. De Caluwe: No problem, if the doctor provides the data voluntarily.

O. Toebosch: Agrees, especially when paid for. Agreements on the nature of the data would be desirable.

M. Decroo: Agrees on voluntariness. The development of an exchange-format can be used by the pharmaceutical industry, and that's where we lose control.

J. Devlies: No problem with voluntariness. We hold the cover of the honey-jar! We don't need to cooperate if we are forced to extract data to a data-warehouse. Mind the Ministry's intervention. Physicians should transmit data only if they want to. Software-vendors should provide the possibility for the physicians to export data, although in many cases some enhancement is needed to generate adequate data. If this is asked for, somebody also has to pay for.

F. Lejoli: We take account of the customer's point of view. The physician should be free to manage his own data. He agrees with Marc Decroo on the risk of an exchange-format.

N. Reniers: there are deontologic and ethical problems. Parties need to be brought together. Organising this is already a means of collaborating.

P. Beirlaen: The large amounts of money that is involved, can be a problem.

J. Lorré: According to my experience, GP's are invited to provide pharmaceutical information through IMS-questionnaires, in which they are asked about the quantity of prescriptions of brands. This illustrates that the companies are more interested in prescription-behaviour than in side effects. Voluntariness is very important and there is no need for collectivity.

B. De Blik: "Let the cobbler stick to his last." But he won't. So it's better to control the export of data than to let it happen behind our back.

B. Van Bruwaene: Side effects are often under-registered. There will be an advantage in standardisation regarding prescription-behaviour. Pooling of drug-related data in

collaboration with the software industry should be considered. Collaboration with a panel for post-marketing surveillance is also important.

P. Talbot: Why is Prorec-BE of such interest for the pharmaceutical industry? They spend a lot of money to IMS, why not to the software-industry? Another compensation could be the promise not to sell medical software. Prorec-BE should be careful not to sell itself to the Ministry or to the pharmaceutical industry.

4.4.7 Vendor priorities related to the “functional specifications for EHCR” as defined by the group “Olga Van de Vloed”.

The text is discussed by paragraph.

Standardisation and compatibility: J. Devlies: Interoperability will not be possible within the next five years, because of the need to interfere with each other’s medical records. Provisionally there will be an exchange format in the near future.

B. Van Bruwaene: There is a difference between the capability of a record system and the way it is used by the physician. Extra training will be needed, and the user should be paid for the result.

Problem oriented registration: Everybody agrees.

Meta-structure: B. Van Bruwaene: Medical software industry should be protected, just like the medical profession is protected.

W. Ceusters: What about making a detailed technical description of the functionalities requested ?

P. Talbot: Concrete criteria will indeed make testing of record systems easier.

J. Devlies: Mind the “Dutch situation”, where no more investments are made.

Changing and deleting data: All agree on the difference between deleting and archiving.

Access: This paragraph states that the patient as well as legal healthcare workers should have access to the medical record, whereas in the previous paragraph inaccessibility is emphasised.

Automatic query: The meaning of this item is rather vague.

Security: Virus-detection, reduplication, etc.: isn’t this going a bit too far?

Conclusion: the forum does not see important problems in the document. On the other hand, many of the descriptions given are too vague and ambiguous. Clarification is needed, as well as the definition of priorities. It was agreed that a proposal will be made to redraft the document from a technical perspective. As this requires much work, a budget need to be found.

4.4.8 Next meeting:

Tuesday, 12/05/98, 14.00 - 17.00, Het Moorhof, Zonnegem.

4.5 MINUTES OF THE VENDORS/DEVELOPERS MEETING, 12/05/98

4.5.1 Present

B. De Bliet (IBM)

F. Follens (Datasoft Management)

J. Geboers (HDMP)
J. Janssens (Mediserv)
Ph. Lejoli (CEGECA)
J. Lorré (Medinfo)
E. Mariën (SMS)

P. Talbot (Cogestic)
B. Van Bruwaene (Aladin Comp)
P. Van Hove (Sosoeme)
W. Ceusters (President PROREC-BE
VZW)

4.5.2 Excused

P. Beirlaen (Connect It)
J.M. Binard (Trasys)
M. Decroo (Compusoft)

GUY LOUIS
N. Reniers (ACC)
L. Schoonbaert (Cortex)

4.5.3 Acceptance of the agenda and previous minutes.

- The agenda was adopted.
- The minutes of the previous meeting were adopted.

4.5.4 Collaboration with the VHI in a project on preventive medicine.

B. Van Bruwaene was present at the GP's meeting, where the common consent was that reimbursement is needed as a motivation to spend time on prevention.

P. Talbot and J. Geboers agree.

To the hypothesis that the Belgian situation would be the same as the Dutch one, B. Van Bruwaene answers that, in general, prevention modules in EHCR's are not successful at all.

J. Geboers notices that WVVH represent only Flemish physicians, whereas Prorec-BE is a Belgian association. For W. Ceusters there is no problem in crossing the language boundary.

4.5.5 Results of the Technical Working Group “Common Data Dictionary”.

F. Follens: The modified and extended ASTM list is being reviewed thoroughly. After 1 or 2 more meetings, it will be presented to the vendors' forum. Currently, there are no major issues. The next meeting will be held on 26/05/98.

P. Van Hove says it would be appreciated that appointments would be mailed to all members of the forum.

4.5.6 Results of the Technical Working Group “Coding tables for Clinical Laboratories”.

J. Geboers: Last meeting has been cancelled because of the sudden lack of co-operation from Datasoft Management.

P. Talbot explains the proposal made and agreed upon by himself, J. Devlies, A. Maskens and P. Van Hove: The largest existing coding tables (Medidoc, Health.One and Medigest) will be placed at the disposal of the project. He regrets that once again, J. Devlies is not able to confirm his agreement in front of the forum.

J. Geboers: Syntax should be distinguished from coding tables. The former can be used freely, the latter are property of companies. Provisionally, the Medidoc table will be used and Datasoft Management want to be paid for the service. In a later stage, LOINC will be translated and eventually adapted.

P. Talbot: Syntax and coding tables are indeed going together in this matter. A

transition to LOINC within a few weeks is impossible for the laboratories.

The discussion that follows shows that all parties have slightly different interpretations of the agreement. Cogestic have already given their coding table to HDMP, who appear not to have any coding table for laboratory results. Datasoft Management on their side want to be paid ore publishing their table.

J. Geboers: What will be the final coding table: a Prorec made table or LOINC?

P. Talbot: One Prorec coding table extracted from the existing Medigest and Medidoc tables. Money should come from the laboratories and from the software vendors who don't have their own coding tables, and redistributed to those who participate in the production and the maintenance and to the owners of the existing tables.

W. Ceusters: The idea of a provisional system is excellent. The parties interested are the laboratories. It is the service that should be paid for, not the coding table itself.

B. Van Bruwaene: GP record system vendors will never be able to force all laboratories to use a particular coding system.

B. De Bliet: This is impossible in Belgium.

F. Follens: Nobody can deny the necessity of one standard.

Everybody agrees.

P. Talbot: We have to be quick. The GP's forum is waiting for a solution.

J. Geboers: At a given moment, we will go to the laboratories with our Prorec-labelled coding table and say: "This is the standard you've been waiting for, now use it."

E. Mariën: Do you think that all laboratories are going to map to that new table?

J. Geboers & P. Van Hove: At the moment they are using 40 tables!

P. Talbot: ACTH have already done a big part of the mapping.

B. Van Bruwaene: The only surplus value is for GP's working with more than one lab. Users are not asking for it.

J. Lorré: Another surplus value consists in the possibility to register the results as intelligible values and to mix them with values measured by the physician himself.

J. Geboers: Let us start up a working group with its own budget.

B. Van Bruwaene: Is there any chance that we go beyond the Belgian borders?

J. Geboers & F. Follens: We have the intention to produce an internationally accepted coding system.

W. Ceusters proposes to send a mailing to the laboratories, in which a project-plan is announced and the labs are asked to share in the expenses.

E. Mariën: Can Prorec-BE provide a specific sum of money in a first period?

W. Ceusters: At this moment it's impossible. A suggestion could be made towards the board-council. Of course, individual initiatives could be taken, which could be reimbursed.

W. Ceusters will mail a proposal to all forum members.

4.5.7 Activities in other PROREC fora.

The reports will be mailed to all forum members.

4.5.8 Meeting Working Group “Dercq”.

A written report by J. Devlies has been handed to the members present. The document also contains J. Devlies’ proposal for specifications, which can be discussed.

Quality specifications will become a reality, and so is financing.

A central database will be installed. GP’s and hospitals will provide anonymous data, in a specified format. The government and the pharmaceutical industry will be able to extract particular data.

Funds are foreseen for the training of physicians and the rate of payment will be volume-based. For the transmission of data, two conditions will have to be fulfilled: a valuable record system and adequate registration.

More information can be found at: www.health.fgov.be/EMDMI

J.Geboers and P. Talbot are elected as representatives for the Working Group.

4.5.9 Drafting of technical specifications related to the “functional specifications for EHCR” as defined by the group “Olga Van de Vloed”.

The Ministry of Public Health is placing 2.000.000 at the disposal of the project. Prorec-BE can spend 75.000 for the project-plan, which has to be delivered ore 02/07/98. Opposition is made by some GP’s.

A first meeting has been held with Pierre Talbot, Jan Lorré and Leo Pas. Due to overfilled agendas, action will be taken after 20/05/98.

4.5.10 Discussion of the SSMG/ITIM documents on “minimal GP record”.

The forum members are invited to study the document.

4.5.11 TEN Telecom proposal.

There is a proposal to set up a project to establish a commercial European health network. Although working under the wings of Prorec would be an advantage, this can also be done by individuals. The budget comes to 90.000.000 for Europe, from which 10.000.000 for Belgium.

4.5.12 General Assembly.

Will be held on 26/06/98 at the Pacheco-centre in Brussels. An invitation will follow soon.

4.5.13 11. Next meeting:

Tuesday, 22/09/98, 14.00 - 17.00, Het Moorhof, Zonnegem.

4.6 MINUTES OF THE VENDORS/DEVELOPERS MEETING, 22/09/98

4.6.1 Present

P. Beirlaen (Connect It)
E. Bruninx (Cap Gemini)
B. De Blik (IBM)

Ph. Lejoly (CEGECA)
N. Reniers (ACC)
L. Schoonbaert (Cortex)

T. De Caluwe (Quadrat)
J. Devlies (Datasoft Management)
J. Geboers (HDMP)
M. Laga (L. and C.)

P. Talbot (Eudata)
P. Van Hove (Sosoeme)
I. Delfosse (PROREC-BE VZW)
W. Ceusters (PROREC-BE VZW)

4.6.2 Excused

J.M. Binard (Trasys)
J. Janssens (Mediserv)

4.6.3 Acceptance of the previous minutes and the agenda.

4.6.3.1 The minutes of the previous meeting were adjusted:

p.2: "Cogestic has already given their coding table to **HDMP**" was changed into:
"Cogestic has already given their coding table to **Jef Geboers**".

The rest of the minutes of the previous meeting were adopted .

4.6.3.2 The agenda was adjusted:

Item 3.1 and 3.2 were displaced later this meeting. (J. Devlies had not yet arrived.)

M. Laga proposes an item on XML.

4.6.4 Activities in other PROREC fora:

4.6.4.1 French speaking GP Forum (19/09/98).

The minutes are not yet available.

This forum is mainly commenting on the document of SSMG (this document describes the functionalities and the outlook of a EHCR). They want to make it a consensus-document for everyone who is working on primary healthcare in Wallonie. This is still somewhat difficult: the French GP's foresee misuse (by the government) everywhere. Their opinion is that when they have to give more information, there has to be a committee of GP's to assure the anonimisation of the patient and of the GP.

An other opinion of the French GP's is that GP's are not competent to evaluate real implementations of EHCR systems. This was stated by DR. Jeandrain (CENIM) and was accepted as a consensus.

Next meeting will be on November 21.

4.6.4.2 2.2. Dutch speaking primary healthcare Forum (9/09/98).

The minutes are not yet available.

They want the evaluation to be made only by GP's, totally independent of the software developers/vendors. They already submitted a proposal to EMDMI to evaluate the medical software packages, but it has not been accepted for reason of one-sidedness. Now, a discussion is going on in order to adapt the proposal by involving the developers, probably by interfacing with the BELREC proposal (see later on)

The Dutch speaking primary healthcare Forum is working very formally. They still are investigating whether or not they want to become a separated entity within

PROREC-BE. So they are working on and discussing domestic rules and their own statutes.

Two different working groups have been set up: Input and output. The last one, named PROREC-OUT is discussing which data can be exchanged between the GP's and the government. Those data can also be used by the Developer/Vendor Forum. The primary healthcare forum wants to decide which data can be exchanged.

Next meetings will be on October 8 (PROREC-OUT) and November 10 (Dutch speaking primary healthcare Forum)

4.6.4.3 Hospital Forum (15/09/98):

Next meetings will be on November 3 in Charleroi.

Marc Bangels (Ministry of Health) will lead this meeting.

Subject: How to go on with EHCR in Hospitals

4.6.5 Drafting of technical specifications related to the “functional specifications for EHCR” as defined by the group “Olga Van de Vloed”. Current status:

The technical document and the proposal for the convention have been distributed

History: The working group "Olga Van de Vloed" was discussing the surplus value of the EHCR and the functions necessary to ameliorate the quality of the EHCR.

Meanwhile this has become a R.A.

The document "Olga Van de Vloed" has been accepted in consensus but it was vague, it was not directly usable for criteria development, but has the merit of being a good starting document upon which a reasonable consensus is achieved.

The idea raised to use this document as a basis for more detailed criteria and to involve the developers/vendors at this level.

There was a budget: P. Talbot, J. Lorré (developers) and L. Pas and J. Van Campen (users) created the “technical document”. This was proposed on the EMDMI meeting with Dr. Dercq. The elaboration will be financed and there is a proposal for a convention between PROREC-BE and the Ministry.

The convention and budgets for developers/vendors and users were considered.

Discussion:

W. Ceusters: How to select persons to join this project? One criterium is that they have to be a paying member of PROREC-BE. (Candidate French GP Forum is Désiré Verbraeck)

J. Geboers: The candidates have to be working effectively on EHCR for GP's.

W. Ceusters: We do need also a member of the Hospital Forum (communication), and one co-ordinator.

J. Geboers: This document has to become a consensus-document, so the more candidates, the better.

The candidates are: P. Talbot, J. Devlies, J. Geboers, P. Van Hove, P. Beirlaen, and for phase two: B. de Blicck.

J.Devlies: The wishes of the users, Dutch- or French-speaking are so different; to what a measure are they obligatory?

W. Ceusters: The set up of this technical document is an excuse to make the convention happen. It was necessary to come to an agreement. In case the users give criteria which are not mentioned in the 8 points (of the document “Olga Van de Vloed”) it will not be used, unless there is an agreement between developers and users. The convention is what matters, not the preparatory document.

J.Devlies: cfr. Convention, Analyse, phase 1, point 1.3: There is a lot of work to do.

W. Ceusters: It has already been done.

J.Devlies: I can not agree with the way of working of Dr. Dercq. It has to be “open-minded”.

P. Talbot has a problem with the timing, it is too strict.

W. Ceusters argued that it is an urgent matter.

Adaptions to the text:

J.Devlies: cfr. Convention, Article 1, Analyse, phase 1, point 1: “daarbij ondersteund door” should be changed into:”en”. This was accepted by the president.

J.Geboers: cfr. Convention, Article 1, Definition, phase 2, point 1:” EMD” should be changed into:”EMDMI”. This was accepted by the president.

J.Devlies: cfr. Convention, Article7, paragraph 2, should be removed. This was accepted by the president.

Conclusion: accepted. Co-ordinator is J. Geboers.

4.6.6 Results of the Technical Working Group “Common Data Dictionary”and “Belrec” proposal

The "Belrec" document is distributed

J.Devlies: “Belrec”: A lot of work has already been done. The project was proposed to the ministry. The reaction: Do we have to subsidise the industry?

“Common Data Dictionary”: It is finished and has to be checked ore diffusing it.

W. Ceusters: CESA and Prof De Moor are developing a Dynamic Link Library (.DLL) to export and import data from EHCR in XML. This will be public domain software.

J.Devlies: It should have been proposed first to the developers and it is already signed. The problem is not the use of XML. The industry has been ignored systematically.

W. Ceusters did not agree.

J. Devlies warned for the danger when third parties are involved in our products; nowhere else in the world standards have been created by users.

W. Ceusters argued that Olga Van de Vloed realises that this involves the developers/vendors . He will try to convince the users.

W. Ceusters: “Belrec”: the proposal has been argued in EMDMI for the reason that Marc Nyssen is developing the same thing, so you have to cooperate and reduce the budget (to 6.000.000 BEF). The convention (technical criteria) was well received by

Dr. Dercq because of the fact that most of the money will be distributed to third parties, PROREC only gets a small part of it to give logistic support and to co-ordinate the work.(max 400.000 BEF)

J. Geboers mentioned that he has not been invited anymore to discuss Belrec.

Conclusion: J. Devlies is receptive to new ideas and comments and will contact Marc Nyssen. W. Ceusters advises to adapt the document like mentioned ore (using XML software). He will also pass on all information about the working group Nyssen.

4.6.7 Results of the Technical Working Group “Coding tables for Clinical Laboratories”.

J. Geboers wants to bring in new life.

P. Talbot: With this working group we were turning in circles for one year. Last June we had a meeting with J. Devlies. To win time we (ACTH, Cogestic and Datasoft) decided to put our codes together. In a second phase we will add a third table (the code for transmission made by ACTH)

A hot discussion is going on, mainly between J. Geboers, P. Talbot and J. Devlies: J. Geboers is protesting officially. PROREC is being misused, other members were excluded. Datasoft never wanted to place its coding tables at the disposal of the project, and now everything is possible. J. Devlies argues that Datasoft doesn't release its codes: ATCH developed a mapping code. P.Talbot argued that they did not chose for one coding table but for three, and none of them will be the best, both will be used and at least, now we have something to start working on. J. Devlies mentioned that the convention of collaboration between the three parties is not signed yet, they made an effort and other developers can use it. This initiative has nothing to do with PROREC.

The "Convention of collaboration" is distributed.

L. Schoonbaert: Who is going to map to LOINC?

J. Devlies: LOINC is not suitable, it does not provide the possibility to implement a structure.

W. Ceusters concludes: the Technical Working Group “Coding tables for Clinical Laboratories" had to develop a unique common coding table, but two or three companies made an agreement (different from the results of the Technical working group).

L. Schoonbaert wonders what they'll have to do now. J. Devlies answers : you can take an option on a mapping table. You can choose one of the three.

J. Geboers says that "RIZIV" is working on Laboratory transmission codes and syntax (G. De Moor is involved) . J. Devlies says that this is an ideal preparation for national codes.

W. Ceusters: Who wants to go on with the PROREC-working group?

P. Talbot: Let's ask the biologists whether a unique coding table for Laboratories exists (not only for GP's). Their interest was diminishing, the goal is to bring them together (not about EUCLIDES)

W. Ceusters: Are any other developers interested in a 4th or 5th coding table?

J. Geboers: We don't have coding tables, we follow the laboratories

W. Ceusters: How can developers who don't have their own coding tables, take advantage of this? No answer was given.

W. Ceusters concludes:

- 1) P. Talbot (president of the working group) will write to all the developers and explain their way of working, he'll include a copy of the convention and fix a date for the next meeting of the technical working group.
- 2) P. Talbot will contact G. De Moor .
- 3) P. Talbot will make a questionnaire for the laboratories so that this can be discussed.

4.6.8 "EMDMI"

The draft of the convention is distributed and discussed.

A lot of inconveniences are discussed.

Conclusion: It will be on the agenda for next meeting. At that moment a member will be delegated.

4.6.9 Any other business:

W. Ceusters proposes to edit a yearbook containing all the members of PROREC. Media Belgium International will be in charge. To finance this book all members are asked to give the names and addresses of 4-5 of their most important suppliers to put publicity in the book.

Conclusion: Accepted

The meeting was closed at 17.15 pm.

4.6.10 Next meeting:

Tuesday 24/11/98,14.00, Het Moorhof, Zonnegem

4.7 MINUTES OF THE VENDORS/DEVELOPERS MEETING, 24/11/98

4.7.1 Present

| | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| E. Bruninx (Cap Gemini) | Serge Piret (Socrate Médical) |
| J. Boulton (HDMP) | L. Schoonbaert (Cortex) |
| B. De Bliet (IBM) | P. Talbot (Eudata) |
| J. Devlies (Datasoft Management) | Filip Veldeman (Cortex) |
| J. Janssens (Mediserv) | K. Willems (A Andersen Consulting) |
| M. Laga (L. and C.) | I. Delfosse (PROREC-BE VZW) |
| Ph. Lejoly (CEGECA) | W. Ceusters (PROREC-BE VZW) |

4.7.2 Excused

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| Dr. M. Bangels | N. Reniers (ACC) |
| P. Van Hove (Sosoeme) | J. Geboers (HDMP) |
| E. Mariën (Netplus Ultra) | O. Van Geloven (Belgacom) |
| T. De Caluwe (Quadrat) | Guy Louis (Guy Louis) |
| P. Beirlaen (Connect It) | |

4.7.3 Welcome and introduction of the participants.

All members introduced themselves.

4.7.4 Acceptance of the previous minutes and the agenda.

The minutes of the 22-09-98 meeting were accepted

The agenda was accepted:

4.7.5 Activities in other PROREC fora:

4.7.5.1 French speaking GP Forum (21/11/98).

The minutes are not yet available.

This forum finished their comments on the document of SSMG (this document describes the functionality and the outlook of an EHCR). They want to make it a consensus-document for everyone who is working on primary healthcare in Wallonie.

Next meetings will be thematic: Discussing definitions like "item, structure, metastructure, record, problem...". W. Ceusters proposed to make them aware (again) of the work done earlier by the WG Data Dictionary, and the PROREC Exchange specifications.

Next meeting will be on January 23.

4.7.5.2 Dutch speaking primary healthcare Forum (10/11/98).

The minutes are not yet available.

They want to give a critical evaluation on what is happening within the "Centraal EMD".

Two different working groups have been set up: INPUT, co-ordinator is Leo Pas (WVH), and OUTPUT, co-ordinator is Marc Nyssen (VUB).

If necessary, they want to delegate the work and take on external experts.

They want to submit independent projects at the Ministry and qualify for subsidy.

They also had a lot of questions concerning the Convention PROREC-BE - Ministry.

Next meeting will be on January 19 (Dutch speaking primary healthcare Forum).

4.7.5.3 Hospital Forum (03/11/98):

The minutes are not yet available.

W. Ceusters explained that Dr. Marc Bangels considers the GPs situation related to EHCR systems is more advanced (cf. the work that has been done by Dr.Dercq). His opinion is that the same way of working should be introduced for the hospitals (starting up working groups and pilot-sites in hospitals). Everything has to be organised as efficiently as possible. He proposes the forum of the developers (active in the hospital domain) to participate.

4.7.6 Results of the Technical Working Groups

4.7.6.1 “Common Data Dictionary”

J. Devlies said that the document has been finished. It can however not be validated using funds from the government at this stage.

W. Ceusters states that each proposal for funding has to involve both users and suppliers. There were possibilities by joining Jos’ proposal with M. Nyssen’s proposal that was rejected by EMDMI for the same reason. Until now there has not been any contact between J. Devlies (developers- Belrec proposal) and M. Nyssen (users- OUT project).

Conclusion: The document will be sent to Mrs. Delfosse. She will distribute it to the PROREC-BE developers to verify and comment on.

4.7.6.2 “Coding tables for Clinical Laboratories”.

P. Talbot refers to the conclusion of the previous meeting:

P. Talbot (president of the working group) will write to all the developers and explain their way of working; he'll include a copy of the convention and fix a date for the next meeting of the technical working group.

P. Talbot will contact G. De Moor.

P. Talbot will make a questionnaire for the laboratories so that this can be discussed.

The document, intended for G. De Moor, Laboratories and other developers (cf. Annexed), was distributed and discussed:

P. Talbot stated that they have to verify whether the correspondence is correct; correct in the tree columns, eventually in a fourth. The purpose is to create, one day, one column (in each software just one conversion). Our worry is that the codes have to be followed.

W. Ceusters could not find a question towards G. De Moor and the laboratories. P. Talbot will make the questionnaires.

A discussion on using LOINC is going on.

L. Schoonbaert mentions a Swiss project named CUMUL (Annexed)

Conclusion: Further reactions can be produced by email. P. Talbot will send the proposal also to the president of the biologists society. There were no further remarks.

4.7.7 Convention PROREC-BE - Ministry

The convention was distributed

W. Ceusters described the *history of the convention* cf. Minutes previous meeting:

The working group "Olga Van de Vloed" was discussing the surplus value of the EHCR and the functions necessary to ameliorate the quality of the EHCR. The document "Olga Van de Vloed" has been accepted in consensus but it was vague, it was not directly usable for criteria development, but has the merit of being a good starting document upon which a reasonable consensus is achieved.

The idea raised to use this document as a basis for more detailed criteria and to involve the developers/vendors at this level.

There was a budget: P. Talbot, J. Lorré (developers) and L. Pas and J. Van Campen (users) created the “technical document”. This was proposed on the EMDMI meeting with Dr. Dercq. The elaboration will be financed and there is a convention between PROREC-BE and the Ministry.

W. Ceusters stated that there are deadlines to be respected: 10/06/99, 10/10/99, 10/12/99

Discussion:

J. Devlies commented that in Article 1.1.2., Analyse, phase 1: “assistés” should be changed into ”et”.

W. Ceusters replies that the users can express their wishes concerning the functionality. Developers can say whether it is a practicable proposition, and express the different possibilities. In the second phase users will assist developers. The government wants to receive a document with criteria. Users can express the limits.

During the discussion the following thoughts were expressed:

Users have to start; everything has to be on the interest of the patient.

Does this convention concerns specialists as well?

Working on this convention is going to be very intensive. It will be better to work with a basic team.

We have to create a tool, but we don't know the way it is going to be used.

Organisation:

W. Ceusters will invite the members of the PROREC-BE users and developers fora on a special meeting in order to discuss the tasks reminding the deadlines. Data should be fixed.

4.7.8 "EMDMI"

J. Devlies points to a potential danger in the statutes of the vzw. Those statutes foresee explicitly the possibility to develop economical activities, on condition that the results of those activities will be used for the objective. Approving such articles, the non-profit organisations can develop any economical activity, on condition that the results of those activities will be used for the objective. A commercial society also uses the result to realize the goal.

W. Ceusters advises to submit a proposal to adapt the statutes during the meeting tomorrow.

Conclusion: A consensus was achieved: if the proposal is refused the developers forum will complain to the government.

4.7.9 “Belrec” proposal:

There are no further activities; J. Devlies does not want to be coordinator anymore.

W. Ceusters thinks it is too late for the budget of 1998, Conclusion: W. Ceusters will contact the other members of the technical Working group "Common Data Dictionary" by email. (Cogestic, HDMP, Sosoeme, Connect-It, SMS, ACC)

4.7.10 Interprise European Commission

W.Ceusters explains the project (Annexed)

Interprise is an initiative to encourage partnerships between industries and/or services in Europe under this program, events are organised where the heads of small and medium-sized enterprises are offered a series of pre-arranged business meetings with counterparts of other countries. The aim of these meetings is to conclude cooperation agreements across borders and thus stimulate the transnational business activities of SMEs.

W. Ceusters proposes a cooperation with PROREC Netherlands and PROREC France. A proposal was made to cooperate with Italy. There is not yet a national PROREC-Centre, possibly MS-Huge can cooperate.

More information concerning accessing CORDIS information is can be found annexed.

4.7.11 Election members Management Board

W.Ceusters describes the following problem: Mr. Vandenberghe has been elected as a member of the management Board but he has not attended the meetings ever since. The mandate can be given to another person of Cap Gemini unless the place is being vacated.

J. Boulton proposes to ask Mr. Vandenberghe

E. Bruninx (Cap Gemini) is going to discuss this with MR. Vandenberghes substitute

W. Ceusters: states that the person who was elected represents the developers' forum. There may not be any misuse in favour to the company.

Conclusion: J. Boulton and E. Bruninx will communicate the decision.

4.7.12 Home telecare

The project aims at developing awareness, information, training and demonstration activities in order to develop medical telemonitoring and tele-assistance at home. The purpose of these activities is to stimulate the spreading of the new concept of telemedicine among the professional health users and potential patients, the different participants in the development process, social and political actors, and to inform them of the benefits that the tools could bring in the coming years. The purpose of this proposal is not to develop new and sophisticated technologies in order to solve the problems exposed in the previous section but to present an analysis of emerging solutions at national and international level without imposing one of them in particular

The Press release and the organigram of the website were distributed. (cf. Annexed)

The role of PROREC-BE is to give more information on EHCRs.

Address: www.ogc.be/hometelecare/

The meeting was closed at 4.20 p.m.

4.7.13 Next meeting:

Tuesday 26/01/99, 14.00, Het Moorhof, Zonnegem.

5. THE PROREC-BE HOSPITAL FORA

5.1 INTRODUCTION

Because there are about 300 hospitals in Belgium, far too many to allow active participation in one single forum, it was decided to create two separate ones for the French and Dutch speaking communities. This also resolved the linguistic barriers that even in the developers forum sometimes turn out to have counter productive effects. In addition, this situation leaves room for different priorities to be set in both fora. It indeed turned out that in the north of Belgium, the electronic healthcare record was considered to be more important than in the south, where healthcare telematics was given more weight. This probably has to do with the success of MediBRIDGE NV, a company that is market leader for healthcare telematics services in Flanders, with a less important penetration in Wallony where the existence of many local and regional servers prevents wide communication between institutions and GP's.

The French-speaking hospital forum started officially on 08/01/98. In 1998, both the hospital fora were up and running. During the last meeting for both the French- and Dutch speaking fora, the opinion was that the GP's are more ahead and that the same way of working (cf. the work that has been done by Dr. Dercq) should be introduced for the hospitals (starting up working groups and pilot-sites in hospitals).

5.2 AIMS AND OBJECTIVES

During the first meeting of the Dutch speaking hospital forum, participants requested the forum to be a platform for information dissemination in an objective and neutral way. Time and resources are not readily available in the hospital sector, and where possible, the hospital forum should take advantage of the developments in other PROREC fora. Although the hospital forum is to be seen as a true “user” forum, it was agreed upon that hospitals could be represented in the forum through the developers with whom they collaborate, on the basis of a written mandate from that hospital.

As it appears to be that the demand for electronic healthcare records in most Belgian hospitals mostly comes from physicians, and because hospital management is not often able to respond quickly to this demand, individual physicians and departments within the hospital tend to start the installation of separate systems. A second objective of the hospital forum is to make hospital staff aware of the pro’s and con’s of such developments, and to inform the hospital community on the danger of creating “isles of information”.

Information dissemination on available and forthcoming healthcare telematics standards applicable in the hospital environment, is the third major objective.

5.3 MEMBERSHIP

5.3.1 Membership conditions and privileges

Members through the hospital forum pay a fee depending on the amount of “administrative beds” in the hospital:

- 5000,- BEF for hospitals with less than 100 beds
- 8.000,- BEF for hospitals with less than 300 beds
- 12.000,- BEF for hospitals with less than 700 beds
- 15.000,- BEF for hospitals with more than 700 beds

In addition to the rights granted to the membership in accordance with the relevant paragraphs in the Articles of Association of PROREC-BE VZW, full membership of PROREC entitles hospitals:

- to attend free of charge all hospital meetings, at least 4 times a year (normally 1.950 BEF / meeting);
- to receive all documents used or produced in all PROREC meetings (included those of other than hospital platforms) free of charge;
- to be kept informed on all important events that might happen related to the objectives of PROREC;
- to be eligible as partner or subcontractor for work to be done by PROREC-BE VZW in national or international projects;
- to consult PROREC-BE VZW’s library free of charge (on appointment) ;
- to receive 20% discount on all studies or publications of PROREC -BE VZW;

- to receive 10% discount on all specific consultancy activities to be done by PROREC on demand of the member;
- to represent the PROREC-BE hospital forum in other bodies upon request of PROREC-BE VZW's president

5.3.2 Current membership Dutch speaking Hospital Forum

Membership of the hospital forum can be subscribed directly or indirectly through another organisation.

5.3.2.1 Direct Membership

- ST.ELISABETHZIEKENHUIS, RUBENSSTRAAT 166, 2300, TURNHOUT
- AKADEMISCH ZIEKENHUIS (V.U.B.), LAARBEEKLAAN 101, 1090, BRUSSEL (JETTE)
- O.L.VROUW ZIEKENHUIS, BRIEKESTRAAT 12, 8900, IEPEER
- ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.JOZEF, STEENWEG OP MERKSPLAS 44, 2300, TURNHOUT
- VERPLEEGTEHUIS GODTSVELDE, HOSPITAALSTRAAT 29, 8610, KORTEMARK
- ALGEMEEN ZIEKENHUIS MIDDELHEIM, LINDENDREEF 1, 2020, ANTWERPEN
- OCMW ZIEKENHUIS TURNHOUT, A. VAN DYCKSTRAAT 20, 2300, TURNHOUT
- GASTHUISZUSTERS VAN ANTWERPEN, LOKKAARDSTRAAT 10, 2018 ANTWERPEN

5.3.2.2 Indirect membership

5.3.2.2.1 Hospitals of the ACC group

- ALGEMEEN ZIEKENHUIS H.HART, GOUWELOZESTRAAT 100, 8400, OOSTENDE
- ALGEMENE KLINIEK MARIA MIDDELARES, HOSPITAALSTRAAT 17, 9100, SINT-NIKLAAS
- HOF TER SCHELDE, AUGUST VERMEYLENLAAN 6, 2050, ANTWERPEN-5
- PSYCH.ZIEKENH. "SANCTA MARIA", MELVERENCENTRUM 111, 3800, SINT-TRUIDEN
- MARIA MIDDELARES ZIEKENHUIS, KLINIEKSTRAAT 2, 3920, LOMMEL
- ZIEKENHUIS O.L.VR. MIDDELARES, FLOR PAUWELSLEI 1, 2100, DEURNE
- ALG. KLINIEK H. HART, KOLVENIERSVEST 20, 2500, LIER
- PSYCHIATRISCH CENTRUM ST. JAN V.Z.W., OOSTVELDSTRAAT 1, 9900, EEKLO
- PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS "SINT LUCIA", ANKERSTRAAT , 91, 9100, SINT-NIKLAAS
- ST.NIKLAASKLINIEK V.Z.W., HOUTMARKT 33, 8500, KORTRIJK
- IMELDA ZIEKENHUIS, IMELDALAAN 9, 2820, BONHEIDEN

5.3.2.2.2 Hospitals of the group “Broeders van Liefde”

- N.P.C. ST.ALFONS, ST.JULIAANSTRAAT 1, 9000, GENT
- ST. AMANDUS PSYCH. CENTRUM, REIGERLO 10, 8730, BEERNEM
- UNIV. PSYCH. CENTRUM ST. KAMILLUS, KRIJKELBERG 1, 3360, BIERBEEK
- INSTITUT PSYCH. ST. MARTIN, RUE ST.HUBERT 84, 5100, DAVE
- CENTRE PSYCH. ST. BERNARD, RUE JULES EMPAIN 43, 7170, MANAGE
- PSYCHIATRISCH CENTRUM ST. AMEDEUS, DEURNESTRAAT 252, 2640, MORTSEL

- PSYCH. CENTRUM "ZIEKEREN", ZIEKERENWEG 15, 3800, SINT-TRUIDEN
- PSYCH. ZIEKENHUIS ST. JAN BAPTIST, SUIKERKAAI 81, 9060, ZELZATE

5.3.3 Non-member participation

The following non-member hospitals (or representatives) participated in the activities of 1998:

- UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN
- TELEPOLIS, GEN. ARMSTRONGWEG 1, 2020, ANTWERPEN
- CEVI, BISDOMPLEIN 3, 9000, GENT
- OPENBAAR PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS, PAS 200, 2440, GEEL
- ALG. ZIEKENHUIS MIDDELHEIM, LINDENDREEF 1, 2020, ANTWERPEN-2
- PSYCHIATR. CENTRUM BROEDERS ALEXIANEN, PROVINCIESTEENWEG 408, 2530, BOECHOUT
- A.Z. ST.LUCAS - ST. JOZEF, ST.LUCASLAAN 29, 8310, BRUGGE
- UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN, WILRIJKSTRAAT 10, 2650, EDEGEM
- VIRGA JESSE ZIEKENHUIS, STADSOMVAART 11, 3500, HASSELT
- ADM. CENTRUM CARITAS, RESEARCHPARK ZONE 2, 3001, HEVERLEE
- NPK ST. CAMILLUS V.Z.W., BEUKENLAAN 20, 9051, SINT-DENIJS-WESTREM
- S.V. MODERN INST.VOOR ZIEKEN, KONINGIN FABIOLALAAN 57, 9000, GENT
- KLINIEK DER ZWARTE ZUSTERS, RIJSELSESTRAAT, 85, 8900, IEPEL
- DATACOOP, TICHELREI 1, 9000, GENT
- AZ ST LUCAS, GROENEBRIEL 1, 9000, GENT
- DE PELIKAAN, GASTHUISSTRAAT 5, 9140, TEMSE
- ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST JAN, A. RUDDERSHOVE 10, 8000, BRUGGE
- N.S.R.C.VOOR MULTIPLE SCLEROSE, VAN HEYLENSTRAAT 16, 1820, MELSBROEK
- A.Z. MENEN, BRUGGESTRAAT 564-566, 8930, MENEN
- ALG. ZIEKENHUIS DIEST, M.THEYSSTRAAT 18, 3290, DIEST
- AZ ST. AUGUSTINUS-ST. CAMILLUS-ST. BAVO, LOKKAARDSTRAAT 10, 2018, ANTWERPEN
- AZ SINT-BLASIUS, KROONVELDLAAN, 9200, DENDERMONDE
- ELISABETH ZIEKENHUIS VZW, GENTSE STEENWEG 132, 8340, SIJSELE-DAMME
- KLINIEK SINT MAARTEN, BURG. J. VERCRUYSSELAAN 5, 8500, KORTRIJK
- STEDELIJK ZIEKENHUIS, BRUGSESTEENWEG 90, 8800, ROESELARE

5.3.4 Current membership French speaking Hospital Forum

5.3.4.1 Direct Membership

- ACTH, RUE DU PARC 45, 6000, CHAREROI
- CENTRE HOSPITALIER JEAN TITECA, RUE DE LA LUZERNE 11, 1030 BRUXELLES
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TIVOLI, AV. MAX Buset 34, 7100, LA LOUVIERE

- CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA CITADELLE, BVD DU 12E DE LIGNE, 4000, LIÈGE
- CLINIQUE UNIVERSITAIRE HOPITAL ERASME, ROUTE DE LENNIK 808, 1070, BRUXELLES
- CLINIQUE ET MATERNITÉ STE ÉLISABETH, PLACE L.GODIN 15, 5000 NAMUR
- INSTITUT EDITH CAVELL-MARIE DEPAGE, RUE EDITH CAVELL 32, 1180, BRUXELLES
- LES CLINIQUES DU SUD LUXEMBOURG, RUE DES DEPORTES 137, 6700, ARLON
- CENTRE HOSPITALIER DU BOIS DE L'ABBAYE, RUE LAPLACE 40, 4100, SERAING
- CLINIQUE UNIVERSITAIRES ST; LUC UCL, AV. HIPPOCRATE 10, 1200 BRUXELLES
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SART-TILMAN, DOM. UNIV. SART TILMAN
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINT PIERRE, RUE HAUTE 322, 1000 BRUXELLES

5.3.5 Non-member participation

The following non-member hospitals (or representatives) participated in the activities of 1998:

- CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON, RUE DU COUVENT 39, 7700, MOUSCRON
- HOPITAL ST-JOSEPH, STE THÉRÈSE ET IMTR RUE DE LA DUCHERE 6, 6060, GILLY
- CLINIQUE SAINT PIERRE, AV. REINE FABIOLA 9, 1340, OTTIGNIES
- CENTRE HOSPITALIER HUTOIS, RUE TROIS PONTS 2, 4500, HUY
- CLINIQUES UNIVERSITAIRES UCL, AV. DR; THERASSE 1, 5530 MONT-GODINNE
- CENTRE HOSPITALIER REINE FABIOLA BASSE SAMBRE, RUE CHERE VOIE 75, 5060, AUVELAIS

5.4 MINUTES OF THE DUTCH SPEAKING HOSPITAL FORUM MEETING 12/03/98

5.4.1 Aanwezig

- Dr. Deconinck L. diensthoofd Klin. Bio. O.L.Vrouw Ziekenhuis, Ieper
- Mr. Joris Goethals consultant
ACC Gebruikers, vertegenwoordigd op verzoek van de volgende ziekenhuizen:
AZ Heilig Hart, Oostende AZ Maria Middelaars, Sint-Niklaas
Revalidatiecentr. Hof ter Schelde, A'pen Psych. Zk-huis Sancta Maria, St-Truiden
Maria Ziekenhuis Noord-limburg, Lommel Ziekenhuis OLV Middelaars, Deurne
Psychiatrisch Centrum St.Jan, Eeklo H-Hart Ziekenhuis, Lier
Psych. Ziekenhuis St.Lucia, St-Niklaas Sint-Niklaaskliniek, Kortrijk
Imelda Ziekenhuis, Bonheiden
- Dr. Luyten Leon medische registratie Universitair Ziekenhuis, Antwerpen
- Mr. P. Andries informaticus Alg. Ziekenhuis Middelheim, Antwerpen-2
- Mr. Goossens Herman informaticus St. Elizabethziekenhuis, Turnhout

5.4.2 Verontschuldigd

- Mevrouw Das Liesbet Verant. Automatisering St Jozefskliniek - Turnhout
- Mr. Marc Beghein informaticus Provinciaal Broeders van Liefde (vertegenwoordigd alle ziekenhuizen Broeders van Liefde)
- Mr. De Vre De Pelikaan - Temse
- Mevr. Helga de Neve Diensthoofd Informatica AZ St Jan, Brugge

- Mr. Eric Van Aken Alg. Ziekenhuis Diest
- Mr. Willems Roger hoofd patiëntenzorg Psych. Centrum Broeders Alexianen, Boechout
- Mevr. Goossens Hilde EDP Virga Jesse Ziekenhuis, Hasselt
- Mr. Niko Dierickx Adjunct Directeur Verpleegtehuis Godtsvelde, Kortemark
- Mr. Jacques Callens Algemeen Directeur Sint Maarten - Kortrijk
- Mr. Jackie De Clercq Adm. Directeur Elisabeth Ziekenhuis - Sijsele
- Mr. Hugo Seghers Verantw. Informatica AZ Sint Blasius - Dendermonde
- Mr. Monballieu Marc diensthoofd informatica AZ St-Lucas - St.Jozef, Brugge
- Mr. Van de Velde R. diensthoofd informatica AZ-VUB

5.4.3 Goedkeuring verslag vorige vergadering en agenda

Het verslag van de vergadering van 10-12-97 werd unaniem goedgekeurd.

De agenda van de vergadering van 12-3-98 werd zonder wijzigingen goedgekeurd.

5.4.4 Verslag activiteiten betreffende andere fora

5.4.4.1 Developers forum

Twee technische groepen zijn momenteel actief: één rond een gemeenschappelijke data-dictionary, en een tweede rond een gemeenschappelijk codeersysteem voor laboratorium-resultaten. Voor de eerste zullen de activiteiten vlug en succesvol worden afgerond in de komende weken. Wat de codeertabel voor laboresultaten betreft, blijken de problemen rond de eigendomsrechten nog niet helemaal opgehelderd te zijn.

Bij sommige vendors is er tamelijk wat ongerustheid over een eventuele betrokkenheid van de farmaceutische industrie bij het Prorec-gebeuren, of zelfs breder bij de interesse die de farmaceutische industrie betoont voor het elektronisch medisch dossier.

De tekst "Olga Van de Vloed" betreffende de criteria voor elektronische medische dossierbeheersystemen bij de huisarts werd positief onthaald in die zin dat er geen elementen in voorkomen waarover de vendors het niet eens zijn. Wel wensen zij de prioriteiten te kennen. Bovendien moet het document zeer sterk verduidelijkt worden. Zij stellen voor een zeer gedetailleerd technisch document op te stellen dat als "lastenboek" of "implementatiedocument" kan dienen voor de criteria. Een voorwaarde is wel dat dit werk kan gefinancierd worden.

5.4.4.2 Franstalig huisartsenforum

Dit forum werd opgericht in September. Het heeft zich van in den beginne zeer actief opgesteld, en wordt logistiek ondersteund door de Bestuursdirectie Geneeskundepraktijk olv Dr. J. Dercq. Zijn reeds toegetreden als volwaardig lid: ITIM (SSMG), CENIM, CEDIMHO, UFM, CUMG-ULB, CUMG-Liège, CECIM, CEFOP, Forum des Associations, FAGC. Mediator voor dit forum is Dr. Françoise Mambourg.

Momenteel wordt gewerkt aan het document "Olga Van de Vloed". In tweede instantie buigen zij zich ook over de voorstellen "minimaal huisartsendossier" van de SSMG.

5.4.4.3 Franstalig Ziekenhuisforum

De eerste vergaderingen van dit forum hebben plaats gehad op 8/1/98 en 10/3/98. De belangstelling van de grote ziekenhuizen werd meteen gewekt. P. Gérard (ACTH) werd benoemd tot voorzitter van dit forum. Zij wensen voornamelijk te werken rond standaarden voor uitwisseling van patiëntgegevens. Zij stellen eveneens voor de contacten met het Nederlandstalig Ziekenhuisforum nauwer aan te halen.

5.4.4.4 Nederlandstalig huisartsenforum

De eerste vergadering van dit forum had plaats op 28-2-98. Een tiental personen waren aanwezig (WVVH, VHI, O. Van de Vloed, C. Steylaert, ...). De doelstellingen en mogelijke werkingsmodaliteiten werden besproken. Er werd beslist om die eerste vergadering niet als “officiële stichtingsvergadering” te aanzien, maar om vooralsnog een bredere oproep naar de huisartsen te lanceren. Alle aanwezigen steunden evenwel (sommigen met zeker voorbehoud) de oprichting van het forum. De beslissing zal genomen worden op de vergadering van 18-04-98.

5.4.4.5 Farmaceutische industrie

Een eerste vergadering met de farmaceutische industrie heeft plaats op 20/04/98 in de gebouwen van het Ministerie van Volksgezondheid. De bedoeling is na te gaan welk belang zij in de werking van Prorec kunnen hebben, en hoe dit kan ingepast worden in de behoeften van de andere fora.

5.4.4.6 Discussie

Met betrekking tot de verschillende fora vraagt P. Andries in welke mate verschillende sporen worden gevolgd, en hoe de overheid binnen dit plaatje past. Wivina De Meester is namelijk bezig met het opstellen van een “zorgplan” gebaseerd op “functionaliteiten”. Er is een VIPA-studie lopende waarbij aan ziekenhuizen informatie werd gevraagd. Het ministerie zou van start willen gaan met MFG, maar tot nog toe ontbreekt daarvoor een wettelijke basis. En tenslotte is er de evolutie naar managed care.

Met betrekking tot de pharma-industrie werd vermeld dat Glaxo aan sommige ziekenhuizen heeft voorgesteld om hun MKG gegevens te auditen.

5.4.5 Verslag technische werkgroep “labo”

L. Deconinck bracht als lid van deze werkgroep verslag uit. Aanvankelijk werden de verschillende codeersystemen besproken vanuit een historisch en technisch perspectief: Euclides, ACTH, LOINC, Ln95.

Nadien kwam een “koude douche”: het oorspronkelijk opzet dreigt wat in de war te worden gestuurd door Datasoft. De meeste vendors hebben reeds een mapping naar het Medidoc-systeem van Datasoft, maar zonder een belangrijke financiële tussenkomst weigert deze laatste de tabellen ter beschikking te stellen. Een compromis wordt uitgewerkt. Contacten met de Vereniging voor Klinische Biologie werden gelegd.

5.4.6 Overheidscommissies

De politieke molen maalt nog steeds zeer langzaam. De oprichting van een “Commissie Telematicastandaarden ten behoeve van de Gezondheidszorg” zou ver

rond zijn, maar op het niveau van de Eerste Minister vraagt men zich af waarom zo'n standaardcommissie uniek moet zijn voor de medische sector. Zelfs al kan dat aangetoond worden, dan nog zou er een probleem kunnen ontstaan wanneer elke sector individueel zo'n commissie in het leven zou willen roepen.

Door Dr. Dercq werd een werkgroep opgericht rond het elektronisch patiëntendossier, met het oog op de transmissie van gegevens naar een "wetenschappelijk instituut" (www.health.fgov/EMDMI/).

5.4.7 Discussie rond activiteiten 1998

Naar aanleiding van de geringe actieve betrokkenheid van de ziekenhuizen in de Prorec-meetings (de belangstelling blijft wel voldoende, voortgaande op het aantal verontschuldigheden) werden de mogelijke koerswijzigingen besproken. Volgens L. Deconinck is het EMD voor ziekenhuizen nog geen echt probleem, omdat er nagenoeg nergens een aanwezig is. W. Ceusters stelt echter dat dat precies het probleem is. L. Luyten gaat akkoord, maar ziet anderzijds de oplossing daarvoor niet vanuit Prorec komen. Ziekenhuizen hebben momenteel andere katten te geselen. Weinig artsen zijn bereid om met elektronische systemen te werken. Verder laten ze niet graag in hun kaarten kijken, wat een reëel risico is wanneer grote hoeveelheden gegevens elektronisch worden geregistreerd. J. Goethals spreekt die stelling tegen. Binnen ACC krijgen zij steeds meer en meer de vraag om dat wettelijk centraal medisch dossier daadwerkelijk te implementeren, zij het in vereenvoudigde vorm. Veel ziekenhuizen zijn ondertussen bezig die discussie intern te voeren. Prorec zou daarbij een rol kunnen vervullen door de kans te bieden die discussies in een breder kader te laten gebeuren.

L. Luyten werpt op dat er momenteel geen product is dat aan eenieders behoeften voldoet. EMD's worden binnen ziekenhuizen wel hier en daar gebruikt, eigenlijk zelfs in niet geringe mate, maar dan wel op dienstniveau, en niet ziekenhuisbreed. Er zou een manier moeten gevonden worden om die hokjesmentaliteit te laten varen. L. Deconinck vindt het bestaan van departementele systemen gerechtvaardigd. De informatiestromen tussen de verschillende diensten van een klein ziekenhuis zijn zeer klein, zodat het vanuit artsenstandpunt volstaat om met rudimentaire communicatievormen te werken. Technische departementen zoals radiologie en labo vormen daarop natuurlijk wel een uitzondering. De "eilanden"politiek is dus wel bevredigend voor de arts, maar niet voor de patiënt. L. Luyten beaamt dit: je kan vanuit de medische praktijk nog niet genoeg de nadelen van het eilandensysteem onderkennen.

Ook P. Andries bevestigt dit: in het Middelheim ziekenhuis werd een poging ondernomen voor de installatie van een hospitaalbreed EMD, maar dit is mislukt. De gescheiden departementele systemen draaien echter wel vlot. Het egocentrisme van de meeste artsen/diensten ligt daarvan aan de basis. Momenteel wordt wel onderzocht of de notie van een "minimaal centraal dossier" kan worden toegepast. Zo wordt binnen bepaalde diensten bekeken welke gegevens naar een resultatenserver kunnen worden gestuurd. Wat "kan", wordt bepaald door enerzijds de wet, en anderzijds de noodzakelijkheid.

De discussie werd besloten met de stelling dat het Prorec-forum der ziekenhuizen betreffende deze materie een standpunt zou moeten innemen.

5.4.8 Volgende vergadering

Deze zal gehouden worden samen met het Franstalig ziekenhuisforum op donderdag 14/05/98, 14.30, Auditorium 80, Campus UCL, Woluwe.

5.5 MINUTES OF THE FRENCH SPEAKING HOSPITAL FORUM MEETING 10/03/98

5.5.1 Present

Mr. Etienne Hennuy, Coordonnateur Informatique, CH Notre Dame - Reine Fabiola, Charleroi

Dr. Alain Seutin, CH Jean Titeca, Bruxelles

Mr. JP Daxhelet, Directeur Médical, Clinique et Maternité Ste Elisabeth, Namur

Dr. P. Gérard, Directeur Médical, Clinique Notre Dame, Charleroi

Mr. Gilbert, ACTH

Mr. L. D'Haene, Dir. Informatique, Inst. Edith Cavell, Bruxelles

Mr. Legrand, CUH Tivoli, La Louvière

Mr. Claude Piret, Dir. Informatique, CUH St Luc, Woluwe

Mr. Claude Ongaro, CHU Sart Tilman, Liège

W. Ceusters (President PROREC-BE VZW)

5.5.2 Excused

Mr. JP Jourdain, Directeur Informatique, CUH Erasme, Bruxelles

Mr. Chr. Guillaume, Dir. Adm, Les Cliniques du Sud-Luxembourg, Arlon.

5.5.3 Election of Board members and representatives

Mr. Gilbert (ACTH) was elected as chairman of the French - speaking Prorec Hospital Forum

Mr. Gilbert (ACTH) and Mr. Piret (St Luc) were elected as Members of the Board of Prorec-BE asbl.

5.5.4 Activities in other Prorec Fora

W. Ceusters gave an overview of the ongoing activities in the other Prorec fora.

The French-speaking GP forum approved with minor modifications the document on functional criteria for GP electronic healthcare record systems as drafted by the working group "Olga Van de Vloed". They are now studying a document issued by the SSMG on a "minimal GP record".

The Dutch GP forum had a first meeting on 28/2/98. It was attended by representatives of some major Flemish GP associations without a real representativeness however being reached. The attendees supported the creation of an active forum, but requested the final decision to be postponed for the second meeting (18/4/98).

The vendor forum is concerned about the potential role of the pharmaceutical industry. Collaboration possibilities are being discussed. They also studied the document "Olga Van de Vloed", but have problems with the wide variability of interpretations that can be given to the functional specifications. They want to draft clear technical specifications.

The Dutch Hospital Forum is suffering from a too small active involvement, though the need for information is considered high. Participation in a national hospital forum might be a solution.

A first meeting with the Pharmaceutical Industry is scheduled for 20/04/98.

5.5.5 Activities of the Forum

The attendees agreed on the lack of truly implemented standards and the importance that proper attention should be given to it by the Prorec forum. Cl. Ongaro sees some dangers in standards developed by vendors without active user involvement, a danger that according to Mr. Gilbert is not yet that serious because implementations did not occur yet. As such, modifications can still be requested.

It was decided that for 1998, the activities of the forum should be focused on standards. A first task should be to study the "Synapsis" document as approved by the vendors. This document presents only a conceptual model, but some clear agreements on syntax and data presentation should be made (Cl. Piret, Cl. Ongaro).

Another issue is the exchange of information towards and from GP's. St Luc is setting up a system for electronic communication. Other regions did so previously (Namur, Liege, Charleroi, Verviers, ...) or are considering to do so. It is however not yet known what the possibilities of Internet are from a legal and ethical point of view.

Mr. Hennuy proposed also to work on the involvement of the patient with respect to his medical data.

Finally, it was decided that the next meeting should be held together with the Flemish hospital forum, and that a representative from the CEN/TC251 mirror group had to be invited for a presentation.

5.5.6 Next meeting:

To be discussed with the invited speaker.

5.6 MINUTES OF THE FRENCH AND DUTCH SPEAKING HOSPITAL FORA MEETING 03/11/98

5.6.1 Présents

Dr. Michel Gilbert - Clinique Notre-Dame - Charleroi
Dr. Patrick Gérard - ACTH - Charleroi
Dr. Seutin - Centre Hospitalier Jean Titeca - Bruxelles
Dr. Daxhelet - Clinique et Maternité Ste Elisabeth - Namur
Dr. Piette - Hôpital St.-Joseph, Ste.-Thérèse et IMTR - Gilly
M. Pierrard - Clinique St.-Pierre - Ottignies
Mr. D'Haene - Institut Edith Cavell-Marie Depage - Bruxelles
Mr. Guillaume Christian - Les Cliniques du Sud-Luxembourg - Arlon
Mme. Cauwe - Cliniques Univ. UCL - Mont-Godinne
Mr. H. Meurisse - Cliniques Univ. UCL - Mont-Godinne
Dr. Vauthier - Centre Hospitalier Reine Fabiola Basse Sambre - Auvelais
Mr. Joiret - Centre Hospitalier Hutois - Huy
Dr. Deconinck L. - O.L.Vrouw-Ziekenhuis - Ieper
Mr. J. Goethals - ACC - Heverlee
Mr. L. Luyten - Universitair Ziekenhuis Antwerpen
Dr. Marc Bangels- ORATEUR
Dr. W. Ceusters - Président PROREC-BE
Mme. Ilse Delfosse - Director PROREC-BE

5.6.2 Excusés

Centre Hospitalier Regional de la Citadelle - Liège
Mr. Jourdain - Clinique Univ. Hôpital Erasme - Bruxelles
Dr. le Maire - Centre Hospitalier Univ. de Tivoli - La-Louvière
Mr. Delbecque - Centre Hospitalier de Mouscron
Centre Hospitalier du bois de l'Abbaye - Seraing
Centre de Traumat. et de Réadapt. - Bruxelles
Mr. Bertrand - Centre Hospitalier de l'Ardenne - Sainte Ode
Mr. Goossens - St.- Elisabethziekenhuis - Turnhout
Mr. Van de Velde - Akademisch Ziekenhuis VUB Brussel
Mevr. Das - Algemeen Ziekenhuis St.-Jozef - Turnhout

5.6.3 Introduction : Dr. W. Ceusters Président PROREC-BE

Le président mentionne le projet d'une Convention entre PROREC-BE et l'Art de Guérir (Ministère de la Santé Publique) pour préciser les fonctions de l'EMD. Cette Convention est basée sur le document Consensus nommé " Olga Vandevloed", et travaille au niveau de la fonctionnalité et au niveau technique.

Dans cette Convention on a réservé la possibilité de collaboration pour les représentants des hôpitaux. Les personnes intéressés sont priés de prendre contact avec Mme. Delfosse au Secrétariat PROREC-BE.

Le président communique que Mme. Ilse Delfosse, Directrice de PROREC-BE est en charge des activités quotidiennes. Vous pouvez l'atteindre au secrétariat PROREC-BE:

v.z.w. PROREC-BE a.s.b.l.

"Het Moorhof"

Tél : 053/ 62.95.45

Hazenakkerstraat 20

Fax : 053/ 62.95.55

9520 Zonnegem

e-mail : ilse@landc.be

Le président introduit le Dr. Marc Bangels, Docteur en Médecine, Licencié en Informatique Biomédicale. Actuellement Expert en charge du Dossier "Télématique et Informatique au service des Soins de Santé" auprès de la Direction de la Politique des Soins de Santé, au sein de l'Administration des Soins de Santé du Ministère de la Santé Publique.

5.6.4 Présentation du document de réflexion- Dr. Marc Bangels

5.6.4.1 Un projet global pour l'informatique et la télématique au service des soins de santé Document de réflexion - Marc Bangels

Ce texte est un document de travail informel, support à la réflexion et à la discussion, qui a été présenté au Forum Prorec des Hôpitaux francophones et néerlandophones à Charleroi le 3 novembre 1998.

5.6.4.1.1 INTRODUCTION

5.6.4.1.1.1 Finalité :

- Renforcer une gestion efficiente et dynamique de l'organisation des soins de santé.
- Perfectionner la fiabilité, la portabilité et la transmission du dossier patient.
- Fournir des outils performants aux prestataires de soins de santé.

Afin de

- Soutenir la mise en place d'un système d'information sanitaire global et intégré.
- Améliorer et assurer une évaluation continue de la qualité des soins.

5.6.4.1.1.2 Contexte :

- Nouveau concept hospitalier.
- Avancées quant au dossier médical général.
- Existence de travaux aboutis (nationaux et internationaux) en standardisation de l'informatique biomédicale.
- Développement récent des réseaux de communication électronique et des traitements d'informations multimédias.
- Protection de la vie privée, des droits du patient et respect du secret médical.

5.6.4.1.1.3 Problématique :

- Dispersion et redondance des données médicales d'un même patient.

- Résistances à la mise en commun des données patients et au partage des bases de données médicales.
- Craintes quant à l'utilisation des données stockées et transmises.
- Informatisation rapide du secteur des soins de santé.
- Multiplication anarchique des initiatives des associations locales et des firmes commerciales.
- Faible utilisation des normes de standardisation et prolifération des standards de facto.
- Décalage entre l'évolution technologique et les exigences de sécurité.
- Risque d'évolution discordante des implémentations réalisées dans les domaines hospitaliers et ambulatoires.

5.6.4.1.1.4 *Rôles possibles des pouvoirs publics dans la promotion de l'informatisation des soins de santé :*

Explorer

- Mise en place de structures d'avis et de concertation
- Etudes et projets pilotes

Veiller

- Convergence des solutions adoptées dans les domaines hospitaliers et ambulatoires
- Sécurité technique et juridique du système
- Sécurité éthique et déontologique de l'accès et de l'exploitation des bases de données médicales
- Collecte et analyse des données des dossiers médicaux

Soutenir

- Promulgation de normes légales d'organisation et de standardisation
- Création d'infrastructures et développement de solutions
- Homologation et usage de produits performants
- Promotion du curriculum du médecin spécialisé en informatique médicale

Informier

- Inventaire et évaluation des solutions disponibles.
- Accompagnement (information et formation) des professionnels de la santé.
- Information à la collectivité.

5.6.4.1.2 LES DOMAINES À DÉVELOPPER

5.6.4.1.2.1 *Médecine hospitalière :*

- Finalité, architecture et gestion du système d'information hospitalier.
- Architecture et informatisation du dossier patient hospitalier (médical, infirmier et administratif).
- Serveurs de documents et de résultats.
- Réseaux de communication et d'information intra-hospitaliers.

- Consolidation des données intrahospitalières.
- Collecte et exploitation de données résumées.
- Amélioration de la production intégrée et de l'utilisation interne des RxM.
- Informatisation des archives médicales et archivage des dossiers médicaux informatisés.
- Réseaux locaux et globaux de communication entre hôpitaux.
- Transmissions de données entre hôpitaux et médecins généralistes.
- Echanges avec Inami et organismes assureurs.
- Nomenclatures standardisées (terminologies et codifications : observations, diagnostics, procédures et traitements).
- Définition d'incitants à l'informatisation du dossier patient hospitalier.
- Création de sites internet d'information externe par les institutions de soins.

5.6.4.1.2.2 *Médecine ambulatoire :*

- Informatisation du dossier patient du généraliste et du spécialiste extra-muros.
- Mise en oeuvre télématique du dossier médical général (dont échanges entre prestataires).
- Echanges avec Inami et organismes assureurs.
- Nomenclatures standardisées (concepts, terminologies et codification).
- Définition d'incitants à l'informatisation du dossier médical du généraliste.
- Collecte et exploitation de données résumées issues de la médecine ambulatoire.
- Notion de résumé ambulatoire minimum (RAM).

5.6.4.1.2.3 *Transmissions et supports des données :*

- Infrastructures de télécommunication.
- Architecture générale des infrastructures spécifiques à la télématique médicale.
- Normes et standards de transmissions.
- Développement du stockage, de l'accès et de la transmission des images médicales.
- Développement des fonctions de la carte à puce (patients et prestataires).
- Standardisation du codage ou de tables de transcodage des données transmises.
- Fusion et exploitation des données (système d'information sanitaire) :
- Clé unique d'identification patient.
- Codifications et terminologies unifiées entre médecine hospitalière et médecine ambulatoire.
- Mise en place du dossier médical général partagé.
- Consolidation des données dispersées hospitalières et extra-hospitalières.
- Collecte et exploitation de données résumées hospitalières et extra-hospitalières.

5.6.4.1.2.4 *Sécurité :*

Ce domaine est vaste et pluridisciplinaire (aspects techniques, juridiques, déontologiques et éthiques).

- Organisation des structures de contrôle du fonctionnement des infrastructures.
- Stockage et accès des données : intégrité, confidentialité, limitation d'accès, encryptage, archivage, destruction.
- Transmissions des données : acheminement, confidentialité, limitation d'accès, encryptage.
- Standardisation des messages et des nomenclatures.
- Homologation des produits (critères et méthodes).
- Techniques d'anonymat.
- Signatures électroniques.
- Extension du respect du secret médical aux techniciens qui accèdent aux données.

5.6.4.1.2.5 *Appui à la pratique médicale :* *Communication*

- Réseaux d'échanges globaux (téléstaffs et groupes de discussions).

Information

- Promotion de l'usage documentaire d'internet.
- Constitution et accès de bases de données et de bibliothèques virtuelles.

Formation

- Formation des professionnels de santé à l'informatique médicale (alphabétisation scientifico-technique).
- Enseignement assisté par ordinateur.
- Curriculum des médecins spécialistes en gestion de données médicales et en investigations cliniques.

Aide à la décision

- Banques de connaissance médicales et infirmières.
- Systèmes experts (diagnostic, traitement, prescription, aide à l'encodage RxM).

5.6.4.1.2.6 *Médecine à distance (télémédecine) :*

- Téléconsultations.
- Téléinterventions.

- Télésurveillances (home-monitoring).

5.6.4.1.2.7 *Information du grand public.*

5.6.4.1.3 **UNE ARCHITECTURE GLOBALE**

Le schéma ci-après propose un projet de modèle d'architecture télématique d'un système d'information sanitaire global et intégré qui rassemble une majorité des concepts évoqués ci-dessus. Il s'agit d'un modèle conceptuel télématique et pas d'un modèle fonctionnel exhaustif.

Il s'organise autour de cinq grands axes :

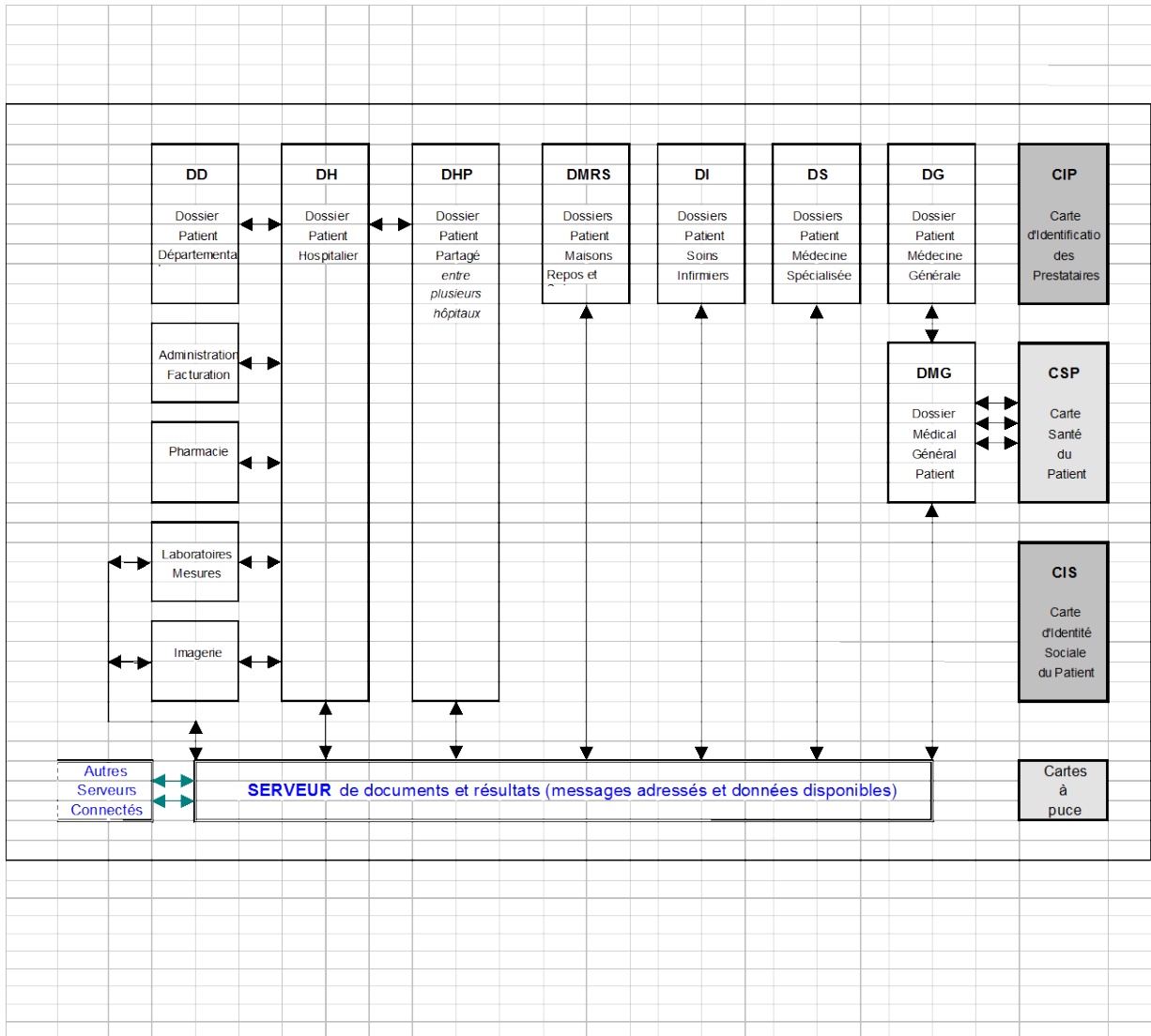
- le dossier patient hospitalier modulaire et dynamique,
- les serveurs télématiques de documents et de résultats,
- l'interconnexion de ces serveurs en un réseau privé sécurisé,
- le dossier patient médical général géré par le médecin généraliste et
- le dossier médical portable du patient sur carte à puce.

Quelques explications :

- Chaque prestataire de soins travaille avec un dossier local qui lui est spécifique et qui comporte des informations qui sont propres à son activité (et qui sont de peu d'utilité en dehors de ce contexte) ainsi que des données qui doivent être mises à la disposition d'autres prestataires afin d'assurer un suivi optimal de l'état de santé du patient. Cette **cascade de dossiers** selon un principe de **subsidiarité**, du plus spécifique au moins spécifique (mais plus partagé), assure à chaque intervenant le contrôle des données mises en commun et lui permet la mise en place d'infrastructures qui conviennent à ses besoins particuliers.
- Le **système d'information hospitalier** (SIH) s'articule autour du **dossier patient hospitalier** (DH) qui constitue la plaque tournante modulaire et dynamique autour de laquelle gravitent les **dossiers patient départementaux** (DD) médicaux ou infirmiers et l'ensemble des **services** qui collaborent dans l'hôpital.
- Dans le cadre de collaborations entre plusieurs sites hospitaliers, les dossiers patients hospitaliers de chaque site se rassemblent en un **dossier patient partagé** (DP).
- Les **serveurs de documents et de résultats** sont des services télématiques privés mis en place par un ensemble d'établissements de soins qui s'entendent pour former une **association** autour de ce projet. Les fonctionnalités de ces serveurs comprennent le transfert de messages adressés et le stockage de données accessibles à la requête des prestataires autorisés.
- Les serveurs sont **alimentés** par tous les prestataires de soins de santé, tant au niveau hospitalier qu'au niveau des établissements de soins non hospitaliers (dossiers patient des maisons de repos et de soins - DMRS) et des prestataires ambulatoires (dossiers soins infirmiers - DI, dossier médical général - DMG et dossiers des médecins spécialistes - DS).
- Les serveurs permettent aussi aux **laboratoires** et aux **services d'imagerie** de transmettre les résultats de leurs demandes d'examens extra-muros. Les serveurs sont interconnectés pour former un **réseau spécifique protégé** et assurer que les informations sont échangées et disponibles au-delà des périmètres d'activités (géographiques ou autre critère de collaboration) qui correspondent aux

associations responsables de ces serveurs. L'interconnexion des serveurs permet à chaque prestataire d'accéder à l'ensemble des données, indépendamment de son point d'entrée habituel dans le réseau. Ce modèle de serveurs décentralisés interconnectés évite la centralisation des données médicales dans une structure de stockage unique.

- Le **dossier médical général** (DMG) est tenu par le médecin généraliste. Il le compose en regroupant et en synthétisant des données issues de sa propre pratique (dossier patient du généraliste - DG) et des informations qui lui sont transmises par d'autres prestataires via les serveurs de documents et de résultats. L'interconnexion des serveurs permet au médecin généraliste d'accéder à l'ensemble des données, indépendamment de son point d'entrée habituel dans le système.
- Le **dossier médical portable du patient** est géré par le médecin généraliste responsable du dossier médical général de ce patient. Il est stocké sur une carte à puce (CSP : carte santé du patient) qui contient des données in situ (écrites sur la carte) et des données indirectes (ces données sont disponibles sur les serveurs de documents et de résultats et c'est leur adresse qui est écrite sur la carte). Seuls les prestataires autorisés (médecins, pharmaciens, etc : ils sont reconnus par leur carte d'identification de prestataire - CIP) peuvent lire les données in situ et indirectes. L'usage de la carte à puce permet au patient de posséder son propre dossier médical portable qui lui assure (sous la responsabilité de son médecin généraliste) d'être en possession d'un ensemble de données utiles lors d'un premier contact avec une structure qui ne possède pas de dossier pour lui (notions de dossier médical minimum utile de présentation ou de dossier médical d'urgence) et qui lui permet de garder la mémoire des épisodes de soins qui ne sont pas en relation directe avec son médecin généraliste (et, partant, de permettre à ce dernier de les retranscrire dans le dossier médical général). La carte qui porte le dossier médical portable du patient n'est pas la carte d'identité sociale.



STRATEGIE = **Réflexion + Formalisation + Expérimentation**

➤ Notons qu'à l'heure actuelle, le développement des systèmes d'informations hospitaliers est, comme dans d'autres secteurs, relativement paralysé par l'affectation de la majorité des ressources à la résolution de deux problèmes urgents, avec des échéances précises : le passage à la monnaie européenne unique et le cap de l'an 2000. C'est cependant aussi le bon moment pour réfléchir...

➤ L'évolution de l'informatique médicale à l'hôpital nécessite un changement de mentalité de la part des gestionnaires d'hôpitaux : le système d'information hospitalier doit sortir de son image d'outil au service de la gestion administrative (et des finances) pour être perçu comme un enjeu stratégique en matière d'organisation et de qualité des soins de santé. Cette "déformation" est aussi présente auprès des producteurs de logiciels dans le domaine hospitalier qui offrent actuellement peu de solutions satisfaisantes en matière de gestion des données et des dossiers médicaux.

5.6.4.1.4.1 *Réflexion = Groupes de travail*

De nombreux domaines doivent encore être explorés avec la collaboration d'experts et de praticiens du secteur afin que des solutions communes soient adoptées.

D'où la proposition de mise en place de groupes de travail chargés d'établir des recommandations qui seront, si nécessaire, implémentées en avis officiels ou en normes légales.

◇ **Le groupe de travail "Informatique et Télématique Hospitalière"**

- Architecture et gestion du système d'information hospitalier.
- Architecture et informatisation du dossier patient hospitalier.
- Réseaux de communication et d'information intra-hospitaliers (intranet).
- Réseaux locaux et globaux de communication entre hôpitaux.
- Mise en place du dossier patient partagé intersites.
- Développement du stockage, de l'accès et de la transmission des images médicales.
- Informatisation des archives médicales et archivage des dossiers informatisés.
- Définition d'incitants à l'informatisation du dossier patient hospitalier.
- Création de sites d'information externe par les institutions de soins.

◇ **Le groupe de travail "Interfaces"**

- Architecture générale des infrastructures spécifiques à la télématique médicale.
- Organisation et mandat des associations télématiques.
- Serveurs de documents et de résultats.
- Normes et standards de transmissions.
- Développement des fonctions de la carte à puce (patients et prestataires).
- Transmissions de données entre hôpitaux et médecins généralistes.
- Transmissions de données entre hôpitaux, organismes assureurs (mutuelles) et Inami/Riziv.
- Infrastructures télématiques des maisons de repos et de soins.

- Mise en oeuvre télématique du dossier médical général.
- Téléconsultations, téléinterventions et télésurveillances (home-monitoring).
- **Le groupe de travail “Système d’Information Sanitaire”**
- Finalité du système d’information hospitalier.
- Consolidation des données intrahospitalières.
- Amélioration de la production intégrée et de l’utilisation interne des RxM.
- Echanges de données entre hôpitaux et médecins généralistes.
- Echanges avec Inami et organismes assureurs.
- Collecte et exploitation de données résumées hospitalières et extra-hospitalières.
- Nomenclatures standardisées (terminologies et codifications : observations, diagnostics, procédures et traitements).
- Codifications et terminologies unifiées entre médecine hospitalière et médecine ambulatoire.
- Standardisation du codage ou de tables de transcodage des données transmises.
- Constitution et accès de bases de données et de bibliothèques virtuelles.
- Banques de connaissance médicales et infirmières.
- Systèmes experts (diagnostic, traitement, prescription, aide à l’encodage RxM).

◇ **Le groupe de travail “Sécurité”**

Aspects sociaux, techniques, juridiques, déontologiques et éthiques.

Travaillerait en collaboration avec les groupes “Sécurité des systèmes télématiques” et “Aspects juridiques et éthiques” de l’Art de Guérir.

- Stockage et accès des données : intégrité, confidentialité, limitation d’accès, encryptage, archivage, destruction.
- Transmissions des données : acheminement, confidentialité, limitation d’accès, encryptage.
- Clé unique d’identification patient.
- Techniques d’anonymat.
- Signatures électroniques.
- Formalisation = Etudes pilotes

Dans certains cas, les sujets qui doivent être étudiés dépassent les capacités de fonctionnement de groupes de travail et devraient faire l’objet d’études pilotes, financées pour l’externe ou gérées en interne.

D’innombrables travaux existent au niveau national et international : il ne s’agit pas ici de les réinventer mais plutôt de les synthétiser et de les intégrer dans le cadre de projets concrets.

Les résultats de ces études seraient des références utiles et incontournables pour les étapes de l’expérimentation (projets pilotes).

◇ **Etude pilote “Dossier patient structuré”**

Proposerait un modèle conceptuel et une architecture de dossier patient structuré.

Approuvée par le groupe de travail “Informatique et télématique hospitalière”

◇ **Etude pilote “Transferts de données”**

Proposerait une norme de conformité en matière de transfert de données médicales.

Approuvée par le groupe de travail “Interfaces”.

◇ **Etude pilote “Codifications unifiées”**

Proposerait un système de réseaux de codifications et de dictionnaires terminologiques communs entre médecine hospitalière et médecine ambulatoire.

Approuvée par le groupe de travail “Système d’information sanitaire”.

◇ **Etude pilote “Cartes santé”**

Proposerait un éventail des possibilités techniques et organisationnelles de la carte à puces dans le domaine des soins de santé.

Approuvée par les groupes de travail “Interfaces” et “Sécurité”.

5.6.4.1.4.2 *Expérimentation = Projets pilotes*

En parallèle et en support à la définition de solutions, il faut les tester pour les valider et enrichir la théorie par l’exemple et l’expérience (approche ‘bottom-up’) avant la généralisation des concepts (approche ‘top-down’).

D’où la proposition de financer des projets pilotes, soit en appuyant des initiatives existantes et prometteuses, soit en favorisant la création de projets neufs et porteurs.

Chaque projet serait suivi et évalué avec un comité d’accompagnement.

◇ **Projets pilotes “Dossiers patients hospitaliers”**

Promotion de la mise en place de dossiers patients uniques intra-hospitaliers et de dossiers patients partagés inter- hospitaliers.

◇ **Projets pilotes “Associations télématiques”**

Promotion de la mise en place de synergies inter-hospitalières dans le cadre d’associations télématiques et d’infrastructures télématiques correspondant à des accords de collaboration entre institutions de soins et prestataires ambulatoires.

◇ **Projets pilotes “Téléimagerie médicale”**

Promotion de la mise en place de solutions performantes en matière de production, de stockage, d’archivage, de transfert et d’utilisation de solutions digitales dans le domaine de l’imagerie médicale.

◇ **Projets pilotes “Cartes santé et continuité des soins”**

Expériences prototypes de dossier patient portable sur cartes à puce dans le cadre d’accords de collaboration entre institutions de soins et prestataires ambulatoires.

◇ **Projets pilotes “Intranet”**

Promotion de la mise en place de systèmes d’informations intra-hospitaliers.

5.6.4.2 *Résumé de la discussion au Forum Prorec des Hôpitaux francophones et néerlandophones - Marc Bangels*

Il semble clair pour chacun que la principale difficulté actuelle est d'unifier en un dossier patient unique partagé (papier ou informatisé) les dossiers spécifiques que chaque spécialisation produit.

Le modèle présenté correspond à la production de multiples résumés de prestations et d'hospitalisations. Plusieurs participants ont exprimé leur scepticisme devant la possibilité pratique de cette concentration de données.

D'abord parce que c'est une surcharge de travail. Ensuite parce qu'il y a un risque de perte de la qualité et de la validation des informations.

La production automatique de ces résumés à partir d'un dossier médical informatisé est un défi. Diverses études l'ont abordé (voir les concepts CHIC).

Des participants estiment que la transmission de codes (comme pour les RCM) pourrait suffire. Cependant, les codes ICD-9 liés à une hospitalisation étant insuffisants, on pourrait y ajouter les codes INAMI. L'impossibilité de recevoir des informations codées au départ du dossier du médecin généraliste est évoquée.

La systématisation de la lettre de sortie est perçue comme un objectif louable à plusieurs points de vue : bonne base télématique, mémoire interne de l'hôpital, outil de communication avec le médecin généraliste.

Il serait intéressant de réaliser une enquête auprès de tous les hôpitaux afin de réaliser un état des lieux des installations informatiques, des produits utilisés et des projets en cours.

Il est proposé de présenter ce projet au Forum des Développeurs et suggérer la création au sein de ce Forum un groupe technique spécifique au domaine hospitalier.

6. THE PROREC-BE GENERAL PRACTITIONERS FORA

6.1 INTRODUCTION

The general practitioners fora turned out to be the most difficult to set up, and this for many reasons.

First there is the political climate. Many actors consider the electronic healthcare record as a powerful and multifunctional weapon for realising objectives that themselves nothing have to do with faithful registration of healthcare data. If the government “controls” electronic healthcare record data, it could use these data to control GP's. When cost containment studies are based upon it, this might result in political decisions that have a negative impact on the GP's income. When the GP becomes the “manager” of the healthcare record, this might have an impact on patient referral to hospitals and probably will also diminish the number of patients seeking direct advice from medical specialists. Medical specialists of course will not appreciate this. These are only a few examples showing the unfortunate relationships between politics and technology development in the area of healthcare informatics.

Second, there is a serious lack of education related to medical record keeping in general, and medical informatics in particular. This is not only the case for GP's, but for medical specialists as well. For GP's, the lack of understanding is however more critical. Many of them are not acquainted with the POMR and episode centred registration paradigm, yet it is proposed by GP academic centres (and soon also by the government) as a gold standard. Even more dramatic is the mixing up of technical and functional issues. Because functionally, Belgian GPs will be assigned the responsibility to manage the

electronic data of their patients, many (even academics) assume that all these data physically have to reside in the GP's computer system and they vigorously reject the concept of the "virtual record" on the basis of misunderstanding. Also, the conceptual architecture of the electronic healthcare record is often mixed up with the technical architecture or physical data structure of electronic healthcare record systems. This often leads to situations where GP associations want to dictate how systems have to be built, instead of what they have to perform. In such a climate, it is of course extremely difficult to mediate for a global vision.

For the French speaking GP associations, the "psychological" problems related to multidisciplinary collaboration as proposed by PROREC, are now resolved and many joined the forum. This forum has grown from a rather contesting to a constructive forum.

At the Dutch speaking side, the forum was created this year. In this forum two working groups are set up "INPUT" and "OUTPUT". To achieve their goals, they are prepared to delegate the work by consulting external experts. The Dutch speaking General Practitioners also foresee submitting autonomous projects to the government and qualifying for subsidies.

In December started a convention between PROREC-BE and the government: Project: "Technical implications relative to the functions of the EHCR". The objective is to define standardisation elements of the EHCR in order to promote their quality. This will give GP's new functionalities for an optimal management of patient data. An other objective is to increase and to optimise exchanges between practitioners of different disciplines and between practitioners and public authorities. The use of standards for data transmission has to increase the continuity of patient care. Members of the PROREC-BE General Practitioners fora will describe precisely the functions of the EHCR (described in a consensus document prepared by the ministerial working group) and they will translate them into practical directives, concerning the needs and the criteria in order to obtain an optimal functionality. Together with developers they will create a consensus procedure to determinate the elements to be realised in the short, half-long and long term. (See External activities, Participation in national activities, Convention)

6.2 AIMS AND OBJECTIVES

The Dutch speaking General Practitioners Forum gathers Dutch speaking General Practitioners and Primary Care Workers. The aim of this forum is to promote the quality of primary care by developing recommendations and projects to achieve good EHCR's and an optimal exchange of data between the providers themselves and between providers and the government.

The French speaking General Practitioners forum gathers computerised GP's representing scientific organisations, user groups (Medical Informatics Clubs or Software User Clubs), or professional associations. The objective of the French speaking General Practitioners Forum is to work out consensus recommendations starting from documents and projects on the move. Once these recommendations are drafted, their functioning, efficiency and adequacy will be tested on the field.

6.3 MEMBERSHIP

6.3.1 Membership conditions and privileges

Members through the General Practitioners forum pay a fee of 5.000, - BEF.

In addition to the rights granted to the membership in accordance with the relevant paragraphs in the Articles of Association of PROREC-BE VZW, full membership of PROREC entitles General Practitioners and Primary Care workers:

- to attend free of charge all G.P. meetings and to G.P. technical working groups, at least 4 times a year (normally 450 BEF / meeting) ;
- to receive all documents used or produced in all PROREC meetings (included those of other than G.P.'s platforms) free of charge ;
- to cooperate in national, regional or international projects in which PROREC-BE participates;
- to be eligible as a member of the Management Board;

6.3.2 Current membership Dutch speaking General Practitioners Forum:

- Dr. Jozef Dillen, A.S.G.B.
- Dr. Nick De Swaef, Ac. Centrum Huisartsgeneeskunde VUB
- Dr. Karel SMEULDERS, Bestuurslid Huisartsenkring
- Dr. Johan VAN RAFELGHEM, Bestuurslid Huisartsenkring
- Prof. Dr. Frank Buntinx, Centrum. Huisartsgeneeskunde,
- Dr. Olga VAN DE VLOED, Geneeskundige. Kring Houthalen-Helchteren
- Dr. Patrick De Coninck, Health Dender
- Dr. L. Geudens, Health Kempen
- Dr. Jurgen De Beule, Lok Antwerpen Noord
- Dr. Walter Verhelst, Medidoc gebruikersclub
- Dr. Patrick Dufraimont, Medisch Centrum voor Huisartsen
- Dr. Jan Spincemaille, SoMeDi
- Dr. Leo Pas , VHI
- Dr. Marc Michaux , vzw HVHH
- Dr. Patrick Verdonck , W.V.V.H. vzw
- Mr. Louis Paquay , Wit - Gele Kruis

6.3.3 Non-member participation:

In addition to the actual members, a number of G.P.'s or primary care workers participated in the activities of the forum as well:

- Prof. Dr. Jan VAN DAMME, Ac. Centrum Huisartsgeneeskunde KUL
- Dr. E. Koopmans, AMGB
- Dr. Paul Putzeys, ASGB, DKB
- Dr. Leo ADAM, Bestuurslid Huisartsenkring
- Dr. Yvan BERTELS, Bestuurslid Huisartsenkring
- Dr. Marcel DE SMEDT, Bestuurslid Huisartsenkring
- Dr. Luc FRISCH, Bestuurslid Huisartsenkring
- Dr. Joost Verelst, Bestuurslid Huisartsenkring Deurne Borgerhout
- Dr. Johan Strobbe, Commissie Telematica

- Luc Baert, Coordinator Informatica APB
- Dr. Ri De Ridder, De Sleep
- Dr. Walter De Smet, Huisartsenkring A'pen Linkeroever
- Dr. Ludwig Van Boxelaer, Medisch DiscussieForum
- Prof. M. Nyssen, Medische Informatica VUB
- Dr. Rudi Tielemans, Medische Informatica VUB
- Dr. Dirk Smets, Ministerie Van Volksgezondheid
- Dr. G. Van Loo, Ministerie Van Volksgezondheid
- Dr. Paul Heyerick, Vakgroep H A - .UZ Gent
- Georges Depuydt , VAS
- Dr. Peter Burggraeve , VHI
- Dr. Theo Putzeys , VHP
- Dr. Carl Steylaerts , WVVH, VHP
- Frederik Cheeseman

6.3.4 Current membership French speaking General Practitioners Forum:

- Docteur D. Blonda, Académie de Médecine
- Docteur V. Formato, CECIM
- Docteur Deroubaix, CEDIMHO
- Docteur André Wislez, CEFOP
- Docteur Jeandrain, CENIM
- Docteur Michel Roland, CUMG Campus facultaire Erasme
- Docteur Luc Vansnick, FAGC
- Docteur Philippe Devos, ITIM
- Docteur Tarpataki, UFM
- Docteur Philippe Vandermeeren, Président du GBO

6.3.5 Non-member participation:

In addition to the actual members, a number of G.P.'s, G.P.-associations or primary care workers participated in the activities of the French speaking G.P. Forum as well:

- Docteur Paul Vollemaere, AMGEBER
- Docteur B. Van Drooghenbroeck, Assoc. des Méds. Géns.de Dampremy- Lodelinsart
- Grignard, SMAV
- Dr. E Koopmans, Vlaams Eerstelijnsforum
- Dr. Richard Martens
- Dr. De Keyser
- Dr. Simon, ITIM
- Docteur Désiré Verbraeck, CENIM
- Dr. Daniel Van Thuyne, CUMG UCL
- Docteur Etienne De Clercq, Ecole de Santé Publique
- Docteur M. Jamouille, ESP-ULB
- Docteur Pierre De Plaen, FORUM DES ASSOCIATIONS
- Docteur Martens, FORUM DES ASSOCIATIONS
- Dr. Pierre de Biseau, Ministère de la Santé Publique
- Docteur J.P. Dercq, Ministère de la Santé Publique
- Docteur H. Maquoi, Service de garde de Ben-Ahin
- Docteur Désiré Verbraeck, SSMG
- Docteur Hubert, U.F.M.

- Docteur Marc Bangels
- Docteur P.J. Bruwier
- Docteur Françoise Mambourg
- Einhorn, journal du médecin
- Dr. J.P. Dercq, Ministère de la Santé publique
- Docteur Guy Masson
- Docteur Stramboli
- Dr. Willy Bruwier

6.4 DISCUSSIE OVER DE OPRICHTING VAN EEN NEDERLANDSTALIG HUISARTSEN FORUM -PROREC-BE VZW. VERSLAG VAN EEN VERGADERING BIJÉNGEROEPEN DOOR PROREC-BE VZW, HET MOORHOF, ZONNEGEM, 28/2/98, 14.00-17.00

6.4.1 Aanwezig

- Dr. P. Verdonck (MIT , Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen, VZW)
- Dr. I. Bertels (Huisarts)
- Dr. L. Pas (co-ordinator van Vlaams Huisartsen Instituut VZW / ACHG VUB)
- Dr. L. Frisch (Huisartsenkring Zuid-West Pajottenland)
- Dr. E. Koopmans (Academie voor Algemene Geneeskunde België,VZW)
- Dr. O. V.d. Vloed (Huisartsenkring Houthalen / Kabinet Min. Colla/ lid van Vlaams Huisartsen Parlement)
- Dr. C. Steylaerts (lid van Vlaams Huisartsen Parlement)
- Dr. M. De Smedt (Huisartsenkring Brakel-Lierde)
- Dr. W. Ceusters (Voorzitter Prorec-Be VZW)
- Mr. Smets (medewerker van Ministerie van Volksgezondheid, Dienst Geneeskundepraktijk), verslaggever

6.4.2 Voorstelling van het Prorec-project en de vzw Prorec-BE

W.Ceusters geeft een korte voorstelling van het Prorec-project en de VZW Prorec:

* Prorec is in 1995 opgericht om op Europees niveau, in navolging van de situatie in de VSA (Computerised Patient Record Institute), te streven naar hoogkwalitatieve elektronische medische dossiers (EMD) die uitwisselbaar zouden zijn tussen alle lidstaten.

Concreet werden er in 5 verschillende lidstaten nationale centra opgericht, nl. in België, Spanje, Groot-Brittannië, Noorwegen en Frankrijk die als doel hebben om informatie ter zake in te zamelen, te verwerken en terug te verspreiden binnen het eigen land alsook op Europees niveau.

* Prorec-Be werd als vzw opgericht in april '96 en zal in zijn huidige vorm lopen tot mei '99.

Een project werd hiertoe opgezet door 'Office Line Engineering NV', kortweg hierna 'Project Prorec' genaamd. Dit project wordt gesubsidieerd door de EU die een budget van 4 miljoen ter beschikking gesteld heeft voor een periode van 3 jaar, op voorwaarde dat het totaal budget minstens 7 miljoen zou bedragen. Dit extra geld komt ondermeer binnen op de manier waarop het Prorec-project door Office Line Engineering NV werd opgezet via ledenwerving, alsook via extra projecten met de nationale en regionale

overheden. :

- * momenteel zijn zo'n 20 bedrijven (software-producenten die programma's voor EMD ontwikkelen) betalend lid van Prorec-Be; zij betalen jaarlijks 10.000 à 50.000 lidgeld wat goed is voor 700.000 /jaar
- * het lidgeld voor de leden van de huisartsen -zoals reeds bepaald langs franstalige kant- bedraagt 5000 /jaar per associatie ; ziekenhuizen betalen 5.000 tot 15.000 BEF per jaar volgens het aantal erkende bedden.
- * Individuele personen kunnen ook deelnemen aan de vergaderingen zonder lid te zijn, a rato van 450 per zitting

Concreet wordt de 4 miljoen afkomstig van de EU vooral gebruikt om de werking van Prorec-be te verzekeren (lonen W. Ceusters en zijn medewerkers); het extra budget dat aangebracht wordt door de leden wordt in principe ook weer terug verdeeld onder de leden in ruil voor uitgevoerde projecten, bv. voor het ontwikkelen van software-modellen,...

Binnen Prorec-Be VZW werden verschillende fora opgericht:

- * Forum van de software-ontwikkelaars: hierin zitten de belangrijkste fabrikanten die actief zijn op dit terrein
 - * hebben reeds een akkoord over een conceptueel model voor de uitwisseling van data en zijn bereid dit te implementeren *indien* dit *gevraagd* wordt door de *gebruikers*
 - * een technische werkgroep is bezig met de ontwikkeling van een unieke tabel voor de registratie van laboratorium resultaten
 - * een tweede technische werkgroep houdt zich bezig met de ontwikkeling van een Data Dictionary System
- * Forum van de Nederlandstalige ziekenhuizen
- * Forum van de Franstalige ziekenhuizen
- * Forum van de Franstalige huisartsen
- * De bedoeling van de vergadering bijéengeroepen op 28/2/98 was om eveneens een Forum van de Nederlandstalige huisartsen op te richten.
- * In de nabije toekomst zou ook nog een Forum van de pharmaceutische firma's opgericht worden.

Op korte termijn kan dan een Raad van Bestuur voor Prorec-Be VZW. samengesteld worden met daarin:

- * 4 leden van het Forum software-ontwikkelaars
- * 2 leden van het Forum Nederlandstalige ziekenhuizen en 2 leden van het Forum Franstalige ziekenhuizen
- * 2 leden van het Forum Nederlandstalige huisartsen en 2 leden van het Forum Franstalige huisartsen
- * 4 leden van het Forum pharmaceutische firma's

Enkel effectieve *leden* van Prorec-Be kunnen zetelen in de Raad van Bestuur.

6.4.3 Voorstel voor de oprichting en werking van het Nederlandstalig Prorec-Be HuisartsenForum

Na discussie worden volgende principes door alle aanwezigen voorgesteld en unaniem goedgekeurd :

1. De groep beslist dat er op de vergadering te weinig mensen aanwezig zijn om al te kunnen overgaan tot de effectieve oprichting van een Nederlandstalig Huisartsenforum.
2. De groep stelt voor om *namens alle aanwezigen op de vergadering* een uitnodiging te sturen voor een tweede vergadering met het oog op oprichting van een werkelijk zo representatief mogelijk forum. Naast de aanwezigen zouden hierbij meer huisartsenkringen, verschillende users-groepen en vertegenwoordigers uit de verschillende Vlaamse projecten moeten opgenomen worden. Om zoveel mogelijk representatieve personen en verenigingen samen te krijgen, zal W Ceusters de lijst van de reeds gecontacteerden overmaken aan de aanwezigen en zullen de andere aanwezigen zoveel mogelijk bijkomende adressen- en emailbestanden van mensen actief binnen de sector contacteren en overmaken aan W. Ceusters (werner.ceusters@rug.ac.be).
3. Als doelstellingen en werkwijze voor een Nederlandstalig Huisartsenforum worden op deze vergadering volgend voorstellen geformuleerd om voor te leggen aan een bredere groep :

Het Nederlandstalige forum beoogt de kwaliteit van de eerstelijns-gezondheidszorg te bevorderen via de ontwikkeling van aanbevelingen en projecten voor :

een goed geautomatiseerd medisch dossier, de optimale transfer van gegevens tussen de verstrekkers onderling en tussen verstrekkers en de overheid .

Om dit te verwezenlijken is overleg nodig met andere individuele gebruikers van software op de eerste lijn , waaronder met name de usergroepen en huisartsen verenigd in de huisartsenkringen.

De aanwezigen stellen na discussie voor om binnen de VZW structuur Prorec hiertoe inderdaad een Nederlandstalig Huisartsen Forum binnen Prorec-BE VZW samen te stellen aangezien dit aansluit bij een platform waarbinnen reeds contacten gestructureerd zijn langs franstalige kant en dat binnen Prorec VZW een groot marktaandeel van software via hun vendors zich reeds akkoord verklaard heeft op deze manier te werken..

In de debatten werd duidelijk de nadruk gelegd op de onafhankelijkheid van dit huisartsen forum in zijn beslissingen. Om de belangen van dit forum binnen de VZW Prorec te verdedigen treden de leden van dit forum toe tot de algemene vergadering van Prorec onder de zelfde financiële voorwaarde (5000 BF lidgeld) als nu geldig langs franstalige kant en verkiezen zij twee bestuursleden in de raad van bestuur van prorec VZW.

Om de goede werking van de Prorec VZW te verzekeren dient dit bestuur zo snel mogelijk een huishoudelijk reglement over de manier van werken vast te leggen .

4. Op voorstel van C. Steylaerts en O. V.d. Vloed wordt voorgesteld op de volgende vergadering van het Vlaams Huisartsen Parlement dat het Nederlandstalig Huisartsenforum van Prorec-Be VZW zou fungeren als een Gemengde Commissie van het Vlaams Huisartsen Parlement (VHP) zou zijn. In bijlage vindt de lezer de principes waaraan zo' n gemengde comissie onderhevig is (WORDT TOEGEVOEGD DOOR O

VDVLOED) . Beslissingen van een gemeente kommissie van het VHP zijn autonoom mogelijk, maar de stand van zaken en belangrijke stellingen worden regelmatig voorgelegd aan het VHP ; na goedkeuring zouden de stellingen het statuut van 'motie van het VHP' krijgen, wat de representativiteit en draagkracht van de voorstellen sterk zou verhogen.

In het debat worden tevens volgende principes over de werking van de leden binnen het forum naar voren gebracht :

1. Alle organisaties die vertegenwoordigd wensen zijn behouden hun autonomie om in eigen beheer projecten en voorstellen uit te voeren en in te dienen bij de bevoegde instanties .

2. Zij streven er echter naar het overleg en de uitwisseling hierover binnen het forum van Prorec te laten geschieden .

3. Binnen Prorec vzw. kunnen aan individuen en aan organisaties die hierbinnen vertegenwoordigd zijn projecten toegekend worden die in overleg geconcipieerd werden.

4. Agendapunten van de tweede vergadering:

- oprichting van Nederlandstalige Huisartsen Forum van Prorec-Be VZW
- verkiezing van een moderator voor Nederlandstalige Huisartsen Forum van Prorec-Be VZW
- verkiezing van 2 vertegenwoordigers van het Nederlandstalige Forum Huisartsen Prorec voor de Raad van Bestuur van Prorec-Be VZW
- het amenderen en goedkeuren van de precieze doelstellingen van het huisartsen forum. (ZIE IN BIJLAGE DE TEKST VAN HET FRANSTALIGE FORUM)
- discussie rond tekst W. Ceusters
- uitleg over de werking van een Gemengde Commissie VHP
- aanzet geven tot de formulering van de manier van werken van het forum
- planning van de werking voorjaar 98

De oprichtings vergadering vindt plaats op:

zaterdag 18 april, van 14u30 tot 17u00, Het Moorhof, Zonnegem

6.5 VERSLAG VAN DE OPRICHTINGSVERGADERING VAN HET VLAAMS EERSTELIJNSFORUM - PROREC-BE VZW 18/04/98

6.5.1 Aanwezig

Dr. P. Dufraimont (Medisch Centrum Huisartsen Leuven / Wachtkring Zaventem)

Dr. L. Van Boxelaer (Medisch DiscussieForum)

Dr. J. Van Damme (Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KUL)

Dr. M. Michaux (Huisartsenkring Hasselt)

Dr. K. Smeulders (Huisartsenkring Lommel)

Dr. P. De Coninck (Usergroep Health Dender)

Dr. O. Van de Vloed (Huisartsenkring Houthalen / Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen / Vlaams Huisartsen Parlement / Kabinet Min. Colla)

Dr. T. Putzeys (Vlaams Huisartsen Parlement / Medisch DiscussieForum / Unie Huisartsenkringen)

Dr. P. Putzeys (Algemeen Syndicaat Geneeskundigen België / D.K.B.)

Dr. J. De Beule (LOK-groep Antwerpen)

Dr. J. Strobbe (Commissie Telematica)

Dr. P. Verdonck (MIT / Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen)

Dr. L. Pas (Vlaams Huisartsen Instituut / Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde VUB)

L. Paquay (Wit-Gele Kruis)

Dr. M. De Smedt (Huisartsenkring Brakel-Lierde)

Dr. N. De Swaef

Dr. P. Burggraeve (Vlaams Huisartsen Instituut)

Dr. W. Verhelst (

Dr. C. Steylaerts (Vlaams Huisartsen Parlement)

Dr. W. De Smet (Huisartsenkring Antwerpen Linkeroever)

Dr. J. Dillen (Algemeen Syndicaat Geneeskundigen België)

Dr. J. Spincemaille (Computercommissie Somedi Heist-op-den Berg)

Dr. W. Ceusters (Voorzitter Prorec-Be VZW)

Dr. G. Van Loo (Ministerie van Volksgezondheid, Dienst Geneeskundepraktijk / Verslaggever)

6.5.2 Berichten en faxen

W.Ceusters deelt mee dat:

- * De vereniging Groot Beernem - Knesselare een volmacht geeft aan Leo Pas om te stemmen.
- * L. Baert (Beroepsvereniging van zelfstandige apothekers) aan het forum wil deelnemen.

6.5.3 Schetsing van de situatie door Dr. O. Van de Vloed

De vorige vergadering (28/2/98) ging over de oprichting van een Nederlandstalig huisartsenforum binnen het kader van Prorec. De discussie ging vooral over wat Prorec juist is en waarom de huisartsen zich binnen Prorec moeten organiseren.

De voordelen van te werken binnen Prorec zijn:

- * er kan een grote autonomie gewaarborgd worden voor het huisartsenforum (eigen standpunten formuleren)
- * tegelijk wordt door binnen Prorec te werken, de mogelijkheid gecreëerd om deel te nemen aan een organisatorische eenheid (contact met andere fora zoals het Franstalig huisartsenforum, het forum van de software ontwikkelaars, de fora van de Ned. en

Fr. ziekenhuizen, het eventueel op te richten forum van de farmaceutische firma's)

→ de doelstelling is om communicatie te creëren tussen de verschillende betrokken partijen

* Prorec heeft de middelen en de structuur waarbinnen dit mogelijk is (vergaderingen beleggen, uitnodigingen rondsturen, ...)

Om het EMD te stimuleren, is er vanuit het ministerie een werkgroep opgericht die de criteria moet vastleggen waaraan het EMD moet voldoen

→ deze criteria moeten komen vanuit de praktijk, vanuit het werkveld en moeten na implementatie opnieuw getoetst worden in het werkveld (met dit werkveld worden de huisartsen bedoeld, doch geen individuele huisartsen maar huisartsen georganiseerd in huisartsenkringen, usergroepen,...)

Op de vorige vergadering werd besloten een Nederlandstalig huisartsenforum op te richten, doch aangezien er te weinig vertegenwoordigers waren, werd besloten een nieuwe vergadering bijeen te roepen.

Een belangrijk punt op de vorige vergadering was de representativiteit van het forum. Daarom werd eraan gedacht het forum te laten werken als een gemengde commissie van het Vlaams Huisartsen Parlement (dit kan volgens de statuten van het VHP). De vraag is nu of het nodig is dat het VHP zich hiertoe engageert of dat het beter is onafhankelijk te blijven werken.

6.5.4 Uiteenzetting van Dr. J. Strobbe over de Commissie Telematica

Er zal een commissie worden opgericht om telematica standaarden te bepalen ten behoeve van de gezondheidszorg.

Prof. De Moor zal voorzitter zijn van deze commissie, die verder zal bestaan uit 2 Nl. huisartsen (J. Van Campen en J. Strobbe), 2 Fr. huisartsen en een aantal experten op dit terrein (zowel uit de industrie als uit de academische wereld).

Het doel is om op die manier te komen tot toepasbare standaarden.

6.5.5 Uiteenzetting door Dr. W. Ceusters

Er is op dit moment al een Fr. huisartsenforum actief (voorzitter Dr. F. Mambourg). Hierbij zijn veel associaties aangesloten (usergroepen, universitaire centra, lokale artsenkringen, ...).

Zij zijn bezig sinds september '97 en hebben eerst gewerkt rond het werkdokument Van de Vloed en praten momenteel over minimum/maximum criteria voor het huisartsendossier.

W. Ceusters heeft op dit moment 5 concrete vragen:

- 1) Is het nodig een huisartsenforum op te richten om te komen tot consensusbuilding rond het EMD?
- 2) Zo ja, gebeurt dit onder de Prorec vlag?
- 3) Zo ja, is men akkoord met de Prorec principes met betrekking tot het lidmaatschap?
 - de vergaderingen zijn openbaar
 - leden participeren gratis (lidmaatschap bedraagt 5000 /jaar/vereniging)

- niet-leden betalen 450 per vergadering
- 4) Er moet een voorzitter/mediator gekozen worden → moet de discussie openhouden, mag geen eigen standpunten opleggen, moet niet noodzakelijk lid zijn van de vzw Prorec
 - 5) Als wordt beslist tot de organisatie toe te treden, moeten er 2 vertegenwoordigers gekozen worden om te zetelen in de Raad van bestuur

6.5.6 Discussie

1) Is er een Nederlandstalig forum rond het EMD nodig?

Unaniem: ja.

2) Moet het een huisartsenforum zijn of een eerstelijnsforum?

Voordelen van andere disciplines (verpleegkundigen, kinesitherapeuten, apothekers, diëtisten, ...) erbij te betrekken en dus een eerstelijnsforum te creëren:

- * als je de andere groepen er niet bij betreft, sluit je van te voren veel mensen uit en deel je het geheel teveel op in vakjes
- * anders moet men voor alle afzonderlijke groepen een forum oprichten
- * met een brede groep duurt het wel langer alvorens een resultaat zal bereikt worden, maar op dat moment heeft men wel een brede consensus in verschillende domeinen
- * het doel van het EMD is een frame te scheppen waarbinnen het mogelijk is gegevens te registreren en te ordenen → deze gegevens zouden moeten beschikbaar zijn voor alle partners in de gezondheidszorg
- * er zijn reeds software-pakketten voor andere disciplines → indien dit niet gecoördineerd wordt zullen er allerlei ontwikkelingen komen in plaats van harmonieus naar één zorgverstrekking af te stevenen

Nadelen van een breed forum en waarom het dus beter zou zijn enkel een huisartsenforum op te richten:

- * als men van in het begin van start gaat met een breed forum, riskeert men dat dit niet echt werkbaar is, het domein zou te breed kunnen zijn

→ het is dus beter te starten met een beperkte groep (een 'kern'groep die de route uitstippelt)

en deze groep eventueel nadien laten aan te groeien

Conclusie: Na stemming (21 voor, 1 tegen) wordt besloten een "Vlaams eerstelijnsforum" op te richten.

3) Moet het Vlaams eerstelijnsforum werken onder de Prorec vlag of niet?

Een aantal mensen stelt voor om een eigen VZW op te richten, de financiën zelf te beheren, onafhankelijk van Prorec.

Deze vzw zou wel kunnen samenwerken met de andere fora binnen Prorec.

Zij hebben ondermeer problemen met het ontbreken van een eigen huishoudelijk reglement binnen Prorec.

Ook het feit dat er lidgeld moet betaald worden om toe te treden tot Prorec, terwijl ze

zelf hun diensten aanbieden om te werken, zit hen dwars.

Het probleem dat zich stelt in het geval van een onafhankelijke vzw is de financiering.

Het geld zou kunnen komen van lidgelden (oa vd de softwareproducenten die een aparte vzw niet steunen), en het uitvoeren van projecten tegen betaling. Na stemming (19 voor, 2 tegen) wordt besloten een “Prorec-Be Vlaams eerstelijnsforum” op te richten. De groep moet nog wel een eigen huishoudelijk reglement opstellen (waarin duidelijke afspraken moeten gemaakt worden over het financieel beheer van het forum, de manier van samenwerken met de andere fora binnen Prorec, ...)

4) Discussie over de voorwaarden van het Prorec-lidmaatschap

Bepaalde mensen hebben problemen met de lidmaatschapsbijdrage van 5000 → dit zou eventueel kunnen verlaagd worden tot 2500 . Ook bestaat er enige discussie over hoeveel mensen uit één vereniging de vergaderingen mogen bijwonen (verschillende personen van één vereniging zouden mogen aanwezig zijn, op voorwaarde dat duidelijk afgesproken wordt wie een mandaat heeft om te stemmen). Dit alles zou duidelijk op punt moeten gesteld worden in het nog op te stellen huishoudelijk reglement.

6.5.7 Volgende vergadering

De volgende vergadering zal voorbereid worden door C. Steylaerts, J. De Beule en L. Van Boxelaer.

De vergadering zal plaatsvinden op **donderdag 11 juni om 21.00 uur** aan de **VUB**.

6.6 VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET VLAAMS EERSTELIJNSFORUM - PROREC-BE VZW 11/6/98

6.6.1 Aanwezig

Dr. J. De Beule (LOK-groep Antwerpen-Noord / Moderator)

Dr. L. Van Boxelaer (Medisch DiscussieForum)

L. Baert (Algemene Pharmaceutische Bond)

Dr. L. Pas (Vlaams Huisartsen Instituut / Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde VUB)

Dr. P. Burggraeve (Vlaams Huisartsen Instituut)

Dr. M. Michaux (Huisartsenkring Hasselt)

Dr. O. Van de Vloed (Huisartsenkring Houthalen / Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen / Vlaams Huisartsen Parlement / Kabinet Min. Colla)

Dr. J. Van Damme (Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KUL)

Dr. W. Verhelst (Medidoc Gebruikersclub)

Dr. J. Dillen (Algemeen Syndicaat Geneeskundigen België)

Dr. T. Putzeys (Vlaams Huisartsen Parlement / Medisch DiscussieForum / Unie Huisartsenkringen)

Prof. M. Nyssen (Medische informatica VUB)

Dr. P. De Coninck (Usergroep Health Dender)

Dr. E. Koopmans (Academie voor Algemene Geneeskunde België)

L. Paquay (Wit-Gele Kruis)

Dr. N. De Swaef (Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde VUB)

Dr. W. Ceusters (Voorzitter Prorec-Be VZW)

D. Smets (Ministerie van Volksgezondheid, Dienst Geneeskundepraktijk / Verslaggever)

6.6.2 Vorig verslag

Geen opmerkingen → goedgekeurd.

6.6.3 Lidmaatschap Prorec

W. Ceusters deelt mee dat de volgende mensen of instellingen het lidmaatschap van Prorec onderschrijven:

- * Dr. P. Burggraeve / Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde VUB
- * Dr. J. Dillen / Algemeen Syndicaat Geneeskundigen België
- * Dr. P. De Coninck / Usergroep Health Dender
- * L. Baert / Algemene Pharmaceutische Bond
- * Dr. J. De Beule / LOK Antwerpen-Noord
- * Dr. J. Van Damme / Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KUL
- * Dr. P. Verdonck / MIT Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen
- * L. Paquay / Wit-Gele Kruis
- * Dr. M. Michaux / Huisartsenkring Hasselt
- * Dr. L. Geudens / Usergroep Health Kempen
- * Dr. J. Van Rafelghem / Huisartsenkring Groot Beernem - Knesselare

6.6.4 Opstellen reglementen voor intern gebruik - aanvulling statuten Prorec

* Sommige mensen vinden het lidgeld voor Prorec te hoog → W. Ceusters is ermee akkoord om het lidgeld enkel te gebruiken om de kosten te dekken voor deze groep (secretariaat, koffie, ...).

Ook is het belangrijk om in de openbaarheid te werken en alle mensen te betrekken die willen meediscussieren → om de kosten te drukken zou iedereen dan om de beurt een vergadering kunnen organiseren.

* Vraag: Aparte VZW oprichten of werken binnen Prorec met eigen intern reglement?

Iedereen is akkoord om te werken binnen het kader van Prorec met eigen statuten.

→ J. Dillen gaat de statuten van Prorec (laten) uitpluizen

→ L. Pas, T. Putzeys en N. De Swaef stellen een ontwerptekst op voor een eigen huishoudelijk reglement die zal besproken worden op de volgende vergadering (september)

6.6.5 Doelstelling van de groep - Wat zijn ieders verwachtingen

O. V.d. Vloed legt uit dat er voor 1998 een budget voorzien is (KB n°78) voor groepspraktijken die geanonimiseerde patiëntgegevens doorgeven → dit zou eventueel kunnen uitgebreid worden voor het EMD.

J. Van Damme: Het is belangrijk om uit te maken welke gegevens de arts gaat registreren → deze gegevens moeten waardevol zijn voor de eigen praktijk (en niet enkel voor andere instanties) → anders gaan de artsen nooit willen meewerken.

L. Baert (vertegenwoordigt de apothekers) en L. Paquay (vertegenwoordigt de thuisverpleegkundigen) vragen zich af hoe de communicatie zal zijn met de andere zorgverleners uit de eerste lijn, welke rol zij concreet zullen spelen in dit geheel.

E. Koopmans vindt de gebruiksvriendelijkheid belangrijk.

L. Pas stelt voor om rond de volgende 4 items als groep denkwerk te verrichten:

- 1) Kwaliteit van het EMD
- 2) Data centralisatie
- 3) Data uitwisseling
- 4) Toegang van de patiënt tot de gegevens

W. Ceusters deelt mee dat de software-producenten reeds zeer ver staan met hun besluitvorming rond data uitwisseling (zie consensustekst op de EMDMI-site van het Ministerie, adres
<http://www.health.fgov.be/EMDMI/en/Prorec/ehcr-exchg-spec/prorec04a.htm>)

→ misschien is het nuttig deze tekst als basis te gebruiken en vanuit gebruikerskant te zeggen wat hieraan nog ontbreekt of wat er overbodig aan is.

L. Pas stelt voor om project op te zetten waarbij 'alle' bestaande software-pakketten getest worden (eerst de meest verspreide produkten, maar nadien ook de kleinere pakketten want ook daarin zitten soms goede ideeën die niet verloren zouden mogen gaan) → op die manier kunnen er uitgaande van bestaande pakketten criteria opgesteld worden om zo met kennis van zaken de dialoog met de software-producenten aan te gaan.

→ waarschijnlijk is het niet nodig om alle pakketten uit te testen omdat er onmiddellijk enkele uit

de boot zullen vallen omdat ze niet voldoen aan de minimale criteria (voor het registreren en

uitwisselen van gegevens)

→ het is aan deze groep om minimale criteria op te stellen

W. Ceusters zegt dat de producenten een akkoord hebben over de uitwisseling van gegevens en dit ook willen implementeren maar enkel indien de gebruikers daar om vragen.

P. De Coninck vraagt of er een budget is om een informaticus aan te werven die de software-pakketten zou kunnen uittesten.

→ volgens W. Ceusters is dit mogelijk als er een goed projectvoorstel is → Prorec kan het

opstellen van het projectvoorstel prefinancieren.

6.6.6 Concreet: Samenstelling van werkgroepen

* Er worden 2 werkgroepen opgericht; de verantwoordelijke voor elke groep zal een mail rondsturen naar alle leden van het forum met de vraag of ze zich willen aansluiten bij de werkgroep:

→ werkgroep INPUT (hoe ziet de software eruit, gebruiksvriendelijkheid,...): L. Pas

→ werkgroep OUTPUT (meer technisch, versleuteling, verzending,...): M. Nyssen

In september zouden deze werkgroepen met de eerste resultaten moeten naar buiten komen.

* E. Koopmans zal naar de vergaderingen van het Franstalig Huisartsenforum gaan.

* W. Ceusters zal op de volgende vergadering een korte (15 min.) uiteenzetting houden over de stand van zaken bij het Forum van de software-producenten.

* Besloten wordt om het secretariaat aan Prorec uit te besteden (dit secretariaat zou misschien kunnen geprofessionaliseerd worden).

6.6.7 Volgende vergadering

De volgende vergadering zal plaatsvinden op **woensdag 9 september** om **20.30 uur** aan de **VUB, Campus Jette, Laarbeeklaan 103**.

Agendapunten: * Huishoudelijk reglement

- Doelstellingen werkgroepen input/output

6.7 VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET VLAAMS EERSTELIJNSFORUM - PROREC-BE VZW 9/9/98

6.7.1 Aanwezig

L. Baert (Algemene Pharmaceutische Bond)

Dr. W. Ceusters (Voorzitter Prorec-Be VZW)

F. Cheeseman (Medische informatica VUB)

Dr. P. De Coninck (Health One Gebruikersclub)

I. Delfosse (Directeur Prorec-Be VZW)

Dr. N. De Swaef (Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde VUB)

Dr. J. Dillen (Algemeen Syndicaat Geneeskundigen België)

Dr. P. Dufraimont (Medisch Centrum Huisartsen Leuven / Wachtkring Zaventem)

Prof. M. Nyssen (Medische informatica VUB)

L. Paquay (Wit-Gele Kruis)

Dr. L. Pas (Vlaams Huisartsen Instituut / Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde VUB)

Dr. T. Putzeys (Vlaams Huisartsen Parlement / Medisch DiscussieForum / Unie Huisartsenkringen)

D. Smets (Ministerie van Volksgezondheid, Dienst Geneeskundepraktijk / Verslaggever)

Dr. C. Steylaerts (Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen / Vlaams Huisartsen Parlement)

R. Tielemans (Medische informatica VUB)

Dr. L. Van Boxelaer (Medisch DiscussieForum)

Dr. J. Van Damme (Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KUL)

Dr. P. Verdonck (MIT / Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen)

Dr. W. Verhelst (Medidoc Gebruikersclub)

6.7.2 Verontschuldigd

Dr. J. De Beule, Dr. M. Michaux, Dr. J. Spincemaille, Dr. O. Van de Vloed

6.7.3 Vorig verslag

Geen opmerkingen → goedgekeurd.

6.7.4 Lidmaatschap Prorec

De vorige lijst wordt aangevuld met:

* Dr. W. Verhelst / Medidoc Gebruikersclub

* 15 nieuwe aanvragers (waarvan er 10 reeds betaald hebben)

6.7.5 Stand van zaken werkgroep Prorec-In (L. Pas)

L. Pas heeft per e-mail een uitnodiging gestuurd op mogelijk geïnteresseerden te vragen om mee te werken → tot op heden nog geen vooruitgang geboekt.

Leden van de groep Prorec-In: I. Delfosse, N. De Swaef, J. Dillen, P. Dufraimont, J. Van Damme,

P. Verdonck.

Eerste vergadering: 15/9, 21.00 uur, VUB Campus Jette Laarbeeklaan 103.

6.7.6 Stand van zaken werkgroep Prorec-Out (M. Nyssen)

M. Nyssen heeft een project-voorstel uitgewerkt omtrent de uitwisseling van medische dossiergegevens.

Het project zou van start gaan in september 1998 en lopen tot juli 2000. Budget: 8.750.000 .

Het Ministerie (Dr. Dercq) is geïnteresseerd in het project maar beschikt dit jaar in elk geval niet meer over voldoende geld om het project te financieren.

W. Ceusters heeft volgende opmerkingen op het project-voorstel:

* het project zou lopen “in volle onafhankelijkheid van de softwareleveranciers” → dit is onaanvaardbaar voor het Ministerie dat alle groepen bij de discussie wil betrekken

* er is reeds een budget van 850.000 toegekend aan een project van de UCL & RUG met als doel de implementatie van een uitwisselingsformaat → dit zou dan gratis verdeeld worden → een deel van die studie overlapt met dit project

* er is nog een ander gelijkaardig project-voorstel vanuit de software-industrie (Belrec) → dit is voorlopig ook afgewezen

⇒ hij stelt voor om een samenwerking te creëren tussen dit project en het project Belrec en het budget te beperken tot 5.000.000 .

Leden van de groep Prorec-Out: L. Baert, I. Delfosse, J. Dillen, L. Paquay, T. Putzeys, C. Steylaerts, R. Tieleman, L. Van Boxelaer, W. Verhelst.

Eerste vergadering: 8/10, 20.00 uur, VUB Campus Jette Laarbeeklaan 103.

6.7.7 Samenwerking met het Franstalig Huisartsenforum

Dr. F. Mambourg (moderator van het Fr. Huisartsenforum) zou officieel moeten uitgenodigd worden om de vergaderingen van het Vlaams Eerstelijnsforum bij te wonen. Ook zouden de verslagen moeten uitgewisseld worden.

Het is niet de bedoeling om te komen tot een echte samenwerking, maar om te kunnen uitsluiten dat er dubbel werk verricht wordt.

6.7.8 Huishoudelijk reglement

Twee documenten lagen voor : een koreter huishoudelijk reglement (LP) en een uitgebreidere tekst (Theo Putzeys) waarin de eerste reglementen voor een groot deel werden opgenomen. ER wordt besloten uit te gaan van het koretre document. LP voegt de belangrijke elementen uit de meer uitgebreidere tekst in het huishoudelijke reglement.

* Er is slechts 1 voorzitter

* Er zijn voorlopig 3 bestuursleden ; als dit noodzakelijk is kan het uitgebreid worden

* Bij stemmingen zal er gewerkt worden met een 2/3 meerderheid² → bij een tweede vergadering (na verloop van een bepaalde tijd, bv. 1 week³) is 1/2 voldoende.

* Er is een onderscheid tussen

→ effectieve leden (betalen lidgeld aan Prorec)

→ werkende leden (werken maar betalen geen lidgeld)

→ ereleden (op uitnodiging)

6.7.9 Vraag vanuit het BCFI

Op welke manier worden de 4 momenteel beschikbare geneesmiddelen-documenten (Folio Farmacotherapeutica, Gecommentarieerd Geneesmiddelen Repertorium, Geneesmiddelenfiches en Transparantiefiches) nu gebruikt en vooral: hoe zou dit moeten worden naar de toekomst toe, mogen deze 4 dingen op CD-ROM, ...(er wordt reeds een enquête verstuurd samen met de Folio pharmacotherapeutica).⁴

² Ik denk dat dit enkel betrekking had op belangrijke beslissingen zoals statuutswijzigingen ed.

³ Volgens mij werd gezegd MIMINMUM 1 week (dit is ook nodig om de uitnodigingen rond te sturen)

⁴ VOORSTEL VAN ANTWOORD : graag rondsturen met uitnodiging voor volgende vergadering :

Deze vraag wordt rechtstreeks gesteld aan het Vlaams Eerstelijnsforum → liefst een schriftelijk antwoord voor 1 november.

6.7.10 Conventie Prorec - Ministerie

Er is tussen het Ministerie en Prorec een conventie afgesloten omtrent de technische vertaling van het document Van de Vloed. Hierin is een belangrijke taak weggelegd voor de gebruikers: het document is nogal vaag en moet door de gebruikers concreter ingevuld worden, nadien kan het dan door de software-industrie omgezet worden in technische termen.

Voor de gebruikers is er een budget van 800.000 ter beschikking, waarvan 400.000 langs Nederlandstalige kant.

W. Ceusters vraagt nu aan het Vlaams Eerstelijnsforum om mensen aan te duiden om dat project uit te voeren. L. Pas vindt dat deze 400.000 te weinig is om iemand echt op het project te laten werken en beschouwt het meer als een werkbudget voor de ganse groep.

W. Ceusters zegt dat hij wel een resultaatsverbintenis wil (het werk moet af zijn tegen een bepaalde datum).

⇒ Besloten wordt om het project aan te nemen door de ganse groep en het nadien te verdelen over de in- en out-groep.

6.7.11 Prorec-secretariaat

Het Prorec-secretariaat zal aan iedereen een mail sturen om te zeggen dat zij het aanspreekbaar secretariaat zijn, waarnaar alles kan opgestuurd worden en van waaruit alles terug zal verspreid worden.

De volgende vergaderingen zullen plaatsvinden op

dinsdag 10 november om 20.30 uur aan de VUB, Campus Jette, Laarbeeklaan 103

dinsdag 19 januari '99 om 20.30 uur aan de VUB, Campus Jette, Laarbeeklaan 103

6.8 VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET VLAAMS EERSTELIJNSFORUM - PROREC-BE VZW 10/11/98

6.8.1 Aanwezig

Dr. J. De Beule (LOK-groep Antwerpen-Noord)

I. Delfosse (Directeur Prorec-Be VZW)

Dr. J. Dillen (Algemeen Syndicaat Geneeskundigen België)

Dr. M. Michaux (Huisartsenkring Hasselt)

Prof. M. Nyssen (Medische informatica VUB)

L. Paquay (Wit-Gele Kruis)

*Voor hen die ditwel beschikken is een dergelijke omschakeling een duidelijke verbetering. Niet alle geïnformateerde artsenbeschikken (nog) over een CD-rom drive. Het verdient de aanbeveling dat de artsen de mogelijkheid krijgen het medium te kiezen dat ze wensen. De mogelijkheid dient onderzocht te worden om de informatie via internet beschikbaar te maken. Het attenderingseffect van de folio farmacotherapeutica bestaat echter uitde senlle leesbaarheid en gemakkelijke gebruiksformaat

Dr. L. Pas (Vlaams Huisartsen Instituut / Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde VUB)

D. Smets (Ministerie van Volksgezondheid, Dienst Geneeskundepraktijk / Verslaggever)

Dr. C. Steylaerts (Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen / Vlaams Huisartsen Parlement)

Dr. L. Van Boxelaer (Medisch DiscussieForum)

Dr. J. Van Damme (Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KUL)

Dr. W. Verhelst (Medidoc Gebruikersclub)

6.8.2 Verontschuldigd

Dr. F. Mambourg, Dr. T. Putzeys

6.8.3 Vorig verslag

In punt 6. Huishoudelijk reglement moet het volgende staan:

Bij stemmingen zal er gewerkt worden met een gewone meerderheid → enkel bij belangrijke beslissingen (statuutswijzigingen e.d.) is een 2/3 meerderheid noodzakelijk.

Bij een tweede vergadering (na 2 weken) volstaat een gewone meerderheid van de *aanwezige* leden.

Verder geen opmerkingen → verslag goedgekeurd.

6.8.4 Stand van zaken werkgroep Prorec-Out (M. Nyssen)

M. Nyssen heeft een project-voorstel ingediend bij het Ministerie → voorlopig geen positief antwoord.

Ministerie heeft wel logistieke steun toegezegd om info-avonden te organiseren rond data-uitwisseling (op die manier kunnen de leden van de groep OUT zich informeren en zich bezinnen over wat hen verder te doen staat).

Voorlopig zijn er 2 info-avonden voorzien:

- 1 of 3 december: SIS-kaart (P. Verertbrugge) en Kruispuntbank (Dr. Robben)
- eind januari: Prof. R. France en spreker over Deens model (Prof. Olussen??)

6.8.5 Stand van zaken werkgroep Prorec-In (L. Pas)

L. Pas heeft een project-voorstel ingediend bij het Ministerie rond het omzetten van het document VDVloed in technische criteria → volgens het Ministerie is deze consensusvorming reeds bezig → project afgewezen.

Nu heeft hij het project omgevormd tot een vormingsproject met ondermeer de ontwikkeling van een map deskundigheidsbevordering voor de gebruikers van elektronische dossiersystemen.

Leden van Vl. Eerstelijnsforum kunnen nog bemerkingsen maken bij dit project-voorstel tot maandag 16/11 → dinsdag 17/11 stuurt L. Pas de finale versie door naar het Ministerie met de vraag of zij akkoord zijn dit voor de werkgroep EMDMI te brengen (die vergadert op woensdag 25/11).

Opmerkingen:

- J. De Beule vraagt zich af of het niet tijd wordt dat de HA zelf bepalen hoe de programma's er moeten uitzien in plaats van zich steeds aan te passen aan wat het Ministerie wil.
- J. Van Damme vindt dat we ons eerst moeten bekommeren om de kwaliteit van de gegevens te waarborgen en dan pas hoe dit alles technisch moet verwezenlijkt worden.

6.8.6 Samenwerking met het Franstalig Huisartsenforum

Het volgende Franstalig Huisartsenforum gaat door op zaterdag 21 november op het Ministerie (14h30) → wordt bijgewoond door J. De Beule die E. Koopmans vervangt.

6.8.7 Huishoudelijk reglement

L. Pas wil een aantal elementen overnemen uit het document van T. Putzeys → de vraag is welke → C. Steylaerts en J. Dillen willen hieraan meewerken.

6.8.8 Conventie Prorec - Ministerie

Er is tussen het Ministerie en Prorec een conventie afgesloten omtrent de technische vertaling van het document Van de Vloed. Hierin is een belangrijke taak weggelegd voor de gebruikers: het document is nogal vaag en moet door de gebruikers concreter ingevuld worden, nadien kan het dan door de software-industrie omgezet worden in technische termen.

Voor de gebruikers is er een budget van 800.000 ter beschikking, waarvan 400.000 langs Nederlandstalige kant.

L. Pas zou graag het voorstel van Prorec naar het Vl. Eerstelijnsforum toe nu krijgen: waaruit bestaat het project, welke taken kan het Vl. Eerstelijnsforum hierin opnemen, wat staat daar tegenover, wie is hiervoor verantwoordelijk.

Dit voorstel zal dan naar alle leden rondgestuurd worden en besproken worden op de volgende vergadering.

Indien het voorstel goedgekeurd wordt, is het de bedoeling dat het project gedragen wordt door één van de verenigingen aanwezig in het Vl. Eerstelijnsforum (WVVH, KUL,...) → dit om te vermijden dat één persoon aansprakelijk kan gesteld worden of dat er een VZW moet opgericht worden.

6.8.9 Prorec-secretariaat (I. Delfosse)

Wil iedereen aanschrijven, de agenda rondsturen,

Betalende leden krijgen uitnodiging voor vergadering en verslagen van alle andere fora.

Niet-leden moeten 450 per vergadering betalen, krijgen uitnodiging voor vergadering en krijgen verslagen van eigen forum maar niet van de andere fora.

6.8.10 Volgende vergadering

De volgende vergadering zal plaatsvinden op

dinsdag 19 januari '99 om 20.30 uur aan de VUB, Campus Jette, Laarbeeklaan 103

Met ondermeer een uiteenzetting van M. Michaux over een proefproject in verband met het uitwisselen van gegevens tussen huisartsen en ziekenhuizen via beveiligde e-mail.

6.9 PROCES-VERBAL DE LA REUNION PROREC - FORUM FRANCOPHONE DES GENERALISTES UTILISATEURS DE DOSSIERS MEDICAUX ELECTRONIQUES DU 31 JANVIER 1998.

6.9.1 Présents

| | |
|--|----------------------------------|
| Dr. W.Ceusters (Président Prorec) | Dr. Mambourg (Médiateur) |
| Mr. P. de Biseau (Min. de Santé) | D. Smets (Min. de Santé) |
| Dr. Bruwier (UFM) * | Dr.E. Dekeyser (Forum des Ass.) |
| Dr. Pierre de Plaen (Forum des Ass.) | Dr. Deroubaix (CEDIMHO) * |
| Dr. Ph. Devos (I.T.I.M) * | |
| Dr. V. Formato (CECIM) * | Dr. Hubert |
| Dr. M. Jamouille (groupe MF &SP, ESP ULB) | Dr. Jeandrain (CENIM) * |
| Dr. Marquot | Dr. Martens (Forum des Ass.) |
| Dr. M. Roland (CUMG - ULB) * | Dr. Tarpakati (UFM) |
| Dr. Vandenhautte (CUMG, UCL) | Dr. P. Vandermeeren (GBO) |
| D. Vansnick (Ass. Charleroi) * | Dr. D. Verbraeck (CENIM) |

(*: membres effectifs du forum)

6.9.2 Excusés:

Dr. E. De Clercq (ESP de L'UCL)
Dr. JP Dercq (Min. de Santé)
Dr. H. Maquoi (S.G. de Ben-Ahin)
Dr. G. Masson
Dr. Stramboli
Dr. B. Van Drooghenbroeck (Ass. MG Dampremy Lodelinsart)
Dr. P. Vollemaere (Forum des Ass.)
Dr. Wislez (CEFOP) *

6.9.3 PROCES -VERBAL DE LA REUNION DU 06/12/1997 A NAMUR.

Le Procès - verbal est approuvé à l'unanimité.

6.9.4 SUIVI DES ACTIONS ENTREPRISES

- *Message aux développeurs*

PROREC informe que les développeurs de logiciels médicaux en Belgique se sont réunis pour réfléchir et s'accorder sur la compatibilité des programmes informatisés et sur un protocole commun de transfert d'informations médicales par voie télématique.

Deux groupes techniques PROREC ont été créés à cette fin au départ du Forum des développeurs :

- le premier semble en bonne voie pour définir un **data dictionary** commun pour les programmes médicaux.

A cet égard, le standard ASTM 31-12 a fait l'unanimité. Les fabricants ont identifié **250 champs**

potentiellement nécessaires pouvant figurer dans la **structure** du dossier médical électronique.

Le rapport intermédiaire de ce groupe a fait l'objet d'une communication au Forum PROREC

des hôpitaux francophones.

- le second groupe technique instauré par PROREC Belgique est consacré à la détermination d'une **table d'encodage** unique pour la transmission de données provenant des laboratoires cliniques.

Ce groupe se réunira le 13 février 98.

Un membre du groupe aborde le problème des différences entre la nomenclature IC 10 opérationnelle pour la médecine spécialisée et la table LOCAS adéquate pour les généralistes.

W.CEUSTERS précise que le 2ème groupe technique des développeurs a pour objectif de déterminer une **table d'encodage** unique pour l'ensemble des logiciels médicaux utilisés en Belgique (aussi bien par les hôpitaux que par les médecins et les autres acteurs de soins).

Cet objectif a été intégré par les fabricants de logiciels médicaux présents au forum des développeurs.

En ce qui concerne les **champs utilisables** pour le dossier médical (groupe technique PROREC 1), le groupe aimerait pouvoir émettre un avis.

W. CEUSTERS précise que presque tous les fabricants importants de logiciels médicaux présents sur le marché belge sont représentés au sein du Forum des développeurs, et que la plupart d'eux participe aussi dans le groupe technique.

Il signale aussi que les comptes-rendus de ces groupes techniques sont communiqués à tous les membres du présent Forum qui sont en règle de cotisation PROREC.

C'est le **groupe général** consacré au dossier médical central, qui s'est réuni le 11/12/1997 avec le Cabinet du Ministre COLLA, qui sera chargé d'avaliser les

normes de compatibilité techniques et syntaxiques entre logiciels médicaux belges.

La formalisation de ces normes se fera par consensus.

La **fonction des forums francophones** et néerlandophones de généralistes utilisateurs de dossiers médicaux électroniques sera d'évaluer sur le terrain l'application, l'efficacité et l'adéquation de ces normes aux besoins des utilisateurs de télématique médicale.

Ces Forums vérifieront donc la pertinence pratique de ces normes.

- L'adresse du site Web EDMMI du Ministère de la Santé Publique qui diffuse les documents est rappelée : <http://w.w.w.health.fgov.be/EMDDMI/>
- *Manifeste des généralistes*

Le projet relatif à la Pax Medica n'est pas encore publié au Moniteur.

Le texte -martyr, dit manifeste des généralistes francophones fait l'objet d'amendements.

Le Forum des Associations de Généralistes de la Communauté Française ne tient pas à accorder son soutien à l'ensemble de l'A.R, mais uniquement aux 2 articles relatifs au dossier médical général.

Ces 2 articles (article 1§1er et article 2) font l'objet d'un consensus au sein du groupe.

Il est donc décidé de ne citer que ces 2 articles dans le texte - manifeste.

Le Forum des Associations de Généralistes tient notamment à exprimer sa crainte quant à la maîtrise des arrêtes d'application ultérieurs de l'A.R.

Ce Forum est en outre réticent à approuver le §2 de l'article 1 relatif au **contenu** du dossier médical général.

Un membre souligne que c'est la première fois qu'un texte légal affirme clairement la prépondérance du médecin généraliste dans la gestion du dossier médical.

Le groupe est unanimement d'accord sur le fait que le dossier médical général doit être géré par le médecin généraliste.

Quant au contenu, le DR. MAMBOURG rappelle que les rubriques cités dans l'A.R. ont fait préalablement l'objet d'un consensus selon la méthode DELPHI entre médecins francophones et néerlandophones participant à l'étude financée par le Comité d'Assurance des Soins de Santé de l'I.N.A.M.I(expérience Dossier Médical 1992-1997)

Le groupe décide donc de signer le manifeste amputé de l'alinéa 2 (contenu) de l'article 1.

Le Manifeste réaménagé selon la dernière mouture discutée ce jour sera diffusé parmi les instances suivantes :

- le Premier Ministre
- le Ministre des Affaires Sociales
- le Ministre de la Santé Publique
- les Mutuelles

- les médias
- la presse médicale spécialisée
- *Textes rassemblés*

Le document du Cabinet COLLA relatif au **fonctions du dossier médical général** est ensuite abordé.

La première fonction citée (fonction symbolique) du dossier médical est approuvée unanimement.

Le groupe tient d'ailleurs à soutenir en priorité cette fonction symbolique du dossier médical qui souligne parfaitement la dimension relationnelle du rapport entre le médecin généraliste et son patient.

La S.S.M.G. fait savoir qu'elle travaille à une distinction à faire entre le **dossier médical minimum** et un **dossier médical plus global**, à visée notamment statistique.

De plus, un volet aide informatisée au médecin dans le cadre de ses missions de prévention est également étudié.

6.9.5 DEFINITION D'UNE METHODE DE TRAVAIL ET PRIORITES

Voir document "méthode de travail du Forum PROREC".

La méthode proposée est de découper le texte du Cabinet COLLA (fonctions du dossier) en **parties** distinctes, correspondant chacune à un argument développé.

Il est demandé aux membres de se prononcer par e-mail à domicile selon des cotations, allant de 1 (pas du tout d'accord) à 10 (tout - à - fait d'accord) sur le contenu et le degré de priorité de l'argument développé.

Le groupe demande qu'une *liste de diffusion* mail des membres du présent groupe soit conçue au sein du Ministère de la Santé (J.P.NOWAK- P. de BISEAU).

Une deuxième phase permettra d'analyser les items du document qui n'auront pas fait l'objet d'un consensus en réunion.

Les prochaines réunions du FORUM PROREC francophone des généralistes seront donc consacrées à l'étude du texte du Cabinet :

- mise en évidence des consensus
- discussion des items qui n'ont pas fait l'objet d'un consensus,
- discussion d'éventuelles propositions supplémentaires du groupe.

W.CEUSTERS signale que les documents du site EDMI (données médicales) ont été examinés par les fabricants de logiciels des groupes techniques PROREC et qu'ils n'ont pas suscités de réticences jusqu'ici. **Les fabricants demandent quand-même que des priorités soient définies afin de leur permettre d'orienter leurs travaux.**

Le groupe tient à souligner qu'il ne représente pas l'ensemble du corps médical mais bien un groupe de réflexion spécialisé disposant d'une expérience scientifique et pratique en matière de dossier médical électronique.

Des enquêtes ultérieures seront peut-être nécessaires afin de vérifier l'assentiment de tout le corps médical aux décisions du groupe de travail dossier médical général.

W.CEUSTERS souligne que les FORUMS PROREC constituent précisément des

espaces de discussion entre tous les acteurs concernés (généralistes, hôpitaux, fabricants de logiciels médicaux, opérateurs techniques, réseaux télématiques, organes publics de santé, associations scientifiques,...)

pour aboutir à de résultats communs.

6.9.6 NOUVELLES DE PROREC ET NOMINATION D'UN REPRESENTANT AU C.A. DE PROREC

PROREC informe qu'un **FORUM des hôpitaux francophones** a été créé. Les Fora PROREC francophones et néerlandophones des hôpitaux souhaitent fusionner.

Le **FORUM néerlandophone des généralistes utilisateurs de dossiers médicaux électroniques** tiendra sa première réunion le 28 février 98 à Zonnegem.

Le **FORUM des fabricants de logiciels** se réunira quant à lui le 3 mars 98.

Deux membres du présent groupe sont nommés au C.A. de PROREC - Belgique.

Il s'agit du Docteur Philippe DEVOS de la S.S.M.G. (Wallonie) et du Docteur Etienne DE KEYSER du Forum des Associations de Généralistes (Région Bruxelloise). Pour ce dernier, la nomination devient effective du moment que le Forum des Associations s'est adhéré comme membre de PROREC.

6.9.7 NOUVELLES DE LA COMMISSION CREE AU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE.

Le groupe s'est réuni le 11/12/1997.

Le P.V. de cette réunion peut être consulté sur le site EDM I du Ministère.

Le document de PROREC y a été publié.

Le document de **MEDIBRIDGE**, amorce de réflexion sur les standards techniques de transmission télématique médicale, sera publié incessamment sur le site EDM I.

Les standards techniques utilisés par le réseau MEDIBRIDGE seront demandés à L. SCHILDERS.

La prochaine réunion de cette Commission a lieu le **19/02/98** de **13h à 15h** à la salle 201 du bâtiment Vésale (Ministère de la Santé Publique - Cité administrative de l'Etat).

6.9.8 DIVERS .

- Un congrès **EUROREC** se tiendra à Rotterdam du 7 au 10 octobre 1998.

Un membre du présent FORUM représentant une association qui est membre effectif de PROREC-BE asbl peut y présenter une contribution. Les frais seront pris en charge par PROREC.

Le délai pour la transmission de l'abstract de l'intervention est fixé au 1er avril 98.

- Le Congrès mondial de la **WONCA**. se déroulera du 14 au 18 juin 98 à DUBLIN. Il y aura un département informatique très conséquent.

La prochaine réunion du groupe est fixée au **samedi 28 mars à 14h30**, dans les mêmes bâtiments.

La séance est levée à 17h15.

Rédigé par P. de Biseau , relu par F. Mambourg et W. Ceusters

6.10 COMPTE - RENDU DE LA REUNION DU 28 MARS 1998 - FORUM FRANCOPHONE PROREC DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES UTILISATEURS DE DOSSIERS MÉDICAUX ÉLECTRONIQUES.

6.10.1 Présents

P.de Biseau (Ministère de la Santé Publique), M. Einhorn (Journal du Médecin), Dr. F. Mambourg (médiateur), Dr.Verbraeck (CENIM)*, Dr.Wislez (CEFOP)*.

6.10.2 Excusés

Dr.Bruwier (UFM)* , Dr.M.Deroubaix (CEDIMHO)*, Dr. J - P. Dercq (Ministère de la Santé Publique), Dr.De Plaen (Forum des Ass.), Dr. P. Devos (ITIM)*, Dr. Formato (CECIM)*, Dr.Jamouille (groupe MF & SP, ESP de l'ULB), Dr. Jeandrain (CENIM)*, Dr. M. Roland (CUMG, ULB)*,Dr. Vollemaere (Club des Utilisateurs de Médigest), Dr. W. Ceusters (PROREC -Be).

6.10.3 Approbation du P.V. de la réunion du 31/01/98

Le procès - verbal est approuvé à l'unanimité.

6.10.4 Suivi du Manifeste des généralistes

Le texte du “Manifeste” est paru dans le Journal du Médecin et dans Le Généraliste.

Le Généraliste a publié un interview du Dr. Mambourg à ce sujet dans son édition du 18 mars 98.

Le texte a en outre été envoyé au Premier Ministre, au Ministre M. Colla (Santé publique), à Mme le Ministre De Gallan (Affaires Sociales), au Ministre M.LEBRUN, compétent pour les projets d'Intranet wallon et de télécommunications en Région wallonne, et aux Directeurs des mutualités.

Il est confirmé que tous les médecins ont accès au site web “dossier médical électronique et télématique dans le secteur des soins de santé” dès lors qu'ils se connectent et consultent le site web du Ministère de la Santé Publique (Médibel Net- adresse : <http://www.health.fgov.be> - rubrique “ Les professionnels de la Santé”).

Quant au projet d'arrêté royal relatif au dossier médical général, il est précisé qu'il s'agit d'un arrêté d'application non encore publié.

Cet arrêté sera pris ultérieurement en exécution de la loi du 10 décembre 1997 (M.B. du 29/01/98) appelée par certains “Pax Médica”.

Un débat s'engage sur le fait de savoir si la rupture de la Convention médico - mutualiste par les médecins remet en cause cette loi visant la réorganisation des soins de santé.

La loi en question n'est pas subordonnée directement , dans ses aspects institutionnels, à la Convention médico - mutualiste.

La loi instituera le Conseil Supérieur des Professions de la Santé qui comprendra une section médicale.

C'est dans le cadre de cette section médicale que le groupe dossier médical général sera amené à travailler.

Il est confirmé que les membres effectifs du Conseil Supérieur des Professions de la Santé n'ont pas encore été désignés.

6.10.5 Présentation des résultats obtenus par E- mail pour les items du texte du Cabinet de M.COLLA relatif aux fonctions du dossier médical général / Approbation des consensus et discussion des points litigieux.

Le préambule du texte d'Olga Van de Vloed, découpé en 17 items, a été envoyé aux associations de médecins généralistes francophones.

Six confrères ont répondu : Michel Deroubaix (CEDIMHO), Philippe Devos (ITIM), Christian Jeandrain (CENIM), Michel Roland (CUMG, ULB), Paul Vollemaere (Club des Utilisateurs de Médigest), André Wislez (CEFOP).

Le FORUM des médecins généralistes a écrit pour informer qu'il n'avait pas réussi à obtenir un accord de toutes ses sections locales et qu'il ne se prononçait donc pas dans l'immédiat.

David Simon a répondu au nom de Vincent Formato (CECIM) par une lettre qui sera analysée au fur et à mesure de l'avancement des travaux.

Deux associations n'ont pas réagi. (CUMG de l'U.C.L. et U.F.M- Medidoc).

Afin de rendre le travail plus efficace, le Dr. Mambourg demande aux représentants des associations consultées de bien vouloir lui transmettre un accusé de réception après chaque envoi.

Le document récapitulatif des résultats obtenus est distribué (cfr. Annexe 1).

Chaque phrase du préambule a donc fait l'objet d'une double cotation :

- accord du récepteur avec l'item
- degré de priorité selon le récepteur de l'item.

Les cotes minimales traduisent l'opposition la plus marquée d'un membre sur cet item.

Il a été convenu que les items qui obtiennent une côte > 80%, sans côte minimale < 5, sont déclarés recueillir un consensus suffisant.

Les items qui obtiennent une côte > 80%, assortie d'une côte minimale < 5, sont renvoyés à l'auteur de cette côte minimale pour explications complémentaires.

L'item 1 fait l'objet d'un consensus total , à la fois quant à l'accord des membres et à son degré de priorité.

Les items 2, 3 et 4 obtiennent également un consensus suffisant.

L'item 5, par contre, pose problème aussi bien quant à son contenu qu'à son degré de priorité.

Le groupe propose de le supprimer du texte.

L'item 6 concernant les annotations personnelles du médecin ne recueille pas l'approbation, car C. Jeandrain lui attribué une cotation de 1: la protection de la vie privée et des réflexions personnelles du médecin semblent ici en cause.

Le groupe suggère d'ajouter une précision dans le texte quant à la protection de ces données personnelles par une codification et d'en rediscuter avec Ch. Jeandrain.

L'item 7 obtient le consensus mais n'est pas prioritaire.

Afin de limiter l'accès global du patient à l'ensemble du dossier médical informatisé, le groupe propose que ce soit le médecin généraliste gestionnaire du dossier qui soit l'unique responsable autorisant l'accès à certains éléments de son dossier.

L'item 8 fait l'objet d'un consensus mais n'est pas prioritaire. Afin d'en clarifier le sens, il est proposé de remplacer le mot "progressive" par le mot "chronologique".

Les items 9, 10 et 11 sont acceptés et considérés comme prioritaires.

L'item 13 ne soulève pas d'opposition majeure, mais n'est pas prioritaire.

Les phrases 14 et 15 sont à réexaminer, car elles soulèvent des réticences.

L'item 16 n'est pas perçu comme prioritaire.

Quant à la phrase 17, vu le désaccord significatif, le groupe propose de supprimer les mots placés entre parenthèses.

Dans l'immédiat, les items qui ont obtenu une cote d'exclusion (<5) vont être renvoyés par mail aux auteurs de ces cotations afin d'obtenir des précisions supplémentaires.

La grille d'analyse portant sur la suite du texte sera ensuite envoyée à toutes les associations. Il est demandé à chacune de celles-ci d'envoyer une réponse qui soit le reflet des opinions de ses membres.

6.10.6 Nouvelles de PROREC et de son C.A.

- Le Congrès EUROREC de Rotterdam se tient du 7 au 10 octobre 1998.

Fr. Mambourg sollicitera la participation du Dr. Van Den Haute, intéressé.

- Le séminaire de PROREC consacré au transfert de données issues du dossier médical informatisé se tiendra le vendredi 26 juin 98 à 14 heures à la salle PACHECO.

Le Journal du Médecin en fera la publicité.

6.10.7 Nouvelles de la Commission DME du Ministère de la Santé Publique.

Un débat s'engage sur les missions de la Commission Dercq DME du Ministère.

Cette assemblée travaille sur les fonctions du dossier médical électronique mais pas sur son contenu.

C'est justement le rôle des Forums d'utilisateurs tels que celui - ci de réfléchir plus largement au contenu et à la gestion du dossier médical informatisé.

L'objectif essentiel de la Commission du Ministère est de faire du dossier médical électronique un outil qui vise à améliorer la qualité des soins.

Quant à la méthode de travail de la Commission, il est proposé d'établir un ordre des priorités et de constituer des sous - groupes d'experts auxquels la Commission puisse faire appel en fonction de la priorité examinée.

Un membre informe que PROREC aurait été chargé de réaliser un cahier de charges

contenant les critères techniques, de sécurité et fonctionnels à exiger des fabricants de logiciels médicaux qui désirent être labellisés.

Il faut en effet constater que plusieurs logiciels présents sur le marché médical belge ne sont en réalité que des programmes de traitements de texte sans aucune fonction médicale particulière.

Ces logiciels, très peu onéreux, ne présentent aucun intérêt pour la pratique professionnelle.

Dès que des fonctions minimales et prioritaires seront assignées par la Commission DMI aux logiciels médicaux, un écrémage se fera entre les programmes utiles et les logiciels de traitement de texte sans intérêt pour le corps médical. Les membres présents insistent sur l'urgence de cette sélection afin d'éviter que des confrères investissent de l'argent et surtout de l'énergie dans des logiciels qui n'offrent pas les fonctions minimales. En effet, dans ce cas, il est impossible de récupérer les données introduites.

6.10.8 Divers .

Le Dr. Mambourg demande que toute remarque écrite concernant le FORUM PROREC soit envoyée

48 heures avant les réunions afin de pouvoir en tenir compte.

C. Angelroth de la Région wallonne souhaite rencontrer ce FORUM afin d'exposer les projets du Ministre Lebrun en matière de télécommunications et de télématique en Wallonie. Il sera invité lors de la prochaine réunion.

La prochaine réunion aura lieu le samedi 20 juin 98 à 14h30 dans le même bâtiment (Vésale).

Elle sera consacrée essentiellement à la poursuite de l'examen des consensus quant à la suite du texte d'Olga Van de Vloed sur les fonctions du dossier médical électronique

P.de BISEAU réservera la salle et le communiquera en temps voulu. _____

6.11 COMPTE - RENDU DE LA REUNION DU 20 JUIN 98 - FORUM PROREC FRANCOPHONE MEDECINS UTILISATEURS DE DOSSIERS MEDICAUX ELECTRONIQUES

6.11.1 PRESENTS

Dr. F.MAMBOURG (Médiateur du Forum), P.de BISEAU (Ministère de la Santé Publique), Dr. E.KOOPMANS (Vlaams Eerstelijnsforum), Dr. M.ROLAND (CUMG de l'ULB),

Dr. Michel DEROUBAIX (CEDIMHO), Dr. Christian JEANDRAIN (CENIM), Dr. Désiré VERBRAECK (CENIM), Dr. Pierre-Joseph BRUWIER (UFM), Dr. H.MAQUOI (AMEH), DR. André WISLEZ (CEFOP), Dr. Richard MARTENS, Dr. Pierre DE PLAEN (FORUM des Associations de généralistes).

6.11.2 EXCUSES

Dr. W. Ceusters, Dr. Ph. Devos, Dr. P. Vollemaere.

6.11.3 Approbation du compte - rendu de la réunion du 28/03/98 et discussion informelle des points d'actualité.

Le Compte - rendu de la réunion du 28/03/98 est approuvé à l'unanimité.

Le Dr.Mambourg commence par présenter le Dr.E.Koopmans, qui sera le représentant du FORUM PROREC néerlandophone (Vlaams Eerstelijforum). Sa participation au présent FORUM permettra d'établir le lien entre les deux FORUMS d'utilisateurs de DMI.

Le représentant du Vlaams Eerstelij Forum PROREC signale que des subsides ou une participation financière publique pourraient être octroyés aux groupes de médecins généralistes qui transmettraient des données médicales anonymisées au Ministère de la Santé Publique.

Il pourrait donc y avoir une subsidiation à l'informatisation des médecins via la pratique de groupe.

Un membre craint que, une fois définis, les critères applicables aux logiciels médicaux ne soient figés définitivement.

Cependant, ces critères devront nécessairement être revus régulièrement afin d'être adaptés aux évolutions techniques et professionnelles.

Il s'agira dès lors de critères souples, modulables.

Un membre s'inquiète aussi de l'utilité de réunions telles que celle-ci, puisqu'il pense que tout est déjà décidé par le Cabinet qui agréera les logiciels selon sa volonté.

A cela, il est répondu que les logiciels médicaux ne seront pas agréés, mais que le Ministère pourra décerner des labels.

En outre, le texte relatif aux fonctions du DMI n'est pas un document rédigé exclusivement au sein du Cabinet du Ministre, puisqu'il est le fruit d'un travail pluraliste de réflexion de 12 médecins.

Le Ministère n'a par ailleurs ni les moyens légaux ni la volonté d'imposer l'informatisation de tous les médecins.

Par contre, le Ministère s'efforce de fournir une information sur la qualité des logiciels médicaux et de déterminer ce qui est important pour l'optimisation de la pratique médicale.

Le groupe demande que les associations de médecins puissent proposer des fonctions spécifiques en plus des critères techniques qui seront définis pour les logiciels médicaux.

Quant à la sécurité des données transmises, un membre souligne que le Conseil des Ministres vient d'approuver un avant -projet relatif à la reconnaissance légale de la signature électronique.

A cela s'ajoute l'anonymisation des données des patients par les procédures de cryptage des messages.

Par rapport à la structure du DMI, il n'est pas question d'imposer un contenu et une architecture déterminée, si ce n'est un certain nombre de champs d'encodage permettant la compatibilité des informations répertoriées et le modèle d'enregistrement fondé sur les notions d'épisodes et de plans de soins (CHIC).

La compatibilité des logiciels, l'interchangeabilité des données est en effet l'enjeu essentiel : l'objectif est de l'extraction, la transmission et la réception intelligible des données médicales.

Un membre s'inquiète encore de la possibilité de voir se créer un "logiciel d'Etat".

Cette rumeur est dissipée par le groupe.

Le Dr. Mambourg s'engage à faire une communication au sein du groupe plénier de travail EMDDMI lors de la prochaine réunion du 2 juillet 98 pour exprimer ces craintes.

Quant au contacts évoqués avec l'industrie pharmaceutique, l'AGIM a bien été approchée mais rien n'a été décidé.

Dans la mesure où l'industrie pharmaceutique a déjà investi dans certains logiciels médicaux (cfr.Health One) et où elle a besoin d'informations médicales, son apport financier ne serait pas négligeable, notamment en matière de formation des médecins à l'utilisation de logiciels médicaux.

Néanmoins, cette perspective doit faire l'objet d'une concertation avec les organisations représentatives des médecins. Une réunion à ce sujet aura lieu en septembre 98.

Par ailleurs, l'Administration a obtenu de l'I.N.A.M.I qu'un module de formation permanente à l'informatisation de la pratique médicale soit créé à destination des médecins via l'accréditation.

6.11.4 Présentation des résultats obtenus par les items envoyés par e - mail (voir annexe)

Répondants : les Drs : P-J Bruwier (U.F.M.),M. Deroubaix (CEDIMHO), V. Formato (CECIM), H. Maquoi (AMEH), M. Roland (CUMG , ULB), D. Simon (ITIM), P. Vollemaere, A. Wislez (CEFOP).

6.11.5 Approbation définitive des consensus et discussion des autres points

La méthode de travail est rappelée : dans un premier temps, le texte de consensus découpé par items (chaque item correspond à une idée développée) est envoyé par e - mail à tous les membres du FORUM qui se prononcent sur une échelle de cotation de 1 à 10 quant à leur accord avec la proposition et quant à son degré de priorité. A l'instar de la méthode Delphi et afin de permettre à chaque groupe d'exprimer son opinion propre, la diffusion des résultats de cette étape se fait une fois que tous les résultats sont rentrés, lors de la réunion « de visu ».

Il a été convenu que les items qui obtiennent une côte >80%, sans côte minimale <5, sont déclarés recueillir un consensus suffisant.

Les items qui obtiennent une côte >80%, assortie d'une côte minimale <5, sont discutés de visu en réunion. (Remarque incluse au moment de la relecture: si l'auteur de la côte d'exclusion est absent, une consultation par mail sera organisée.)

Ces réponses ont une valeur indicative : certains membres ne répondent pas toujours.

Le groupe approuve définitivement les consensus obtenus pour la première du texte.

L'item 10 du document intitulé "cadre général" a obtenu un consensus total et est considéré comme le plus important (Le médecin généraliste gère ces données et est

l'unique responsable autorisant l'accès à certains éléments du dossier).

Le groupe entame ensuite l'examen des résultats obtenus par les items envoyés par e-mail (2ème partie du texte).

L'item 18 est consensuel: le degré de priorité le devient aussi, suite à un débat avec le Dr. M.Deroubaix.

L'item 19 est consensuel et prioritaire.

Quant aux items 20 et 21, il est souligné que ce qui figure en italiques dans le texte est ce qui a été rajouté suite aux exigences formulées par la SSMG.

Ces deux items sont consensuels quant à leur accord et leur degré de priorité.

Les items 22, 23 et 24 ne posent pas de problèmes.

L'item 25 (2.4) fait l'objet d'un accord, mais il y a une résistance du Dr.P.Vollemaere quant à son degré de priorité. Le Dr.Mambourg le contactera pour vérifier s'il maintient cette objection.

Quant aux items 26 , 27, 28 (2.5), ils font l'objet d'objections importantes : l'ITIM de la SSMG demande que ce soient uniquement les **médecins** soignants des différents échelons qui puissent avoir communication des informations issues du DMI, et non les autres intervenants de 1ère ligne (infirmières, kinésithérapeutes, etc..).

Un débat s'instaure sur la notion de secret médical et son application.

Un membre fait remarquer que d'après l'Ordre des Médecins, le secret peut être partagé avec d'autres professionnels de la santé.

En ce qui concerne ces items, le Dr.Mambourg va réécrire au Dr.David Simon de l'ITIM de la SSMG pour discuter de ces réticences.

Les items 28 et 29 sont rejetés.

Quant à l'item 30, la notion même d'auto - évaluation semble peu pertinente et peu justifiée aux yeux de plusieurs membres du groupe.

Une discussion s'instaure à ce sujet : l'auto - évaluation s'inspire t-elle de critères internes ou externes?

La crainte est de se voir imposer de l'extérieur de la profession, des normes et des standards de pratique médicale qui limiteraient les choix thérapeutiques par le biais de l'auto - évaluation.

Le groupe propose d'envoyer cet item à chaque membre en lui demandant de le réécrire à sa manière, puis de le réexaminer en réunion.

6.11.6 Critères élaborés pour le Forum PROREC des développeurs : commentaires à l'intention du groupe de travail EMDMI

La colonne "off/on" ou "progressif" détermine le degré de nécessité immédiate d'introduction de ce critère pour les fonctions du DMI (voir annexe 2).

Le critère 1 obtient le consensus.

Le critère 1 bis est indispensable .

Le critère 2 vise à instaurer une zone du dossier totalement inaccessible aux tiers : cette zone contient les notes, réflexions personnelles et hypothèses de travail du

médecin.

Le groupe insiste sur le fait que ces informations doivent être inaccessibles aux patients également.

Le patient ne peut avoir accès qu'aux "données objectives".

Ce champ du dossier sera donc exclu de toute communication. Il est réservé au seul médecin gestionnaire du dossier.

Le critère 3 (encodage par mots - clés) pose problème, dans la mesure où il exigerait un temps de formation énorme d'après certains.

Il faut à tout le moins spécifier clairement ce qui doit être encodé, et non se contenter d'une formule aussi vague et ambiguë que " les données objectives et pertinentes".

Il n'y a donc pas d'accord tant que l'on n'aura pas précisé ce qui doit être encodé.

Le critère 5 est lié au critère 3.

Le critère 4 (enregistrement POMR) est accepté.

Il en va de même pour le critère 6 (codification reconnue).

Le critère 7, bien que souhaitable, devient progressif.

Le critère 8 est précisé : les données objectives extérieures (provenant de tiers : autres médecins, rapports de spécialistes, d'autres prestataires de soins,...) doivent être ineffaçables et ne peuvent être modifiées. Ce critère est, d'après le groupe, indispensable immédiatement.

Le critère 9 reste progressif.

Le critère 10, considéré comme moins urgent, devient progressif.

Le critère 11 relatif à la sécurité interne (voir commentaire) reste progressif.

Cependant, dans le commentaire relatif à ce critère , le fait de réserver l'ordinateur à l'usage exclusif des dossiers est refusé par le groupe.

Le critère 12, dans la mesure où il se confond avec le critère 13 (compatibilité entre logiciels) peut être supprimé.

Le critère 14 , relatif à la structure par épisodes et plans de soins, devient progressif.

Le critère 15 reprend la remarque formulée au critère 8 (données extérieures objectives non modifiables), mais le groupe considère qu'il doit y avoir une possibilité de modifier ses données personnelles, tout en archivant une trace de la version initiale.

Le critère 16 donne lieu à une discussion : au lieu de masquer les données passives (patients défunts ou patients ayant déménagé), le groupe préconise plutôt l'usage d'icônes particuliers qui désigneront les patients décédés ou ayant déménagé afin qu'ils soient repérables dans la liste de patients.

Un tri sur base de ces icônes pourra s'opérer.

Pour le critère 17, le groupe demande de lui accorder la plus grande priorité et donc de le considérer comme "off/on". En outre, le groupe désire ajouter l'exigence d'une connexion physique discontinue pour éviter les risques de piratage de la ligne téléphonique (le modem doit être déconnecté en dehors des moments de transmission ou de réception via la boîte aux lettres électroniques).

Le critère 18 est maintenu tel quel.

Le critère 19 reste progressif et ne soulève pas d'objection, mais le groupe fait remarquer que la notion de "convivialité" est subjective : il faudra préciser ce concept.

Le critère 20 pose problème : en effet, il entraîne un coût certain pour l'utilisateur.

Cet avantage devrait être financé par les pouvoirs publics, sinon, les médecins n'auront pas les moyens de s'équiper.

Une question technique se pose enfin : s'agira-t-il d'une base de données plan DBF ou bien d'une base articulée ?

6.11.7 Nouvelles de PROREC

- Vlaams Eerstelijnsforum Forum : le Forum néerlandophone ne s'est pas constitué en a.s.b.l propre mais a décidé que chacun y représenterait sa propre association.

Ce Forum a décidé de créer des sous - groupes de travail qui feront rapport au Forum néerlandophone :

Un sous - groupe INPUT (convivialité, aspects extérieurs, facilité d'usage, ...) sera coordonné par le Dr.Léo PAS

Un sous - groupe OUTPUT (aspects techniques, encryptage, transmissibilité, ..) sera pris en charge par le Dr.M.NYSSSEN

Le Forum néerlandophone , qui regroupe donc des prestataires de soins de 1ère ligne (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, etc..), n'a pas encore défini de procédure de vote ou de travail.

- Le FORUM PROREC des développeurs de logiciels médicaux travaille sur base de la même grille que le FORUM francophone des médecins utilisateurs de DMI. Cette méthode de travail permet de garantir la cohérence et la convergence.

6.11.8 DIVERS

- Il faudra compléter et vérifier la liste de diffusion du Forum afin que tout le monde reçoive bien les documents de travail
- Le Dr De Plaen, représentant du Forum des Associations de Médecins Généralistes signale qu'il n'a pas été mandaté de la part de son groupe pour se prononcer. Il participe donc à ces réunions à titre d'observateur et d'informateur. Il ne prend pas position.
- La prochaine réunion est fixée au samedi 19 septembre 98, à 14h30, bâtiment Vésale. La salle sera réservée ultérieurement.

6.11.9 ANNEXES

6.12 COMPTE - RENDU DE LA REUNION DU FORUM PROREC DES GENERALISTES FRANCOPHONES UTILISATEURS DE DMI DU 19 /09/98

6.12.1 Présents

Dr.F.MAMBOURG (Médiateur), Dr. V.FORMATO (CECIM), Dr. D.VERBRAECK (CENIM), Dr. P.VOLLEMAERE(GBO), Dr. Ch ..JEANDRAIN (CENIM), Dr.

DEPLAEN (FORUM

Médecins), Dr. M. DEROUBAIX(EDIMHO),Dr. W. CEUSTERS, IDELFOSSE (PROREC - Be), Dr. VANTHUYNE (CUMG- UCL), Dr. R.MARTENS (FORUM), Dr. P.J.BRUWIER (UFM), M. BANGELS, P.de BISEAU (Ministère de la Santé Publique).

6.12.2 Excusés

Dr.P.TARPAKATI(UFM), Dr.A.WISLEZ (CEFOP), Dr. M.ROLAND .

6.12.3 Approbation du compte - rendu de la réunion du 20 juin 1998.

Un membre souhaite rajouter un point au compte - rendu précédent, relatif au fait que le Conseil de l'Ordre des médecins considère que le secret médical ne peut être partagé qu'entre médecins et non avec d'autres tiers soignants.

Un participant demande ce que recouvre le terme CHIC.

Des informations sur le concept CHIC se trouvent sur le site EHTO.

M.BANGELS communiquera un rapport succinct à ce sujet (annexe 1).

Un membre désire obtenir des informations sur la réunion du 18 septembre 98 avec les associations de médecins.

Cette réunion avait d'abord un objectif d'information et de concertation.

Quant au projet de création d'une asbl EMDMI, un participant à la réunion du 18 septembre exprime sa crainte vis - à - vis de l'influence et du poids que pourrait avoir le secteur pharmaceutique au sein de cette structure.

Les Dr. R.MARTENS et E. DE KEYSER signalent qu'ils représentent le FORUM des Associations de Médecins généralistes à titre d'observateurs, sans se prononcer, à l'instar du Docteur De Plaen.(voir compte - rendu précédent).

Moyennant ces remarques, le compte - rendu est approuvé.

6.12.4 Présentation des résultats obtenus pour les items envoyés par e- mail

6.12.5 Approbation définitive des consensus et discussion des autres points.

Ce qui ressort de la correspondance e -mail , c'est que les items 31 à 34 (voir annexe2) obtiennent des scores peu élevés.

D. Simon de la SSMG a proposé une réécriture de ces items.

La notion d'audit médical ou d'évaluation de la qualité de la pratique via le dossier médical informatisé rencontre une opposition certaine.

L'item 31 doit donc être réécrit.

Il faut notamment préciser que c'est le généraliste qui récolte les données et qui en gère le traitement.

C'est le généraliste qui doit contrôler, filtrer et sélectionner le flux de données .

Le terme d'auto - évaluation convient mieux.

La qualité de la pratique doit être évaluée par les médecins eux - même, et non par une instance externe.

En outre, l'item est imprécis : il faut définir des circonstances et des thèmes de récoltes de données.

S'il est vrai que la récolte de données épidémiologiques et statistiques est de nature à améliorer la qualité de la pratique, les médecins généralistes veulent gérer ces informations au sein de la profession, sans aucune intervention externe.

F.MAMBOURG prendra contact avec V.VAN CASTEREN pour vérifier quels sont les thèmes sélectionnés pour la communication de données sur base volontaire, dans le cadre de la convention subsidiée par le Ministère (voir annexe 3).

Un participant évoque à nouveau la crainte de se voir imposer un DMI unique par les autorités ministérielles.

Il est répété que le Ministère n'a ni les moyens juridiques ni l'intention d'imposer au corps médical un type de dossier, mais de décerner des labels de qualité pour informer les médecins de la valeur des produits disponibles sur le marché.

Les items 31 et 32 doivent être réécrits en ajoutant dans quelles conditions les données peuvent être transférées.

Ces items sont trop ambigus et sujets à interprétation.

La nécessité d'harmoniser les données afin de les rendre comparables doit aussi figurer dans l'item.

En outre, il faut spécifier que l'anonymisation des données concerne aussi bien les médecins que les patients .

Par ailleurs, la notion de feed - back, de retour des informations scientifiques traitées vers le corps médical est essentielle et doit figurer dans le texte.

Il est proposé d'ajouter à la fin de l'item 33 “ à l'échelon local, régional ou national”.

Pour l'item 34, on propose de remplacer le mot “épidémiologique” par “enregistrement des données récoltées dans le cadre(de l'activité journalière...)”

Le problème du choix de la codification des affections est évoqué (ICPC ou ICD - CM)

Les items 31 à 34 seront donc réécrits par les Dr. Verbraeck et Formato et une consultation par mail sera effectuée.

Les items 35 et 36 suscitent une vive opposition et sont rejetés.

Un participant fait remarquer que les items 37 à 43 concernent plutôt les exigences d'un user - club.

Pour l'item 37, l'expression “ bons programmes d'informatisation” trop vague, doit être supprimée.

Cette modification faite, cet item devient consensuel mais non prioritaire.

Fr.MAMBOURG rappelle que le texte sur les fonctions du DMI est inspiré de l'étude Delphi financée par l'INAMI et réalisée par les Université de Liège et de Gand.

Il ne faut pas confondre les fonctions du DMI et le contenu du DMI.

Pour l'item 41, il est demandé de rajouter “sans perte de données et sans investissement complémentaire” entre “transférées” et “ facilement”.

L'item 43 pose des problèmes de compréhension : il est proposé que M.ROLAND vienne expliquer le sens de cet item.

En ce qui concerne les labels à décerner aux logiciels médicaux, il est important de souligner que le médecin généraliste ne dispose pas de la compétence technique pour évaluer un programme et que ce travail doit être réalisé par un organisme indépendant spécialisé en matière de certification de software.

Un participant souhaiterait qu'un item soit ajouté concernant la valeur financière de l'informatisation d'un cabinet médical. Etant donné l'investissement, ce participant estime qu'une rémunération par les pouvoirs publics devrait être prévue. Ce participant pense qu'il faut rémunérer la valeur ajoutée apportée par le DMI.

6.12.6 Item s 27, 28, 29 2.5. : décision

Vu la teneur déontologique de cet item (partage du secret professionnel), il est proposé de transmettre cette question via la Commission EMDMI au sous - groupe consacré aux aspects juridiques et éthiques

6.12.7 Nouvelles de PROREC et de la Commission EMDMI

W.CEUSTERS informe qu'une Convention est prévue entre le Ministère de la Santé Publique et PROREC-Be afin de traduire les fonctions du DMI contenues dans le document de travail en critères ou paramètres techniques permettant aux fabricants de logiciels de les implémenter.

Dans le cadre de ce travail, un montant de 700.000 ou 800.000 fb est prévu pour des médecins généralistes (FORUM francophone + Vlaams Eerste Lijn Forum) et un montant équivalent pour les fabricants de logiciels.

Un appel d'offre est donc fait au sein de ce FORUM pour participer avec les concepteurs de logiciels à la définition de critères fonctionnels de qualité et à la détermination de priorités d'implémentation pour ces critères.

Dès que la Convention sera signée, F.MAMBOURG fera un appel d'offres par e- mail aux médecins membres de ce Forum pour collaborer à la réalisation de cahier des charges, Un membre se demande pourquoi les résultats obtenus par le RCM sont si peu exploités sur le plan épidémiologique?

M.BANGELS propose d'en traiter lors de la prochaine réunion.

Le Vlaams Eerste Lijn Forum et le sous - groupe juridique et éthique de la Commission EMDMI renouvelle sa demande d'un représentant du présent Forum PROREC à ses réunions.

Suite à ses nouvelles fonctions au Service de l'Art de Guérir, Fr. MAMBOURG remet en jeu son mandat de médiateur.

A l'unanimité des membres présents, Fr. MAMBOURG est reconduite dans ses fonctions de médiateur.

Un membre annonce l'organisation d'une réunion consacrée au dossier médical informatisé le samedi 27 mars 99 à la Maison de la Culture de Tournai.

La prochaine réunion aura lieu le samedi 21 novembre 98 à 14h30 au même endroit.

De nombreux envois mails étants prévus d'ici là, il est demandé à nouveau avec insistance aux membres désireux de les recevoir et ne faisant pas encore partie de la

liste de diffusion, d'envoyer leur adresse électronique à : francoise.mambourg@openweb.be

6.13 COMPTE - RENDU DE LA REUNION DU FORUM PROREC DES GÉNÉRALISTES FRANCOPHONES UTILISATEURS DE DMI DU 21/11/98

6.13.1 Présents

6.13.2 les Drs : P.TARPAKATI (UFM), M.ROLAND (CUMG-ULB), F.MAMBOURG (Médiateur), V.FORMATO (CECIM), M. HUBERT (CEDIMHO) P. DEPLAEN (FORUM des Médecins), P.J. BRUWIER (UFM), J. DE BEULE (Eerstelijnsforum), I. DELFOSSE (PROREC - Be).

6.13.3 Excusés

les Drs : M. BANGELS, M. DEROUBAIX (CEDIMHO), W. CEUSTERS, M. JAMOULLE (Féd. Des Maisons Médicales), J. GRIGNARD (SMAV), D. SIMON (ITIM de la SSMG), D. VERBRAECK (CENIM), , VANTHUYNE (CUMG- UCL), R. MARTENS, P. VOLLEMAERE (GBO), Dr. Ch. JEANDRAIN, P.de BISEAU (Ministère de la Santé Publique).

Les participants ont commencé cette réunion par un brain storming portant sur la définition de certains concepts utilisés couramment. Cette discussion a débouché sur la rédaction d'items, qui , suivant la manière habituelle de travailler du groupe ont été envoyés par E. Mail. Ces items serviront de base à la réunion suivante.

6.13.4 Approbation du compte - rendu de la réunion du 19 septembre 1999

Le compte - rendu est approuvé.

6.13.5 Présentation des résultats obtenus pour les items envoyés par e- mail

6.13.6 Approbation définitive des consensus et discussion des autres points.

L'item 44 est approuvé, moyennant cet ajout : Les notes personnelles doivent rester propriété du médecin et être non-divulgables. L'item 45 qui n'obtient que 19/40, n'obtient pas le consensus. Idem pour l'item 46 qui n'a obtenu que 25/40. L'item 47 est approuvé, moyennant les ajouts suivants : Le médecin gestionnaire du dossier doit pouvoir contrôler les données après leur extraction. La SSMG refuse toute transmission directe sans anonymisation du patient et du médecin. L'item 48 obtient le consensus, l'item 49 également après cette modification : Enfin, il est très important que l'ordinateur se trouve dans un local dont le gestionnaire a la clé. L'item 50 est considéré comme trop imprécis ; L'item 51 est approuvé comme tel.

6.13.7 Discussion des nouveaux items concernant la récolte des données à des fins épidémiologiques

Une première mouture de ces items a circulé par Mail. Toutefois, il n'a pas été possible à D. Simon d'en écrire une deuxième version par manque de temps. Ce point sera rediscuté à la prochaine réunion.

6.13.8 Nouvelles de PROREC et de la Commission EMDMI

Le docteur Jurgen De Beule, président (avec le docteur Carl Steylaerts) du "Vlaams

Eerstelijnsforum" nous a exposé la façon de travail en ce moment dans le "Vlaams Eerstelijnsforum" et les projets pour le futur. Ce groupe est divisé en deux groupes de travail : "IN" (Leo Pas, WVVH) et "OUT" (Marc Nyssen, VUB). Le groupe IN tente de définir quelles informations doivent être entrées dans le DMI, le groupe OUT évalue les « sorties » à partir du DMI.

Si nécessaire, il est prévu de déléguer le travail et consulter une expertise externe.

Nos confrères prévoient également de déposer des projets autonomes au Ministère de la Santé publique, et de demander des subsides.

En second point le docteur De Beule a posé des questions concernant la convention entre Prorec et le Ministère de la Santé publique, laquelle pourrait être signé avant le 3/12/98.

6.13.9 Conseil d'administration de PROREC :

Lors de la réunion du 31/01/98 le docteur Philippe Devos de la SSMG et le docteur Etienne De Keyser ont été nommés au C.A. de PROREC-BE. Pour ce dernier la nomination deviendra effective au moment où le forum des Associations adhèrera comme membre de PROREC-BE. Le docteur Richard Martens s'est inscrit comme membre de PROREC-BE le 15/11/98 (Association: FORUM)

6.13.10 Home Telecare : Un projet de l'état fédéral avec la participation de PROREC-BE

Cfr. les documents en annexe : Communiqué de presse et l'organigramme du Website.

On nous a demandé de faire un appel pour des articles concernant les items à retrouver sur l'organigramme du website. Pour de plus amples informations vous pouvez contacter Claire de Burbure ou Ilse Delfosse.

6.13.11 Divers

La prochaine réunion aura lieu le samedi 23 janvier 98 à 14h30 au même endroit.

La séance est levée à 17h30

7. THE PROREC-BE PHARMACEUTICAL INDUSTRY FORUM.

7.1 INTRODUCTION

The Pharmaceutical Industry forum of PROREC-BE VZW was the last forum to be initialised at the end of 1998. Starting up the PROREC-BE Pharmaceutical Industry forum turned out to be no evidence. Members of the Developer/vendor forum are rather unresponsive; at the beginning of this year, they expressed their concern about a Ministry's intervention: they are afraid that through the Pharmaceutical Industry, the government will increase their grip on patient data, resulting in a decrease of the privileges of developers and practitioners. However, the formal start meeting will be at the beginning of 1999.

7.2 AIMS AND OBJECTIVES

The main objective of this forum is to create a common vision of the pharmaceutical industry in Belgium related to the electronic healthcare record.

7.3 MEMBERSHIP

7.3.1 Membership conditions and privileges for Pharmaceutical Industry

All pharmaceutical industries in Belgium are entitled to assist in the activities of the forum. Although participation within the forum's activities does not depend on membership, some privileges are however granted to PROREC membership.

Members through the Pharmaceutical Industry forum pay a fee of 50.000, - BEF.

In addition to the rights granted to the membership in accordance with the relevant paragraphs in the Articles of Association of PROREC-BE VZW, this membership entitles:

- free of charge attendance of one representative on all Pharmaceutical Industry meetings, at least 4 times a year (normally 2360 BEF / meeting) ;
- to receive all documents used or produced in all PROREC-BE meetings (included those of other than Pharmaceutical Industry platforms) free of charge ;
- to use the PROREC-BE membership logo on all his documents towards his customers;
- to be eligible as partner or subcontractor for work to be done by PROREC-BE VZW in national or international projects ;
- to consult PROREC-BE VZW's library free of charge (on appointment) ;
- to receive 25% discount on all specific consultancy activities to be done by PROREC on demand of the member ;
- to represent the PROREC-BE Pharmaceutical Industry group in other bodies upon request of PROREC-BE VZW's president

7.3.2 Industrial Membership 1998

- Boehringer Ingelheim
- Glaxo Wellcome

7.3.3 Meeting 20/04/98:

A first meeting with the pharmaceutical industry took place on april 20th in the building of the Ministry of Public Health. The objective was to examine the interest of the pharmaceutical industry in the functioning of PROREC-BE, and how this fits in the needs of the other PROREC-BE fora.

8. EXTERNAL ACTIVITIES

8.1 PARTICIPATION IN NATIONAL ACTIVITIES

8.1.1 Convention between PROREC-BE and the government: Project: "Technical implications relative to the functions of the EHCR" (General Practitioners)

In December a convention started between PROREC-BE and the government: Project: "Technical implications relative to the functions of the EHCR". The objective is to define standardisation elements of EHCR systems in order to promote their quality. This will give GP's new possibilities for an optimal management of patient data. An other objective is to increase and to optimise exchanges between practitioners of different disciplines and between practitioners and public authorities. The use of standards for data transmission has to increase the continuity of patient care.

Members of the PROREC-BE General Practitioners fora will describe precisely the functions of the EHCR (described in a consensus document prepared by the Ministerial working group) and they will translate them into practical directives, concerning the needs and the criteria in order to obtain an optimal functionality. They will help the developers interpreting those criteria, and working out a consensus-procedure to determine the elements to be realised in a short, medium or long period.

Members of the PROREC-BE developers forum will help the general practitioners describing the functional criteria. They have to transform the functional descriptions

into specified technical descriptions so that the functional descriptions can be implemented objectively and explicitly, and to evaluate their conformity in the software. They will also give a survey of all the practical solutions, already used or in development. And they will help the developers interpreting those criteria, and working out a consensus-procedure to determine the elements to be realised in a short, medium or long period.

Members of the PROREC-BE hospital fora will also cooperate to determine the elements to be realised in a short, medium or long period.

A software testing center will create a methodology to screen the agreements and to indicate whether they are testable or not.

Partnership agreements have been concluded with the following partners:

Developers: J. Devlies (Datasoft Management), P. Talbot (Eudata Cogestic), A. Vandenberghe (HDMP)

General Practitioners: Dr. D. Verbraeck (CENIM), Dr. P. Verdonck (WVVH), Dr. W. Verhelst (Medidoc gebruikersclub)

President of the Advisory body: Prof. R. Paemeleir

Testdeveloper: Luc Rombout

8.1.1.1 Minutes of the convention meeting 29/12/98 20-22

8.1.1.1.1 Present:

| | |
|--------------------------------------|--|
| D. Verbraeck (CENIM) | Prof. Paemeleire |
| L. Paquay (Wit-gele kruis) | Jef Geboers (HDMP) |
| W. Verhelst (Medidoc gebruikersclub) | P. Talbot (Eudata-Cogestic) |
| P. De Coninck (Health Dender) | M. Devos (Cegeca) |
| P. Verdonck (WVVH) | M. Gilbert (ACTH) |
| C. Steylaers (WVVH) | E. De Clercq (Ecole de Santé Publique) |
| Fr. Brabant (Medical Associates) | Tom Fiers (UZ Gent) |
| N. Reniers (ACC) | M. Roland() |
| E. Bruninx (Cap Gemini) | L. Luyten () |
| A. Vandenberghe (HDMP) | I. Delfosse (Director PROREC-BE VZW) |
| L. Baert(APB) | W. Ceusters (President PROREC-BE VZW) |
| P. Van Hove (Sosoeme) | |
| J.P. Pulinckx (AD Technologies) | |
| Mr. Hannot (AD Technologies) | |
| Luc Rombout | |

8.1.1.1.2 Excused:

| | |
|----------------------|--------------------------------|
| Dr. M. Bangels | J. Dillen |
| Maquoi Henri | S. Piret |
| Viviane Van Casteren | Peuskens (St Jozef Kortenberg) |
| P. De Biseau | W. Dierickx |
| K. Smeulders | John Das |
| J. De Beule | Jo Janssens |
| J. Spincemaille | P. Dufraimont |
| R. Tielemans | Marc Decroo |
| P. Putzeys | Louis Schilders |
| F. Mambourg | E. Mariën |

O. Vandevloed
Dr. De Ridder (verslag)
J. Devlies

N. De Swaef
I. Verborgh

8.1.1.1.3 Verwelkoming en voorstelling van de aanwezigen

Alle aanwezigen stellen zich voor.

Er wordt de afspraak gemaakt dat iedereen zijn eigen taal spreekt.

W. CEUSTERS bedankt iedereen voor zijn aanwezigheid en zet het verloop van de vergadering uiteen:

Korte inleiding- Context

Discussie over de aanpak

8.1.1.1.4 Context

Aan de hand van slides wordt de context uiteengezet:

Slide1:

Conventie tussen de Minister van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, werkgroep "EMDMI" en PROREC-BE-VZW: betreffende het project "Technische gevolgen van de functies van het Elektronisch Medisch Dossier"
Werner Ceusters PROREC-BE VZW Hazenakkerstraat 20 9520 Zonnegem

Slide2:

Doel:

De elementen voor standaardisatie van het EMD vastleggen teneinde de kwaliteit ervan te bevorderen.

De uitwisseling van gegevens tussen artsen van verschillende disciplines en tussen artsen en overheidsdiensten optimaliseren.

Slide 3:

Onderwerp van de overeenkomst:

Analyse (Fase I):

Document "Functies..." herschrijven o.v.v. duidelijke functionele specificaties.

Overzicht maken van bestaande buitenlandse criteria.

Document over normen en criteria opstellen.

W. CEUSTERS: Het hier vermelde document betreft het document "Olga Van de Vloed"; dit beschrijft hoe het EMD kan bijdragen tot een kwaliteitsvolle gezondheidszorg ; het beschrijft in 8 punten de algemene functies voor een EMD en geeft een aanzet tot de functionele specificaties.

Het doel is dit document uit te breiden, de gebruikers geven aan wat zij hieronder verstaan en dit wordt dan door ontwikkelaars omgezet naar technische criteria zodat deze kunnen geïmplementeerd worden en later kunnen deze implementaties getest worden op hun conformiteit.

Er zijn reeds verschillende documenten beschikbaar binnen PROREC, het document "Functies van het EMD bij de huisarts", W. CEUSTERSIA-HIS referentiemodel 1995 (Functionele eisen en Toetsprocedure & toetscriteria). Dit laatste document werd

in Nederland eenzijdig opgesteld door huisartsen maar werd er nog niet geïmplementeerd door de ontwikkelaars. In U.K. werd een document opgesteld met vereisten waaraan de systemen moeten voldoen: General Medical Practice Computer Systems, Requirements for Accreditation, Version 4, Released June 1997. Ook in Frankrijk zijn reeds publicaties beschikbaar.

Slide 4:

Onderwerp van de overeenkomst:

Definitie (Fase II):

Voorstellen voor criteria formuleren en hierover verslag uitbrengen aan EMDMI.

Technische beschrijving opstellen.

Consensus bereiken onder alle ontwikkelaars.

(Eventueel experts aanzoeken.)

W. CEUSTERS: Deze fase is meer technisch, en gebeurt door de ontwikkelaars; toch moeten deze beschrijvingen ondubbelzinnig duidelijk zijn voor ontwikkelaars die niet meewerken aan deze fase zodat ook zij dit kunnen toepassen.

Van bij het begin is een wisselwerking nodig tussen gebruikers en ontwikkelaars, beiden moeten elkaar assisteren.

Belangrijk is vooral dat er een consensus komt onder alle ontwikkelaars, daarom werd voor deze vergadering ook iedereen aangeschreven, tenzij een bepaalde partij ons niet bekend was. Ook de ziekenhuizen die gereageerd hebben op een exhaustieve mailing ivm het seminarie van juni laatstleden werden op deze vergadering uitgenodigd.

Slide 5:

Onderwerp van de overeenkomst:

Consensus en eindrapport (Fase III):

Definitieve consensus teksten opstellen met verslaggeving en voorstellen.

Voorstel voor het toekennen van scores aan pakketten.

W. CEUSTERS: Met scores worden toetscriteria bedoeld, zodat de pakketten weten wat er verwacht wordt als er eventueel voor een accrediteringscommissie zou moeten verschijnen worden. Hierover bestaat nog geen enkel formeel document, toch dient er met dergelijke mogelijkheid in de toekomst rekening gehouden te worden.

Nu kunnen er door van in het begin samen te werken voorstellen voor normen en criteria uitgewerkt worden.

Slide 6:

Specifieke taken:

De fora van de gebruikers

De functies vervat in het hoger genoemde werkdocument nauwkeurig omschrijven en omzetten naar een aantal praktische richtlijnen i.v.m. de noden en criteria voor het goed functioneren van de pakketten (input, beheer, output).

Slide 7:

Specifieke taken:

Het forum van de ontwikkelaars

De functionele beschrijvingen omzetten naar gedetailleerde technische beschrijvingen die toelaten de functionele specificaties op objectieve en ondubbelzinnige wijze te implementeren, en deze nadien op conformiteit binnen pakketten te evalueren.

Een overzicht geven van de praktische oplossingen die die voor de verschillende elementen reeds gehanteerd worden of in ontwikkeling zijn.

W. CEUSTERS: Als er tot een consensus gekomen wordt zullen sommige pakketten goed en andere nog niet goed scoren; sommige ontwikkelaars zouden zo streven naar minimale criteria. Er moet dus aangeduid worden wat de gebruikers willen en implementeerbaar is, maar nog niet dadelijk. Ontwikkelaars kunnen aangeven wat nu al kan en wat mogelijk is binnen x...tijd. Hierop mag geen limiet staan, ook de noden van de gebruikers mogen niet verworpen worden.

Slide 8:

Specifieke taken:

De technische voorstellen voor medico-legale aspecten voorleggen aan de desbetreffende werkgroep.

Waar nodig speciaal advies inwinnen.

Deze studie wordt gerealiseerd onder de bevoegdheid van Dr. W. Ceusters, voorzitter van PROREC-BE vzw.

De Adviesraad biedt een strategische leidraad voor het project.

W. CEUSTERS: De werkgroep EMDMI (Dr. Dercq) zal ons werk monitorren. Deze conventie sluit aan binnen een geheel van conventies die reeds getekend werden of die nog getekend zullen worden. Vb. Conventie binnen SESA ivm het maken van software om EMD's in te lezen in XML. Deze software zal gratis ter beschikking gesteld worden om te implementeren binnen de pakketten. Een ander voorbeeld is de conventie met WVVH-SSMG om de condities vast te leggen waaronder artsen bereid zijn gegevens door te geven aan het ministerie.

PROREC-BE draagt de eindverantwoordelijkheid en zal werken met subcontracten (cfr. Later) Ook intern moet er gemonitord worden. PROREC wil zelf geen betrokken partij zijn, wil niet zelf de criteria vastleggen, daarom wordt een advieraad samengesteld.

W. CEUSTERS: o.w.v. budgetaire redenen moest de duur van de conventie ingekort worden tot 10 en een halve maand; hierdoor moeten een aantal getallen nog aangepast worden.

Slide10:

Financiering:

I. PERSONEELSKOSTEN

Analyse (Fase I)

Coördinatie en specifieke opdrachten binnen eerstelijnsfora 300.000

Coördinatie en opdrachten binnen softwareforum 300.000

Definitie (Fase II) .

| | |
|---|------------------|
| Coördinatie en specifieke opdrachten binnen eerstelijnsfora | 300.000 |
| Coördinatie en opdrachten binnen softwareforum | 500.000 |
| <u>Consensus en Eindrapport (Fase III).</u> | |
| Coördinatie en specifieke gezamenlijke opdrachten | 130.000 |
| Voor een totaalbedrag van: | 1.530.000 |

Slide11:

| | |
|---|------------------|
| Financiering: | |
| II. Werkingskosten : | |
| Adviesraad derde partijen | 300.000 |
| Documentatie en literatuur | 30.000 |
| Verplaatsingskosten | 100.000 |
| Vergaderingen | 50.000 |
| Secretariaatskosten (bureelonkosten, expeditie, telefoon, overhead) | 400.000 |
| Voor een totaalbedrag van: | 880.000 |
| TOTAAL basiskosten | 2.410.000 |
| BTW (21%) | 506.100 |
| ALGEMEEN TOTAAL | 2.916.100 |

W. CEUSTERS: Enkel de secretariaatskosten worden door PROREC geconsumeerd. De 21% BTW is bestemd voor ontwikkelaars die BTW-plichtig zijn.

Slide12:

| |
|--|
| Betalingsmodaliteiten |
| Praktische uitvoering |
| Verantwoordelijke: PROREC-BE VZW |
| Specifieke taken worden uitbesteed: cfr. Partnerschapsovereenkomst |

Slide 13:

| Mijlpaal saldo | % | betaling | |
|--------------------------------|-----|-----------|-----------|
| 15 dagen na ingang (voorschot) | 30% | 874.830 | 2.041.270 |
| Oplevering faze 1 | 40% | 1.166.440 | 874.830 |
| Oplevering faze 2 | 20% | 583.220 | 291.610 |
| Oplevering faze 3 | 10% | 291.610 | 0 |

Dit betalingsplan werd opgesteld voor het ministerie; PROREC kan deze gelden niet voorschieten.

Slide 14:

| |
|---------------------------|
| Partnerschapsovereenkomst |
| Definities |

Onderwerp van de overeenkomst

De coördinator

De adviesraad

Verantwoordelijkheden

Wettelijke verplichtingen

Duur en beëindiging

Kosten en betalingsmodaliteiten

Vertrouwelijkheid

Eigendomsrecht

Na deze uiteenzetting kunnen vragen gesteld worden:

8.1.1.1.5 Vragen bij de uiteenzetting van de context

P.Verdonck stelt zich de vraag welke de zin is als we niet weten of er een labeling gebeurt; In Nederland en Frankrijk is een financiering voorzien; als het vrijblijvend blijft is dit niet wat we verwachtten; in de conventie had die garantie moeten staan.

W. CEUSTERS antwoordt hierop dat de overheid nu al betaalt voor dit werk; Als de labeling er niet komt zijn de mensen toch al vergoed voor hun inspanningen; indien de labeling er wel komt dan zal dit waarschijnlijk voor 99% gebeuren op basis van dit werk.

W. CEUSTERS vindt het voorbeeld van Nederland niet goed: de huisartsen werden gesubsidieerd maar tegelijkertijd werd de software veel duurder.

Prof Paemeleer vraagt meer uitleg bij de rol van het ministerie; is het de taak van het ministerie om na goedkeuring van fase 1 toestemming te geven, voor de start van fase 2?

W. CEUSTERS stelt dat na elke fase de resultaten voorgelegd worden aan EMDMI; er wordt een document opgesteld waaruit duidelijk blijkt dat alle partijen geconsulteerd werden; het doel is zo breed en open mogelijk te werk te gaan.

8.1.1.1.6 Discussie over de aanpak van de conventie

W. CEUSTERS beschrijft twee mogelijke scenario's:

Scenario 1: Om de objectiviteit van PROREC te bewaren laten we PROREC geen inhoudelijk werk doen, wel de gebruikers vb.: WVVH, CENIM, SSMG, usersclubs...en voor de technische criteria de ontwikkelaars. Dit betekent dat PROREC zich moet indekken want PROREC heeft de conventie ondertekend. De partijen die een deel van het werk verrichten moeten de verantwoordelijkheid delen.

Scenario 2: Prorec neemt een huisarts en een ontwikkelaar aan als personeelslid van PROREC, deze werken de conventie uit en PROREC moet nagaan of de resultaten voldoen aan de wensen van de betrokkenen; het werk wordt dus gecontroleerd door alle anderen. W. CEUSTERS is, in het belang van PROREC, niet voor een dergelijke aanpak.

Mark Devos van Cegeca stelt voor het probleem van het tweede scenario op te lossen door de partijen te laten scoren op de voorstellen. Kan dit alles binnen de gestelde termijn gerealiseerd worden? Gaan we niet in "petit comité" gewerkt hebben?

W. CEUSTERS antwoordt hierop dat de scoring gebeurt in de adviesraad; in de adviesraad moeten mensen van verschillende groepen nominatief zetelen om een controle uit te voeren op wat er gebeurt.

Jef Geboers (HDMP) merkt op dat er geen ontwikkelaars opgenomen werden in de adviesraad.

W. CEUSTERS stelt dat deze lijst niet limitatief is; hij laat ook weten dat O. Van De Vloed er niet akkoord mee kan gaan dat W. CEUSTERS de adviesraad voorziet. W. CEUSTERS gaat hiermee akkoord, zijn visie was dat PROREC geen inhoudelijk werk doet en dus kan nagaan of het werk verloopt volgens de verplichtingen aan het ministerie. W. CEUSTERS ziet Prof. Paemeleire als geschikt voorzitter van de adviesraad. Deze persoon is totaal onafhankelijk en heeft geen banden met ontwikkelaars en/of gebruikers.

W. CEUSTERS vraagt naar partijen die bereid zijn mee te werken.

Mark Devos stelt zich de vraag, indien één softwarehuis bereid is mee te werken, andere softwarehuizen dit als objectief zullen ervaren.

W. CEUSTERS antwoordt hierop dat dit in principe wel het geval zal zijn; binnen de PROREC fora werden er reeds voorstellen gedaan: Vanuit het forum van de ontwikkelaars werden P. Talbot, J. Devlies en J. Geboers aangeduid, de Franstalige huisartsen hebben een mandaat gegeven aan Dr. Désiré Verbraeck; voor het Vlaams Eerstelijnsforum werd nog geen mandaat gegeven.

P. Verdonck stelt dat dit moet voorgelegd worden aan het Vlaams Eerstelijnsforum; er moet gewerkt worden met een stuurgroep; scenario 2 lijkt geschikter: een stuurgroep met experts en adviezen; gans het Eerstelijnsforum kan niet meewerken en die moeten hier benoemd worden. P. Verdonck ziet er geen probleem in dat dit onder de mantel van PROREC gebeurt.

W. CEUSTERS stelt dat PROREC contracten kan afsluiten met vb. SSMG, WVVH,... Die partijen beslissen dan zelf wie eraan werkt: (vb MIT). De optiek van W. CEUSTERS is iemand van het Eerstelijnsforum aan te duiden tot de datum van de eerstvolgende vergadering van het Vlaams Eerstelijnsforum, en daarna zien hoe er verder wordt gewerkt.

W. Verhelst (Medidoc gebruikersclub) stelt zich kandidaat om mee te werken.

P. Verdonck stelt voor om niet weer te wachten op nog een consensus.

W. CEUSTERS zet de betekenis van een consensus uiteen: dit wil niet zeggen dat iedereen akkoord gaat met wat er in staat, wel dat iedereen zijn zeg heeft kunnen doen en dat alle knelpunten erin werden opgenomen.

P. Van Hove (Sosoeme) ziet een probleem om dit in technische beschrijvingen te gieten.

W. CEUSTERS stelt dat de verschillende mogelijkheden vermeld moeten worden.

L. Paquay (Wit-gele kruis) stelt zich ook kandidaat om mee te werken.

W. CEUSTERS vertrouwt het toe aan P. Verdonck. En wil van de WVVH horen dat 2 pers van de WVVH Computer Commissie zich engageren tot een bepaalde datum.

Beslist wordt dat een partnerschapsovereenkomst opgesteld wordt tussen de verschillende partijen.

De opmerkingen betreffende de partnerschapsovereenkomst gemaakt door J. Devlies en O. Van De Vloed worden opgenomen en de aanpassingen zullen zoals voorgesteld worden gebeuren.

L. Paquay stelt zich de vraag of ook nu de adviesraad niet tegelijkertijd rechter en partij is.

W. CEUSTERS stelt dat SSMG en WVVH nodig zijn in de adviesraad.

P. Verdonck oppert dat het projectplan nooit gefinaliseerd werd; hij wil dat het Vlaams Eerstelijnsforum het doet. W. CEUSTERS antwoordt hierop dat het Vlaams Eerstelijnsforum dit niet kan; wel WVVH,...

P. Verdonck vindt dat het Vlaams Eerstelijnsforum verantwoordelijk gesteld moet worden zonet bestaat de kans op polarisering of partners die niet meedoen. P. Verdonck vindt ook dat PROREC de eindverantwoordelijke moet blijven.

Uiteindelijk blijkt dat zowel P. Verdonck als W. CEUSTERS hetzelfde bedoelen.

P. Verdonck stelt de vraag wie zal worden vergoed. Indien 200 mensen meewerken blijft er voor elk geen groot bedrag meer over.

W. CEUSTERS zegt dat het bedrag voor het Vlaams Eerstelijnsforum vast ligt; als er met drie verschillende partijen een afspraak gemaakt wordt, wordt voor elke partij apart een partnerschapsovereenkomst gemaakt waarin de taken worden beschreven.; wie tekent moet het werk afleveren binnen de gestelde termijn; Ook het maken van de synthese is een bepaalde taak; we mogen echter niet te veel opsplitsen.

W. CEUSTERS stelt dat het doel van de partnerschapsovereenkomst is dat bepaalde deeltaken toevertrouwd worden aan een partner tegen een bepaalde tijd. De verdeling van het geld en de specifieke taken werden nog niet ingevuld; slecht 5-6 partnerschapsovereenkomsten zullen worden ondertekend, niet te veel.

Een voorbeeld van een concrete taak kan zijn: In fase 2: het begeleiden van de ontwikkelaars bij het herschrijven van de functionele beschrijvingen.; Een ander voorbeeld is het assisteren van de gebruikers bij het opstellen van de functionele specificaties; In fase 1 nemen 1-2 partijen de verantwoordelijkheid.

Binnen de adviesraad zal dan beslist worden over de verdeling van de budgetten.

8.1.1.1.7 Verdere bedenkingen en/of commentaar bij het vb van partnerschapsovereenkomst:

W. CEUSTERS zegt dat het niet is omdat je geen partnerschapsovereenkomst ondertekent hebt dat je niets met deze zaak te maken hebt: op de vergaderingen van de verschillende fora zal telkens verslag uitgebracht worden. De fora zijn PROREC-fora en dragen dus mee de eindverantwoordelijkheid; het is niet de bedoeling dat mensen van de fora op de vingers tikken van de (5) mensen die het werk doen; dit alles zal bijgestuurd worden door de adviesraad.

P. Verdonck stelt dat de fora moeten uitvoeren wat in de conventie beschreven staat en dat de fora hun volle verantwoordelijkheid moeten nemen; en dat 1 persoon de verantwoordelijkheid moet nemen dat dit binnen een bepaalde tijd klaar moet zijn.

J. Geboers oppert de mogelijkheid van 2 contractanten: 1 langs de kant van de ontwikkelaars en 1 langs de kant van de gebruikers.

P. Van Hove vindt het belangrijk dat bepaalde mensen verantwoordelijk zijn om het

werk te doen, met nadien de goedkeuring van het forum; anders geraken we niet verder.

W. CEUSTERS stelt dat indien de ontwikkelaars kiezen voor scenario 1 en de gebruikers voor scenario 2 dit geen probleem mag vormen, doch hij vreest dat dan een en ander op de lange baan geschoven zal worden.

W. Verhelst (Medidoc gebruikersclub) wil nu meteen van start gaan. In zekere zin is het Vlaams Eerstelijnsforum ook al begonnen; wij zullen de koppen bij mekaar steken en Ilse Delfosse zorgt voor de teksten; zo hebben wij een concreet doel voor ogen.

8.1.1.1.8 Leden van de adviesraad:

Voorzitter: Prof. Paemeleire

L. Paquay (wit-gele kruis)

L. Baert (APB)

P. Verdonck delegeert 2 mensen van de huisartsen gebruikers

2 personen van gebruikersclubs

2 medewerkers van het forum van de franstalige huisartsen (aangezocht door Dr. Fr. Mambourg)

Franstalige Hosp.sector: Michel Gilbert;

Nederlandstalige Ziekenhuis sector: Tom Fiers (UZ Gent;)

Gebruiker Ziekenhuis sector: Dr. X, wordt aangezocht door L. Luyten

Huisartsen software: P. Van Hove (Sosoeme);

Ziekenhuis software: Mark Devos (Cegeca)

Ziekenhuis software: J.P. Pulinckx (AD Technologies)

E. De Clercq (Conventie uitwisseling; zonder onkostenvergoeding)

Lid van de WVVH

Lid van de SSMG

Ministerie

J. Geboers maakt de opmerking dat mensen die reeds lid zijn van de werkgroep EMDMI de plaats beter laten aan anderen om zo veel mogelijk mensen de kans te geven mee te werken.

E. De Clercq vindt dat deze mensen lid kunnen worden van de adviesraad.

L. Luyten pleit voor meer artsen, hij merkt een overwicht op van "technische" medewerkers.

L. Luyten zoekt een arts die bereid is om mee te werken

Prof. Paemeleire stelt dat de adviesraad nog andere personen o.w.v. een speciale competentie kan uitnodigen op een vergadering van de adviesraad.

P.Verdonck wil nog 2 personen van gebruikersclubs in de adviesraad.; Ook de Franstalige huisartsen zullen nog 2 medewerkers aanduiden voor de adviesraad. (Dit zal gebeuren via Fr. Mambourg, médiateur van het forum van franstalige huisartsen)

8.1.1.1.9 Volgende mensen zullen actief meewerken aan de conventie:

Franstalige huisartsen: Désiré Verbraeck neemt contact met de mensen van SSMG

Vlaams eerstelijnsforum: Walter Verhelst en P. Verdonck starten; op de eerstvolgende vergadering van het Vlaams eerstelijnsforum wordt verder afgesproken.

Ontwikkelaars: P. Talbot en J. Devlies en J Geboers, zij starten begin januari.

Testontwikkelaar: Luc Rombout

L. Rombout stelt dat de mogelijkheid tot testen werd vergeten; de ontwikkeling van een testmethodologie die de overeenkomsten kan screenen en kan aanduiden wat wel of niet testbaar is.

P. Talbot merkt nog een technisch probleem op: de vertaling van de teksten.

Er wordt besloten dat iedereen in zijn eigen taal werkt en dat alle delen zullen worden samengelegd voor de eindtekst.

P. Verdonck vraagt naar de definitieve tekst van het projectplan.

Deze tekst wordt per E-mail verspreid naar alle leden van het Vlaams Eerstelijnsforum.

W. CEUSTERS verwoordt dat het niet de bedoeling is de methode van het projectplan te volgen; (het is wel de bedoeling en document af te leveren om tot een zinvol subsidieringsmechanisme te komen. Het projectplan kan eventueel wel gebruikt worden om bijkomende fondsen in de wacht te slepen (cfr. IWT 5th Framework...)

W. CEUSTERS rondt de vergadering af en bedankt iedereen voor zijn aanwezigheid.

Einde: 22.00u.

8.1.2 Ministerial Working Group EMDMI

This working group has been created by Dr. Dercq, Head of the Direction Medical Practice of the Ministry of Health. Currently, PROREC-BE VZW is represented in this group by the president, and all persons whose names are in **bold** are active in PROREC-BE.

In addition, several other members of Prorec have a seat in the group on behalf of their institution.

The purpose of the group is to prepare governmental actions to improve the quality of electronic healthcare record usage. Key questions to be handled by the group are:

- How to structure the relationships and communication channels between experts and field workers in the domain of electronic data entry for medical records ?
- What technical and ethical criteria have to be “imposed” on medical software, which standards and functionalities?
- What labels can be created to certify conformance?
- How can education improve the use of computer usage by physicians?
- How can we organise the development of software that is able to send anonymous medical data from the EHCR to a scientific institution?
- What is the minimal set of data required for quality assessment of medical practice? How to keep this set up to date?

- What should be the criteria for such an institution?
- What kind of feedback should be given to healthcare professionals that submit data to that institution?
- How to set up pilots?

The following persons had a seat in the working group in 1998:

Dr. Marc BANGELS, Arts, Adjunct - adviseur bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur Gezondheidszorgen, Verantwoordelijke netwerking telematiek en informatica voor "Artsen zonder grensen", 6, rue Hubert Larock, 4280 HANNUT, E - mail :mb@ skynet.be

Mevr. Petra BERNAR, Ministerie Soc.Zaken, Volksgezondh. en Leefmilieu, Bestuur Geneeskundepraktijk, Secretaresse van werkgroep EMDMI, E-mail: Petra.Bernar@health.fgov.be

Dr. Werner CEUSTERS, Secretaris van PROREC International (Promotion strategy for the European electronic healthcare record) en voorzitter van PROREC BELGIUM, General-Manager van "Office Line Engineering", een bedrijf gespecialiseerd in medische computer talen, Participeerde in het project "GALEN IN USE" en startte verschillende programma's op in verband met geïnformatiseerde medische linguïstiek. Zijn deskundigheid en ervaring situeert zich bovendien op het terrein van de integratie van medische gegevens in het elektronische medisch dossier. Voorzitter van PROREC Belgium, Het Moorhof, Hazenakkerstraat, 20, B9520 Sint-Lievens Houtem, E-mail: werner.ceusters@rug.ac.be

Pierre de BISEAU, Ministerie Soc.Zaken, Volksgezondh. en Leefmilieu, Bestuur Geneeskundepraktijk, Adjunct-adviseur, E-mail: Pierre.Debiseau@health.fgov.be

Dr. Etienne DE CLERCQ, Ecole de Santé publique de l'Université catholique de Louvain. Neemt deel aan de inwerkingstelling van de resultaten van het Europees project CHIC (Community Health Information Classification and Coding), gebaseerd op de noties van "verzorgingsperiode" en "verzorgingsplan". Catholic University of Louvain, SESA, Ecole de Santé publique, Clos chapelle aux Champs, 30/41, B1200 Bruxelles, E-mail: declercq@sesa.ucl.ac.be

H. DE KIND, Ministerie van Vlaamse Gemeenschap, Department Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Markiesstraat 1, 1000 Brussel, E-mail: dekind@vlaanderen.be

Dr. Luc DECLEIRE, Huisarts, lid van de nationale raad van G.B.O., Lid van het "Société Scientifique de Médecine générale et du groupe des médecins généralistes du Sud - Est de Bruxelles (M.G.S.E)", Lid van de onderzoekscommissie van het S.S.M.G met betrekking tot de inhoud van het centrale medisch dossier, Rue Général Fivé, 88, B1040 Bruxelles

Prof. Jan DE MAESENEER, Universitair Ziekenhuis, 1 K3, De Pintelaan, 185, B9000 Gent, Harmoniestraat, 21, B9050 Gent, E-mail: jan.demaeseneer@rug.ac.be

Mevr. Jo DENNEKENS, Kabinet van de Vlaamse Minister van Financiën en Begroting en Gezondheidsbeleid, Koolstraat,35, B1000 Brussel

Dr. Johan DEPUYDT, Geneesheer, Inspecteur - generaal R.I.Z.I.V., Geneesheer -Inspecteur generaal bij de Dienst geneeskundige controle van het R.I.Z.I.V.,

Tervurenlaan, 211, 1150 BRUSSEL

Dr. Jean-Paul DERCOQ, Ministerie Soc.Zaken, Volksgezondh. en Leefmilieu, Bestuur Geneeskundepraktijk, Generaal-adviseur, E-mail: JPoul.Dercq@health.fgov.be

Dr. Henri DE RIDDER, Kabinet van de Minister van Volksgezondheid en Pensioenen, Amazonegebouw, Bischoffsheimlaan, 33, B1000 Brussel, E-mail: pers.colla@skynet.be

Dr. Jos DEVLIES, Producent Medische Dossiersystemen, Datasoft Management N.V, Europese researchprojecten m.b.t. standardisatie, Edward Vlietinckstraat 20, 8400 Oostende, E-mail: j.devlies@datasoft.unicall.be

Dr. Peter DIELEMAN, Verbonden aan de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen en voorzitter van de commissie "Deskundigheidsbevordering", deskundigheidsbevordering en vorming, Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, Voorzitter Commissie Deskundigheidsbevordering, Duffelsesteenweg, 131, B2550 Kontich, E-mail: dielemanpeter@glo.be

Dr. Tom FIERS, Geneesheer-specialist en verantwoordelijk voor het beheer van elektronische medische bestanden, Universiteit van Gent, UZ Gent, Dienst Informatica, De Pintelaan, 185, B 9000 Gent, E-mail: tom.fiers@uzgent.be

Dr. Patrick GERARD, Huisarts verbonden aan het "Hôpital Notre-Dame de Charleroi-Fabiola". Initiatiefnemer met betrekking tot het "Association carolorégienne de transmission hospitalière", een web voor de elektronische communicatie van medische gegevens tussen huisartsen en specialisten, hospitalen en medische instituten in de regio van Charleroi. Association carolorégienne de transmission hospitalière, Hôpital Notre-Dame de Charleroi-Fabiola, Grand-Rue, 3, B6000 Charleroi, E-mail: patrick.gerard@skynet.be

Dr. Robert GERARD, Huisarts, Vertegenwoordiger van het SSMG, Rue J.Chatelain, 26, 5020 Vedrin, E-mail: robert.gerard@skynet.be,

Bert GERMEYS, Adjunct - adviseur bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V., 211, Tervurenlaan, 1150 BRUSSEL, E - mail : sb30122@ glo.be

Dr. Michel GILBERT, Arts verbonden aan het Hôpital Notre-Dame de Charleroi-Fabiola. Medewerker verbonden aan de "Association carolorégienne de transmission hospitalière", een web voor de elektronische communicatie van medische gegevens tussen huisartsen en specialisten, hospitalen en medische instituten in de regio van Charleroi. Centre Hospitalier Notre Dame et Reine Fabiola - Charleroi, E-mail: michelgilbert@compuserve.com

Dr. Paul HEYERICK, Huisarts, werkzaam in het wijkgezondheidscentrum Brugse Poort te Gent. Eerstaanwendend wetenschappelijk medewerker aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent. Betrokken bij het project "Patiënt en Dossier" in opdracht van het IWT (Vlaams Actieprogramma Informatietechnologie); lesgever in het kader van de Specifieke Opleiding Huisartsgeneeskunde. Criteria omtrent inhoud, structuur en vorm van het huisartsendossier, Het gebruik van medische dossiers in de huisartsgeneeskunde, De legale, ethische en juridische aspecten van het omgaan (het 'verwerken') van 'persoonsgegevens i.v.m. de gezondheid' ('PGG's) zoals dit het geval is in elektronische medische dossiers, Theoretische aspecten i.v.m. de veiligheid en de nieuwe mogelijkheden bij communicatie van PGG's. Vakgroep Huisartsgeneeskunde

& Eerstelijnsgezondheidszorg Universiteit Gent, De Pintelaan, 185, B9000 Gent,
E-mail: Jozef.Heyerick@rug.ac.be

Dr. Marc JAMOULLE, Gezinsarts, Lid van het "Comité de classification de la WONCA" (Organisation mondiale des médecins de famille) en actief binnen de organisatie "Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé francophones".
Expert in Medische Informatie Bestuur .en de gecodeerde classificatie van ziektebeelden in de primaire zorgverstrekkingssector. Co-editeur van het werk "Classification Internationale de soins primaires"(WONCA). Groupe Recherche MF et SP, Ecole de Santé publique ULB, Rue Frère Orban, 94, B6040 Jumet, E-mail: marc.jamouille@ulb.ac.be

Dr. Eric KOOPMANS, Huisarts. Commissie Multimedia van de Akademie voor Algemene Geneeskunde van België, Vereniging Formatie en Wetenschap, 328, Hasseltsesteenweg, 3800 SINT - TRUIDEN, E - mail : ekoopmans@ infogen.be

Dr. Françoise MAMBOURG, Ombudsvrouw van het "Forum van Franstalige huisartsen" van PROREC Belgique en heeft voor het "Ecole de Santé publique de L'Université de Liège" gewerkt. Deskundige in vragen met betrekking tot het elektronisch medisch dossier. Heeft deelgenomen aan onderzoeksprojecten voor het RIZIV met betrekking tot de evaluatie van de kwaliteit van de gezondheidszorgen. Regionale coördinator PROREC, Les Golettes, 16, B4500 Huy, E-mail: francoise.mambourg@openweb.be

Dr. Michel MEGANCK, Huisarts, Voorzitter van de "Société scientifique médicale". Voorzitter S.S.M.G. Chaussée de Fleurus, 37, B6040 Charleroi,

Prof. Marc NYSSSEN, Prof. Medische informatica (Eenheid BISI), Administrator of the Medical Faculty's Internet at the VUB's Life sciences Campus, VUB Medische Informatica, Laarbeeklaan, 103, B 1090 JETTE, E-mail: marc@minf.vub.ac.be

Dr. Patrick PEERENBOOM, Cardioloog, Verantwoordelijke voor de medische informaticavragen binnen de " Belgische Vlaamse Artsen Syndikaten", 35, Hofstraat, 3800 SINT - TRUIDEN, E - mail : patrick.perenboom@ skynet.be

Dr. Lodewijk PAS, Huisarts te Wezembeek, coördinator Vlaams Huisartsen Instituut (Berchem) (= onderzoeksinstituut van Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen) en stafmedewerker aan het Academische Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de VUB. Ervaring met geautomatiseerde morbiditeitsregistratie en bezig met project standaardisering preventiedossiersystemen. Via projecten voor registratie inzake borst en cervixkanker ook ervaring met principes. A.C. Huisartsgeneeskunde - VUB, De Burburelaan, 38, B1970 Wezembeek-Oppem, E-mail: leo.pas@skynet.be

Yves POULLET, Docteur in de Rechten, Specialist betreffende de Wet tot bescherming van de persoonlijke levensfeer in de informatica bestanden die persoonlijke gegevens bevatten, Faculté de Droit de l'Université Notre - Dame de la Paix, Rempart de la Vierge, 5, B 5000 Namur, E-mail: yves.poullet@fundp.ac.be

Prof. Dr. Koen RAES, Hoogleraar in de rechtsfilosofie en de toegepaste ethiek verbonden aan de Vakgroep Grondslagen van het Recht aan de Gentse Rechtsfaculteit, ethiek van de hulpverlening, medische ethiek, RUG, Gentse Rechtsfaculteit, De Pintelaan, 185, B 9000 GENT, e-mail: Koen.Raes@rug.ac.be

Norbert RENIERS, Als lic. drs. beleidsinformatica verantwoordelijk voor de

productontwikkeling en ondersteuning (software) in het Administratie Centrum Caritas vzw. Ontwerp en implementatie van informatiesystemen voor de gezondheidszorg en als dusdanig ook nauw betrokken bij het invoeren van een EMD. ACC vzw, Manager informatietechnologie, Researchpark Zone 2, Interleuvenlaan 10, 3001 Heverlee, E-mail: nreniers@accnet.be

Pr. Francis ROGER FRANCE, Professor aan de "Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain". Voorzitter van de Belgische groep "miroir" van de Europese Controle voor telematicagebruik in de gezondheidssector. Onderzoek in de sectoren van de informatica en medische telematica. CIM - UCL, Avenue Hippocrate, 10, B 1200 BRUSSEL, E-mail: roger@infm.ucl.ac.be

Dr. Michel ROLAND, Familie-arts, Lid van het "Comité de classification de la WONCA" (Organisation mondiale des médecins de famille). Eveneens actief binnen het "Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé francophones" en als adviseur verbonden aan het kabinet van de Minister van Sociale Zaken, Mevrouw Magda DE GALAND. Expert in Medische Informatie Bestuur en de gecodeerde klassifikatie van ziektebeelden in de primaire zorgverstrekkingssector. Co-editeur van het werk "Classification Internationale de soins primaires" (WONCA). Avenue Van Volxem, 45, B1190 Bruxelles, E-mail: michel.roland@ulb.ac.be

Louis SCHILDERS, Manager van MEDIBRIDGE, een bedrijf actief in het uitdenken geïnformatiseerde systemen voor gegevensuitwisseling binnen de gezondheidszorgensector. Technische criteria voor elektronische transmissie van medische gegevens. MEDIBRIDGE, opgericht in maart 1994, heeft tot doel een telematische dienstverlening te verzekeren in de gezondheidssector. MEDSERVE, ontwikkeld in samenwerking met Belgacom, is een elektronische "server" die toelaat medische gegevens te integreren op een veilige manier zonder afbreuk te doen aan de privacy van de patiënt. MEDMAIL biedt o.a. de mogelijkheid aan gegevensbanken en discussiefora binnen te treden. MEDSERVE is compatibel met de meeste medische programma's. Avenue Joseph Wybran, 40, B1070 Bruxelles, E-mail: louis.schilders@medmail.medconf.be

Dr. David SIMON, Familie-arts, Coördinator van het "Institut télématique de la Société scientifique de médecine générale". S.S.M.G. - Institut de Télématique et d'Informatique Médicale, Rue de Brabant, 35, B7340 Paturage, E-mail: freedoc@ping.be

Dirk SMETS, Ministerie Soc.Zaken, Volksgezondh. en Leefmilieu, Bestuur Geneeskundepraktijk, Adjunct-adviseur, E-mail: Dirk.Smets@health.fgov.be

Vincent STREIGNARD, Ministerie Soc.Zaken, Volksgezondh. en Leefmilieu, Bestuur Geneeskundepraktijk, Informaticus, E-mail: Vincent.Streignard@health.fgov.be

Dr. Ludwig VAN BOXELAER, Huisarts, Lid van de WONCA, Initiatiefnemer MDF (Medisch Discussie Forum) Lid van de Hoge Raad van Geneesheren, Electronisch medisch dossier, Telematica, Paepestraat 64 9260 Wichelen, E-mail: nik@tornado.be

Dr. Viviane VAN CASTEREN, Arts in de volksgezondheid, werkleider op de Afdeling Epidemiologie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid- Louis Pasteur, Veertien jaar ervaring met het registreren, analyseren en rapporteren van informatie over een aantal gezondheidsproblemen waargenomen door huisartsen.

De geregistreerde informatie betreft zowel epidemio-logische gegevens als inlichtingen over opvolging van specifieke problemen in de huisartspraktijk, betrokkenheid van andere zorgverleners, e.a., Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid Louis Pasteur, Juliette Wuytsmanstraat, 14, B1050 Bruxelles, E-mail: viviane.vancasteren@iph.fgov.be

Dr. Rudi VAN DE VELDE, Als ingenieur is hij verantwoordelijke voor de dienst Informatie-verwerking van het A.Z.-VUB , Ontwerpen en implementatie van klinische informatiesystemen binnen een ziekenhuisomgeving. Hoofd Informatica A.Z. Laarbeeklaan, 101, B1090 Bruxelles, E-mail: rvdv@az.vub.ac.be

Dr. Olga VAN DE VLOED, Kabinet van de Minister van Volksgezondheid en Pensioenen, Amazonegebouw, Bischoffsheimlaan, 33, B1000 Brussel, E-mail: pers.colla@skynet.be

Olivier VAN GELOVEN, Health Applications Sector Manager, Telematica in de medische sector, BELGACOM SA, Multimedia & Infohighways Division, Boulevard Emile Jacqmain 177, B-1030 Brussels, e-mail: olivier.van.geloven@is.belgacom.be

Philippe VAN LANGENDONCK, Ministerie Soc.Zaken, Volksgezondh. en Leefmilieu, Bestuur Geneeskundepraktijk, Jurist, E-mail: Philippe.Vanlangendonck@health.fgov.be

Dr. Patrick VERDONCK, Verbonden aan de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen en voorzitter van de commissie "Werkgroep Medische Informatica". Medische informatica, Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, Voorzitter Werkgroep Medische Informatica, Vroonstallestraat, 6, B9832 Wondelgem, E-mail: patrick.verdonck@hnbe.com.

8.1.3 Geïnformatiseerd praktijkbeheer 2005

On November the 15th PROREC-BE VZW was present at the medical soft- and hardware exhibition "Geïnformatiseerd praktijkbeheer 2005". It was organised by CIVA (Commissie Informatica van Vlaamse Artsen), SSMG (Société Scientifique des Médecins Généralistes) and Medi Media. Most of the Belgian EHCR developers (and PROREC-BE-VZW Full members) attended this fair.

At the peripheral events several symposia were organised. Dr. W. Ceusters, president of PROREC-BE VZW participated in a discussion with the Order of Medecin, the government and Medibridge, on "The Evolution of Medical Computerization". Beyond those symposia ten workshops were organised.

The exhibition was attended by over 800 GP's. A lot of them completed a form with the intention participating in the PROREC-BE project.

8.1.4 DWTC-project "Home-Care Medical tele-monitoring and tele-assistance at home"

8.1.4.1.1 Context

Medicine is nowadays induced to face up to contradictory and problematic situations that arise more and more urgently. In reaction to those pressures, new trends are becoming apparent.

The expenses for hospitalisation as well as the specialised medical acts are becoming prohibitive. In the long run, and given the multiplication of these acts, they might

prove to be unbearable for the social security system.

Moreover, the implemented infrastructure as well as the mobilised competence are often disproportionate to the real needs of the patients, who spontaneously go to big hospital centres such as university hospitals, for sometimes, only to be reassured about their health state.

However, a regular follow-up of patients suffering from serious affections that do not require hospitalisation allows preventing possible worsening which would otherwise necessitate the mobilisation of larger and more expensive means.

The overconsumption of medical acts, the resulting glut and conversely the worsening of the health state of certain patients due to a lack of supervision, as well as the induced additional costs could be avoided through the distribution of the medical function and the decentralisation towards the patient's home. As a consequence, health care inevitably evolves towards a system of home care and telemedicine, both for supervision and for medical assistance.

8.1.4.1.2 Objective

The proposed project aims at developing awareness, information, and training and demonstration activities in order to develop medical telemonitoring and tele-assistance at home. The purpose of these activities is to stimulate the spreading of the new concept of telemedicine among the professional health users and potential patients, the different participants in the development process, social and political actors, and to inform them of the benefits that the tools could bring in the coming years. The purpose of this proposal is not to develop new and sophisticated technologies in order to solve the problems exposed in the previous section but to present an analysis of emerging solutions at national and international level without imposing one of them in particular.

8.1.4.1.3 References

The present project relies on different initiatives (regional, national, European) within the three axes corresponding to the objectives of the Programme of Scientific Support for the Diffusion of Telecommunications : pilot applications, expertise and standardisation, spreading and awareness.

8.1.4.1.4 Current situation

In 1998 the two first phases of the project were accomplished: namely the search for information, and structuralisation and edition of this information.

In 1998 a web site was set up. The site will be public at the beginning of next year. The address will be www.hometelecare.be. Prorec is responsible for the collection, selection and reviewing of information concerning standardisation. PROREC-BE also submitted several articles on telematics (Standardisation, Electronic HealthCare Records and Communication Technologies).

8.2 PARTICIPATION IN INTERNATIONAL ACTIVITIES

8.2.1 International activities related to the PROREC Project

8.2.1.1 Secretariat for "Cluster 1" projects of the Health Telematics Applications Sector

Many projects in the Health Telematics Applications sector of the EU's Fourth

Framework Programme are dealing with the issue of multimedia patient records. It is the common objective of these projects that in a reasonable time scale EEHCR systems are installed in all Member States such that Health Care data originating from various sources are communicable and understandable. The Cluster on Multimedia Patient Records is there to make sure all efforts conducted contribute to that ultimate goal in the most cost-effective way.

PROREC-BE VZW currently acts as central contact point for these projects in order to maximise the return on investment of the activities conducted.

Four specific subdomains, to which special attention must be given, have been identified within the Multimedia Patient Record cluster. Participating projects are encouraged to report on their activities with respect to these subdomains. Common views will be presented during concertation meetings and it is expected that the insights gained will be used subsequently in the respective projects. A close relationship with the standardisation activities is maintained.

- **Patient Record Architecture:** covers the issue of a general framework for multimedia patient records enabling the comparison of different record systems, the independent development of specific building blocks whilst guaranteeing compatibility with other developments, exchange of patient data between different record systems, etc.
- **Communication:** focuses on other aspects of the interchange of patient data amongst different systems than those related to the architecture.
- **Terminology:** deals with the problem of making the textual and encoded data in multimedia patient records unambiguously understandable over linguistic and cultural borders.
- **Security and Confidentiality:** ensures that efforts conducted by the participating projects take into account agreed principles on data security and confidentiality

8.2.1.2 The ToMeLo Project

The main objective of the ToMeLo accompanying measure is to bridge the gap between developers of healthcare terminologies and healthcare information systems. As such, ToMeLo is an important step in realising the overall objective of the Health Telematics Programme: improving continuity of care through the integration of a diversity of medical and administrative systems in one coherent interoperable and multilingual environment. The need for safe and sensible communication between applications is already well understood and covered in several ongoing projects. However, next to a good insight of what information is really necessary to exchange, the structure and the language used is important. These urgent needs are reflected in the many ongoing projects around the Electronic Healthcare Record, and projects for a unified medical language. Because of the sheer size of medicine all these projects are necessarily limited in their scope. There is a need for a broad view on the further development of medical language not only from the point of view of grouping (ICD, DRG's etc.), but above all from the perspective of patient documentation and systems integration.

ToMeLo not only provides a missing link perceived in the healthcare community as described above, but also fills in a gap in the interrelationships of ongoing projects in Health Telematics related to the Electronic Healthcare Record. Indeed, where the

PROREC-project (represented in ToMeLo by the PROREC international secretary hosted by PROREC-BE VZW through Office Line Engineering NV) acts as horizontal dissemination and harmonisation platform for Electronic Healthcare Related projects, and the European Federation for Coding and Classification Centres (represented in ToMeLo through KUN-MIE chairing the federation) provides similar services towards healthcare terminology and classification activities in the Health Telematics Sector, there is not yet a platform where both issues are covered multidisciplinary.

ToMeLo therefor will:

- initiate, through a series of moderated workshops, a closer and lasting co-operation between developers of terminology and health care documentation system builders, using 4FW technology;
- determine the scope of the terminology problem for patient documentation, and to formulate recommendations for future actions to insure increasing levels of interoperability between systems;
- deliver a proposal for natural problemholders for issues relating to terminology and medical records;
- deliver working example prototypes to show the principles of sensible connections;
- broaden the awareness of terminological issues in patient documentation.

8.2.1.2.1 Workshop: Terminology and the Architecture of the Electronic Patient Record

This workshop was the last in a series of three, and focused on the industrial aspect. A central question was how the emerging standards will affect existing systems, and their relation to newer architectures. XML system vendors announced prototypes of the CEN standard implementation to be shown at the workshop. Discussions were focused on the meaning of the consequences of "interoperability". ToMeLo workshops normally are closed invitational workshops. For this pre-conference workshop, another 30 participants with the observer status were allowed.

8.2.2 Participation in the Organisation of Eurorec'98

EuroRec™'98 was the second annual European conference on the Electronic Patient Records organised by PROREC International (under auspices of the European Union) PROREC International promotes the use of high quality electronic healthcare records in Europe. This is achieved by bringing users, decision-makers, scientists and industry together in an open platform where they can learn, benefit and take advantage of each other's experiences. For decision-makers that would like to know what kind of policies have been implemented by their colleagues in other member states, EuroRec™ is the right place to be. Businessman that wanted to find out whether their products could be marketed more widely, definitely met partners and interested customers at EuroRec™. The conferences also acted as enabling mechanism to bring European project results to the market, and if you were looking for pilot sites, integrators, or investors, we would be surprised that you didn't find any at EuroRec™. Also users that wanted to share experiences with other groups were offered many

opportunities to find out what was available on the market. They also showed in a “real life experience session” how a specific electronic healthcare record system solved their problems.

The 1998 EuroRec™ conference was focused on practical implementations of European Standards for Health Care Records: standards for communication, standards for security and integration, standards for sharing. In 1999, EuroRec™ will take place in Seville Spain, in May 6th-7th.

8.3.1 National Projects

8.3.1.1 Promotion of Healthcare Informatics and Telematics Standards in Belgium (DWTC - project)

The scope of this project is the promotion of standardisation in the domains of Healthcare Informatics and of Healthcare Telematics.

There are not so many sectors that are so big and so information intensive as the healthcare sector. The sector of healthcare is now also subject to rationalisation: in the healthcare reforms new Information and Communication Technologies (ICT) and Standards have been broadly recognised to be key-promoting factors for achieving more efficient health information management and better healthcare systems.

Standards will also help provide vendors (primarily Small and Medium Enterprises, SME's) with a more stable environment for product development, allowing economies of scale and access to this important market.

The general objectives of the project are:

- to reduce the gap between the world of standards and the industry (including SME's) active in the field of healthcare informatics/telematics in Belgium; this should reduce the risk for misfits and misinvestments;
- to reduce the gap between ongoing research and standardisation efforts on the one hand and between supply and demand on the other;
- to reach consensus between all different sector actors (healthcare authorities, industry and the users) for voting on final drafts, for proposing priorities regarding the content of new workprogrammes and for defining strategies;
- to facilitate the implementation of European Standards by translating or adapting them to the national situation (cf. organisational, legal issues and other eg. security); to prepare pilot projects in order to test and to validate standards;
- to support and to reinforce the European and Belgian impact on international standardisation activities (cf. CEN/TC 251, IMIA/WG 16 and the future ISO/TC on Healthcare Informatics).

The project will therefore:

- support, together with BIN/IBN, the activities of a forum (the Belgian Mirror Group of CEN/TC 251) in order to bring all sector actors and stakeholders together; this mirror group will function as local point for access to information (including tutorials) and as consensus group to protect national interests;
- establish, together with the Ministries of Health and Social Affairs, the National Health Telematics Standards Committee, by issuing a Royal Order in the

framework of the Belgian Health Laws; this Committee of experts will produce guidelines, referring to existing standards, with impact on accreditation in the healthcare informatics sector;

- install and maintain a data-base/inventory on standards in medical informatics using already available equipment (NT server) and tools (Internet WWW sites of CEN/TC 251, IMIA/WG 16 and of the future ISO TC on Healthcare Informatics).

By virtue of its members, who all have been successfully involved in past international research-, standardisation- and exploitation initiatives, the consortium will be in a strong position to capture know-how and experience in the field, to carry this forward to the future and to serve as a catalyst for new initiatives.

Contractors are:

- Prof. Dr. Georges De Moor, RAMIT vzw, co/ Department of Medical Informatics - UZ Gent
- Prof. Christiaan Decoster, The Healthcare Administration of the Ministries of Social Affairs and Public Health
- Mr. Olivier van Geloven, BELGACOM N.V., Division of Multimedia and Infohighways
- Prof. Dr. Francis H. Roger France, Department for Medical Informatics UCL University Hospital St. Luc - Brussels
- Dr. Werner Ceusters, PROREC-BE vzw.

8.3.2 International Projects: TeacHEalth

PROREC-BE VZW participates in the **Teac-Health** proposal currently negotiated for within the Health Telematic Applications Programme of the CEU.

The objective of the TEAC-Health proposal is to investigate the requirements and possibilities for setting up a European scheme for evaluation and certification of health care application software and telematics services and to propose a strategy for action by the European Commission.

The TEAC Health concerted action will put forward and obtain views on a hypothesis for a validation framework, based on studies of a general system in Europe for testing and certifying ICT systems, the system for certification of medical devices according to the EU directive, the system for handling human drugs registration and pharmacovigilance, the North American actions for the evaluation and registration of medical software products and telematics services, and the developments in the use of Internet in promoting medicines, medical devices and medical services.

FDA will most likely adopt its medical software policy that will have a big influence in the medical software industry and health care telematics services. Also WHO is starting some activities in this field, mostly related to ethical issues. The European Union seems to lack a well-defined policy in this issue. TeacHealth seek to test the ideas developed in this European concerted action with a wide range of organisations, industry, health professionals and policy makers at national, European and international levels.

The partnership consists of:

- Medical Informatics Research Centre in Turku (MIRCIT) / University of Turku,FI 20520
- Centre for Health Planning and Management, Keele University,GB ST5 5BG
- School of Postgraduate Studies in Medical & Health care,GB SA6 6NL
- Universiteit Maastricht,NL 6211 LH
- SINDAC,SE 13150

- School of Public Policy, University College London,GB WC1E 7HN
- Centre National de l'Équipement Hospitalier,FR 75014
- Karolinska Institutet - MIP/ CHT,SE 17177
- PROREC-BE,BE B-9520
- Deutsche Gesundheitshilfe - Institut für Medizinisches Computer und Technologierecht,DE 60489
- IIS/MuViReX,GR 17675
- Uniat de Diagnòstic per la Imatge d'Alta Tecnologia/ Consorci Hospitalari Parc Tauli,ES 08208
- Multimèdica Oy,FI 20520

9. APPENDIX A: ARTICLES OF ASSOCIATION

The articles of Association have been published in Dutch in the “Addenda to the Belgian State Journal / Non-profit organisations” of 18 April 1996, with id 8292/96, 94977-60923P.

The undersigned:

1. Ceusters, Werner, medical doctor, Hazenakkerstraat 20, B-9520 Sint Lievens Houtem;
 2. Van Hellemont Carine, BA philosophy, journalist medical informatics, Braziliëstraat 38, B-2000 Antwerpen;
 3. De Moor Georges, medical doctor, Muizendries 22, B-9070 Destelbergen, qualitate qua as chairman of the Belgian Society for Medical Informatics (MIM VZW);
 4. De Rijck Kathelijne, medical doctor, Hazenakkerstraat 20, B-9520 Sint Lievens Houtem;
- all of Belgian nationality, have agreed to found a non-profit trust on 16/02/96, according to the law of 27/06/21, and for which the following articles of association have been agreed upon:

Name, seat and duration

Art. 1. The trust is called “PROREC-BE”, and the name must be followed or preceded by the words “Non-for-profit organisation”.

Art. 2. The trust has its seat in B-9520 Sint Lievens Houtem, Het Moorhof, Hazenakkerstraat 20. It may

be moved to any other place in Belgium on decision of the Management Board, without leading to a change in the Articles of Association.

Changes as to the seat have to be announced within one month in the addenda to the Belgian State Journal.

The trust will be established for an indefinite time.

Purpose

Art. 3. The mission of the trust is:

1. to promote the use of high quality electronic healthcare records in Belgium;
2. to participate in the discussions around the development of “Common European Electronic Healthcare Records”;
3. to assist at a national basis in the development of such “Common European Electronic Healthcare Records”.

Art. 4. The trust may perform all activities that directly or indirectly contribute to its mission. The trust may also participate or collaborate in

activities with equal or similar objectives, and through whatever means, take shares in other trusts, societies or companies that endeavour to achieve similar objectives, or that may contribute to the realisation of the trust's own objectives.

Amongst the envisaged activities are in particular, but not exclusive, to be cited:

1. to collect, study and disseminate information related to electronic healthcare records from and towards all interested parties;
2. to give advice regarding the use, implementation and adoption of high quality electronic healthcare records in Europe in general, and Belgium in particular;
3. to initiate, monitor and coordinate the development of criteria to which high quality electronic healthcare records have to adhere to in order to be compliant with what should be understood by the Common European Electronic Healthcare Record;
4. to initiate, monitor and coordinate the development of procedures towards the certification and accreditation of electronic healthcare record systems compliant with what should be understood by the Common European Electronic Healthcare Record.

Members

Art. 5. The number of members of the trust is not limited. The minimum is three. The first members are the founders.

Art. 6. Are members:

A. Persons or authorised societies without direct commercial incentives in the development of electronic healthcare record systems, that through involvement in regional, national or international projects, grant funds to the trust to carry out activities in line of the trust's mission and the objectives of the project.

B. Persons or authorised societies with particular skills and knowledge that can have a catalyst effect on the realisation of the trust's mission, or that previously enjoyed type A membership.

C. Scientific or other non-profit societies that endeavour to achieve the same or similar objectives, or that may contribute positively to the realisation of the trust's mission.

D. Persons or authorised societies involved in the development or implementation of electronic healthcare record systems.

E. Persons or authorised societies involved in the use of electronic healthcare record systems.

F. All parties interested in the objectives of the trust, but that do not fulfil the requirements for any other membership category.

G. Honorary members.

The members are classified in seven categories (A, B, C, D, E, F, G) as outlined in this article. When needed, these categories will be described more in detail in the Document of Internal Regulations.

The first member of type A is the first founder, Werner Ceusters. The first member of type B is the second founder, Carine Van Hellemont. The first member of type C is the third founder, Georges de

Moor q.q. The first member of type F is the fourth founder, Kathelijne De Rijck.

Art. 7. The power to accept new members and to decide on the type of membership according to the principles outlined in art 6, or to change the membership type of a particular member, is exclusively granted to the Management Board.

Members may switch from one class to another as soon as they do not fulfil all requirements for the class to which they originally belonged.

Type A members keep their status as long as the project through which funds are granted, is running. After termination of the project, they move to class B membership for at least the same duration as their former type A membership.

Members of a specific type may request by written letter addressed to the Management Board to move to another membership class when they feel to fulfil the necessary requirements.

Art. 8. The dismissing, suspension or exclusion of members is dealt with according to the provisions of article 12 of the Law of 27 June 21.

Art. 9. Members, heirs or legatees of deceased members cannot claim any right on the assets of the trust. They are not entitled to require an inventory.

Membership fees

Art. 10. All members, except members of type G, pay an annual fee, the amount of which being decided upon by the Management Board for each class of membership, according to the provisions in the Document of Internal Regulations. The maximal fee is 1.000.000 Belgian Francs.

General Assembly

Art. 11. The General Assembly is composed of all members.

Art. 12. The General Assembly is the highest body of the trust. It has the powers that are granted to her by Law or by these articles of association.

The General Assembly is empowered:

- to change or amend these articles of association;
- to appoint or discharge Board Members;
- to approve the annual accounts and balance sheets;
- to dissolve the trust;
- to refuse members.

Art. 13. The General Assembly will convene at least once a year, during the month of May.

At any moment, a XXX General Assembly may be called together on decision of the Management Board or on request of at least one third of the members of the trust. In addition, each proposal that is signed by at least one fifth of the members of the trust, must be put on the agenda.

Art. 14. The General Assembly is called together by the Management Board by means of a regular notification letter, signed by the Chairman of the Management Board, and sent at least 2 weeks prior to the meeting.

A detailed description of the points to be addressed will be enclosed.

Art. 15. All members of the trust are entitled to participate in the meeting. A member may be represented at a meeting by a fellow member upon submission of a written authorisation.

Art. 16. All members of the same class, have equal votes.

Type A members are entitled to cast 200 votes.

Type B members are entitled to cast 20 votes.

Type C members are entitled to cast 10 votes.

Members of type D, E, F or G are entitled to cast one vote.

Art. 17. The General Assembly is chaired by the chairman of the Management Board.

Art. 18. The General Assembly may only pass valid resolutions if at least one type A member is present or represented.

In case the General Assembly could not pass decisions due to an insufficient quorum as outlined in paragraph 1, a second meeting will be called after a period of at least one month. In this meeting, valid resolutions may be passed even in absence of the quorum.

Art. 19. Resolutions of the General Assembly are passed by an absolute majority of the valid votes cast unless otherwise foreseen by law or these articles of association.

If the number of votes in favour of a resolution is equal to the number of votes against it, the final decision is taken by the chairman or his representative.

Art. 20. The General Assembly can only decide to dissolve the trust or to change the statutes when the provisions of articles 8 and 20 of the Law of 27 June 1921 are met.

Art. 21. Changes to the statutes are to be published within the month in the addenda of the Belgian State Journal. This also accounts for each appointment or dismissing of the managers.

Management board, daily management

Art. 22. The trust is managed by a board in which at least three, and maximum fifteen members are seated. They are all appointed by the general assembly, that is also empowered to demission the board members, for a period of three year.

The general assembly elects a chair amongst the members of the management board. The board elects amongst its members a secretary and a treasurer.

Art. 23. The management board is called by the chairman. The board can pass valid resolutions only if the majority of its members is present or represented. All board resolutions are passed by an absolute majority of the valid votes cast. By even distribution of votes, the vote of the chair or its representative will encompass the final decision.

Art. 24. The management board has the widest power to manage the trust.

Only the activities that by law or through these articles of association are dedicated to the general assembly, are excluded from its power.

The board is empowered, without the following list being exclusive, to enter into contracts, to purchase,

alienate or encumber goods, and to empower delegates to operate in its name.

The Management Board appoints or dismisses all employees of the trust, and is empowered to decide on their jobdescription and salaries.

Art. 25. Meetings of the Management Board may be followed by observers recruited out of the members, with a maximum of one observer per type of membership. They are elected within each class of members. Observers do not have voting rights in the Management Board.

Art. 26. The Management Board is empowered to assign the daily management of the trust, as well as its representation in law and otherwise, to a daily manager, elected amongst Type A members, whose powers and possible salary are decided upon by the Board. In such a case, the daily management will consist of not more than three members, elected by the Management Board, amongst the members of the Management Board.

Art. 27. The Chairman of the Board, or the Daily Manager, represent the trust in law and otherwise

Art. 28. The legal instruments committing the trust, other than those concerning the daily management, are signed - except in case of special delegation by the Management Board - by the chairman who is not accountable towards third parties regarding his powers.

Art. 29. The managers are not personally liable for the acts they perform under their mandate except when otherwise foreseen by law. Their liability is restricted to their mandate.

Art. 30. De chairman is empowered to accept donations for the trust, and to accomplish the necessary formalities to obtain such donations.

Internal Regulations

Art. 31. The Management Board is empowered to draw up Internal Regulations, or to change existing regulations, provided a consensus can be obtained within the board. If no consensus can be obtained, the chairman is entitled to call the General Assembly. The General Assembly will then decide upon the proposals through a normal majority of the valid votes cast.

Art. 32. Each modification to the Internal Regulations will be reported in due time to the General Assembly.

General Provisions

Art. 33. The financial year of the trust is the same as the calendar year.

Art. 34. A balance sheet and a statement of assets and liabilities for the financial year that has ended is drawn up by the treasurer from the books, and will be presented to the General Assembly.

Art. 35. When the trust is dissolved, the General Assembly will appoint one or more liquidators and specify their mandate.

A positive balance of the dissolved trust will be granted to another trust with similar objectives. The beneficiary will be elected by the General Assembly, taking into account the following provisions:

1. when possible beneficiaries can be found amongst Type A members, excluding natural persons,

will the final beneficiary be elected from those members;

2. if no such member can be found, priority is then given to possible beneficiaries from Type C, Type E or Type B respectively;

3. members of Type D, F or G are excluded as possible beneficiaries;

4. when no possible beneficiaries can be found amongst the members of the trust, the assets will be donated to another trust, elected by the General Assembly.

These decisions, the name, the profession and the address of the liquidator(s) will be published in the addenda to the Belgian State Journal.

Final provisions

Art. 36. The General Assembly currently decided:

1. to appoint as managers of the trust:

a) Ceusters Werner, referred to above, who also is nominated as chair of the Management Board; the duration of his mandate as manager and chair is set to three year;

b) De Rijck Kathelijne, referred to above, the duration of her mandate as manager is set to three year;

c) De Moor Georges, referred to above, the duration of his mandate as manager is set to three year.

2. The founders' membership fee for the first year is waved.

Art. 37. Everything that in these articles of association is not covered, will be settled in accordance to the Law of 27 June 1921 for non-profit organisations.

Changes in Articles of Association as per 27/06/97

Art. 16 (replaces): All members have one vote, independent of the class according to art. 6 they belong to. Voting can only be done by members that paid their contribution.

Art. 18 (replaces): The General Assembly can pass valid resolutions in absence of members of specific category as outlined in art. 6.

Art. 22 (added): When an official mandate is given by the Minister of Health or Social Affairs to PROREC-BE vzw in order to coordinate the development and implementation of standards in the domain of the electronic healthcare record, a delegate of the Ministry will have a seat in the Board as long as the mandate persists.

Art. 26 (replaces): The Management Board is empowered to assign the daily management of the trust, as well as its representation in law and otherwise, to a daily manager, elected amongst its members, whose powers and possible salary are decided upon by the Board. In such a case, the daily management will consist of not more than three members, elected by the Management Board, amongst the members of the Management Board.

Art 34. (added): The balance and state of assets may be verified by "Het Rekenhof" as long as the official mandate of the Ministry persists.