# Implementatie van elektronisch ontvangen nieuwe diagnoses in Sumerh, Een praktijkverbeteringsproject

**Haio:** DERAVE Suzanne , U.G.
**Promotor:** Schrans Diego , U.G.
**Praktijkopleider:** DERAVE Rudi , DESIMPELAERE Patrick , SEGERS Sarah

**Context:** Deze uiteenzetting betreft een praktijkverbeteringsproject omtrent de regeling van administratie in een groepspraktijk van drie vaste huisartsen en één HAIO. We willen de implementatie van diagnoses in het medisch dossier verbeteren. Na het afsluiten van een Globaal Medisch Dossier, stelt de arts zich verantwoordelijk om de medische gegevens van diens patiënten up-to-date te houden. Hij stelt daarbij een deel ter beschikking bij de patiënt, collega's huisartsen en specialisten. Een volledig medisch dossier met de correct gecodeerde voorgeschiedenis zorgt namelijk voor een toename in de kwaliteit van zorg. De belangrijke nieuw gestelde diagnoses van specialisten dienen daardoor zorgvuldig in het dossier van de patiënten te worden genoteerd. Als HAIO ondervond ik een ondermaatse implementering van deze diagnoses in mijn eerste opleidingspraktijk.

**Onderzoeksvraag:** Is het mogelijk een procedure te implementeren in de groepspraktijk die ervoor zorgt dat de integratie van nieuwe gegevens uit specialistenbrieven meer gestructureerd verloopt? En is het mogelijk om deze verbetering te meten via een toename van het aantal diagnoses hartfalen?

**Methode:** Tijdens een collegiaal overleg kwam het gebrek aan structuur bij implementering van nieuwe diagnoses aan bod. Samen was er motivatie om dit meer gestructureerd aan te pakken. Tijdens het overleg werd een roulement uitgewerkt waar elke week (opeenvolgend) één arts verantwoordelijk is voor het verwerken van nieuwe informatie uit specialistenbrieven in de patiëntendossiers. De implementatie van de diagnose hartfalen wordt gebruikt als parameter om na te gaan of er meer diagnoses in het dossier terecht komen. Op moment nul wordt de prevalentie gedocumenteerd hartfalen bepaald in de onderzoekspraktijk. Tijdens het lopen van de studie vindt elke maand een collegiaal overleg plaats waarbij de tevredenheid over dit roulement en eventuele valkuilen worden opgespoord. Na zes maanden zal men aan de hand van een toename van de prevalentie hartfalen en een eindinterview nagaan of het project geslaagd is in zijn opzet en bijgevolg definitief zal worden geïmplementeerd in de groepspraktijk. We vergelijken ook met een andere opleidingspraktijk in het Gentse waar we een éénpuntsmeting uitvoeren.

**Resultaten:** Men zag een lichte toename in gediagnosticeerd hartfalen in de eerste opleidingspraktijk na zes maanden consequent brieven importeren. De prevalentie hartfalen steeg in de populatie 70-79j van 1,42% naar 1,96%. In de populatie 75-84j steeg de prevalentie van 3,25% naar 3,98%. In de tweede opleidingspraktijk bedroeg de éénpuntsmeting 2,15% geregistreerd hartfalen in de leeftijdsklasse 70-79j en 4,03% in de leeftijdsklasse 75-84j. Deze cijfers liggen in beide praktijken beduidend lager dan deze vermeld in de literatuur. Daar zien we een prevalentie tussen 10 en 20% in de leeftijdsklasse 70-79 jaar, en 13% bij mensen tussen 75-84 jaar. De interviews toonden aan dat de tevredenheid van de artsen omtrent hun patiëntendossiers toenam, maar dat dit niet opwoog tegenover de hoge tijdsinvestering.

**Conclusie:** Het praktijkverbeteringsproject faalde in zijn opzet en werd door drie van de vier artsen gestopt na het einde van de studie. Een roulement bleek geen oplossing te zijn in deze groepspraktijk om meer structuur te brengen in de implementatie van diagnoses uit

specialistenbrieven. Het resultaat was immers slechts een lichte verbetering van de registratie van diagnoses en dit stond voor de artsen niet in proportie tot de tijdsinvestering.