KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Pilootstudie van de Implementatie van een Digitaal Transferdocument in twee WZC in Leuven, Vlaams-Brabant

Evert Van Deun, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers
Co-Promotor: Mevr. Maartje Wils

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Inhoudsopgave

Voorwoord ii
Abstract iii
Inleiding 1
Methode 2
Vraagstelling 2
Opzet 2
Studiepopulatie 3
Ethische overwegingen 3
Resultaten 3
Discussie 4
Vervolledigen van het transferdocument 5
Onderdelen van het transferdocument 6
Verband met het bewonersprofiel 7
Sterktes en zwaktes 8
Conclusie 9
Referenties 10
Bijlagen ..... appendix 1
Bijlage 1 –Goedgekeurd Protocol ..... appendix 1
Bijlage 2 – Gunstig advies Ethisch Comité ..... appendix 4
Bijlage 3 – Het gestandaardiseerd transferdocument ..... appendix 5
Bijlage 4 – Uitnodigingsbrief huisartsen ..... appendix 7
Bijlage 5 - Datacollectie ..... appendix 9

VOORWOORD

Zoals elke huisarts wel weet, hoort ‘van wacht zijn’ nu eenmaal bij het beroep. We kennen allemaal de ervaring waarbij we midden in de nacht een oproep krijgen vanuit een woonzorgcentrum voor een acuut zieke bewoner. Een instelling waar we nog maar zelden zijn geweest, een oudere patiënt die we niet kennen. Om wat achtergrond te krijgen van de patiënt begin je door het dossier te bladeren… Wat is de medische voorgeschiedenis? Welke medicatie neemt deze patiënt? Is deze patiënt dement? is er een zorgplan afgesproken? Etc...
Dit zijn heel belangrijke punten om een goede klinische inschatting te maken. Deze gegevens zullen beïnvloeden of we de bewoner al dan niet gaan verwijzen naar de spoeddienst. Het blijkt vaak niet zo evident te zijn om al deze informatie efficiënt te verzamelen. Onze ervaring was dat we patiënten soms wel moesten doorsturen naar de spoeddienst omdat er onvoldoende informatie beschikbaar is om ze op een verantwoorde manier ambulant te behandelen.

Dergelijke ervaringen vormden dan ook de basis voor onze masterproef. De initiële insteek was om een transferdocument op te stellen dat al de relevante informatie samenbracht in een eenvoudig en eenduidig document. Bij het grasduinen door de reeds bestaande literatuur en via onze praktijkopleiders kwamen we terecht bij Maartje Wils en het eTCS-project. We besloten dan ook om mee te stappen in dit project en zo werkten we uiteindelijk mee aan het pilootproject rond de implementatie van deze fiche.

Uiteraard wensen we ook nog een aantal mensen oprecht te bedanken voor hun directe en indirecte hulp aan deze thesis. In eerste plaats onze promotor, prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, voor haar geduldige, vlotte en steeds accurate ondersteuning. Met een andere promotor hadden we dit nooit tot een goed einde kunnen brengen. Hiernaast ook onze co-promotor, Maartje Wils, om ons in te leiden in het thema en vooral omdat mee mochten werken met 'haar project. De praktijkopleiders; Wouter Van Mechelen, Lucas Ceulemans en Sabine van Baelen voor hun tips, hulp en ondersteuning. ‘Koen Thomeer en Roos Wouters voor hun hulp bij het opvragen van de data van de wachtpost. Prof. Dr. Marc Sabbe voor zijn hulp en duiding bij de data-collectie van de spoedgevallendienst van het UZ Leuven. Dr. Chris van der Mullen voor zijn ondersteuning bij het uitschrijven. Peter Bernaers van WZC Remy en Kathleen Sterkx van WZC Sint-Bernardus voor hun uitgebreide assistentie bij de datacollectie, en voor de koffietjes. Verder ook nog Simon Leclercq, voor de samenwerking ivm de focusgroep. We wensen ook nog de huisartsen die deelnamen aan de focusgroep en het invullen van de transferfiche te bedanken voor hun tijd, tips en commentaren.

Lander Tubbax
Ling Yee Chow
Evert Van Deun

Leuven, april 2016

Abstract

Inleiding

Ouderen zijn meestal multi-morbiede patiënten en om die reden verblijven zij vaak in de residentiële zorg. De continuïteit van zorg tussen de verschillende actoren in de residentiële en acute zorgsetting staat in direct verband met de gezondheidstoestand van de patiënt. Om deze te waarborgen is een goede informatieoverdracht essentieel. In 2013 werd een digitaal transferdocument gevalideerd met als doel deze informatieoverdracht te verbeteren. De behandelend arts speelt hierin een sleutelrol.

Vraagstelling

In deze studie wordt onderzocht wat de bereidheid is van huisartsen om dit transferdocument bij te houden door na te gaan in hoeverre de fiche is aangevuld. Er wordt onderzocht of de huisarts bij het invullen beïnvloed wordt door het risicoprofiel tot ziekenhuistransfer.

Methode

Er werd een cross-sectioneel implementatieonderzoek uitgevoerd in twee woonzorgcentra in Vlaams-Brabant. Er werd nagegaan welke onderdelen van het medisch luik van het transferdocument zijn ingevuld (identificatiegegevens, medische voorgeschiedenis, medicatielijst en vroegtijdig zorgplan) en welke arts deze heeft aangevuld (behandelend arts, andere arts, CRA). Per patiënt werd een risicoprofiel tot ziekenhuistransfer opgesteld. Dit gebeurde op basis van volgende patiëntgegevens: aantal hospitalisaties het voorbije jaar, aantal comorbiditeiten, aantal chronische medicaties, diagnose van dementie, leeftijd.

Resultaten

40 documenten (8%) werden ingevuld. Op 36 documenten (90%) is het onderdeel 'medicatie' ingevuld. Op 16 documenten (40%) is het onderdeel 'medische voorgeschiedenis' ingevuld. De behandeldoelen zijn op 24 documenten (60%) ingevuld, met 10 (25%) enkel een DNR-code, geen enkele met uitsluitend de behandeldoelen, 14 (35%) met zowel de behandeldoelen als DNR-code ingevuld. Het gemiddeld aantal hospitalisaties van het afgelopen jaar is 1,1±1,1. De patiënt heeft 3,9±1,6 comorbiditeiten, het aantal chronische medicaties is 7,4±2,9. De leeftijd is 85,8±7,1 jaar. 24 patiënten (60%) hebben de diagnose 'dementie'. In 29 gevallen (72,5%) heeft de CRA het transferdocument opgesteld, bij 8 patiënten (20%) is dit de behandelend arts, bij 3 patiënten (7,5%) een andere arts. 13 verschillende huisartsen hebben de fiches opgesteld.

Discussie

De bereidheid tot invullen van het transferdocument lijkt afhankelijk te zijn van de motivatie van de huisarts en de tijdsduur van de studie. De ingevulde onderdelen komen overeen met deze gevonden in de literatuur. Er is vooral voor de VZP te weinig communicatie tussen huisarts, residentiële zorg en ziekenhuis. De studiepopulatie is te klein om een uitspraak te doen over het verband tussen risicoprofiel en een ingevulde fiche. Elke onderzochte patiënt heeft een of meerdere risicofactoren tot ziekenhuistransfer.

Conclusie

De studieduur was te kort om uitspraken te doen over de bereidheid. De duur van het onderzoek en de motivatie van de huisarts lijken de twee enige factoren die maken of een transferfiche wordt ingevuld. Verder onderzoek rond de implementatie van dit document moet uitwijzen of dit ingeburgerd geraakt en wat overige drempels en facilitatoren zijn bij het invullen. Inspanningen om het gebruiksgemak bij huisartsen te vergroten zijn hierbij aangewezen.

Inleiding

Oudere patiënten zijn vaak belast met een verminderde fysieke toestand, multi-morbiditeit en een eventueel verminderd cognitief functioneren[1,2]. Omdat zij een specifieke zorg vereisen, zijn ouderen frequent geïnstitutionaliseerd in de residentiële zorg. Hier zijn zij omgeven door (para-) medisch personeel die aan deze specifieke zorgeisen tegemoet komt. Omwille van de complexiteit van zorg en het grote aantal betrokken zorgverleners is het belangrijk om een goede informatieoverdracht te voorzien tussen de verschillende actoren binnen deze zorg[3]. Bij een acute zorgnood is deze overdracht tussen paramedici uit de residentiële setting, de wachtarts en de spoeddiensten essentieel om de continuïteit te waarborgen[1]. Een gebrek aan continuïteit van zorg tussen hulpverlener en patiënt leidt immers tot een additionele morbiditeit, een verhoogde mortaliteit en hogere kosten voor de gezondheidszorg[4].

Er is een hoge incidentie van aanmelding van ouderen uit de residentiele zorgsetting op de spoeddiensten en de hospitalisatiegraad is groot (21-47%)[3,5,6]. Er zijn zelden eenduidige afspraken voorzien om een goede informatieoverdracht tussen de residentiële zorg, de wachtarts en het ziekenhuis te garanderen. De overdracht verloopt daardoor ontoereikend en is niet afgestemd op de noden van de geriatrische patiënt[7].
Er is reeds veel onderzoek gedaan naar de informatie noodzakelijk bij transfer naar de spoeddienst. De medische voorgeschiedenis en comorbiditeiten, de actuele reden van transfer, de huidige symptomen, de zorgafspraken, de huidige medicatie en de cognitieve functie zijn essentieel om een kwaliteitsvolle behandeling mogelijk te maken. Het ontbreken van dergelijke informatie heeft een rechtstreekse negatieve invloed op de kwaliteit van zorg[3,8].

Het is als wachtarts eveneens belangrijk om over voldoende gegevens te beschikken wanneer deze wordt opgeroepen voor een onbekende bewoner in het WZC. Deze moet namelijk beslissen of de bewoner naar de spoeddienst wordt doorverwezen of de aandoening ambulant in het WZC behandelbaar is. Door de beperkte therapeutische relatie met de bewoner en onvolledige of onoverzichtelijke dossiers is het immers ook in deze situatie niet steeds duidelijk in welke toestand de patiënt in het WZC zich bevindt en welke zorgafspraken er reeds zijn gemaakt. Enkel wanneer genoeg informatie voorhanden is kan ook hier een juiste klinische inschatting gemaakt worden. Een retrospectieve cohortstudie toont aan dat, hoewel ruim 90% van de bewoners zich in een situatie bevindt die een ziekenhuistransfer rechtvaardigd, er een groot deel hiervan ambulant kan behandeld worden[5]. Een van de verklaringen hiervoor is het gebrek aan informatie die de arts voorhanden heeft[6].
Ook in het geval van de wachtarts is bovenstaande informatie dus van essentieel belang. Zeer belangrijk is ook de informatie over het vroegtijdig zorgplan (VZP), dat o.m. bepaalt of men een bewoner transfereert dan wel comfortzorg toepast.

Een toegankelijke samenvatting van deze gegevens is een mogelijke methode om de informatietransfer te verbeteren. Dit kan de wachtarts en spoedarts assisteren bij het maken van een juiste beslissing. Een voorwaarde is dat de informatie vervat in deze samenvatting up-to-date is. De behandelend arts dient deze informatie dan ook op regelmatige basis bij te werken.

Om tegemoet te komen aan het gebrek aan informatieoverdracht werd in 2013 een transferdocument ontwikkeld en gevalideerd (bijlage 2)[9]. Dit document omvat naast de belangrijkste medische en zorgkundige informatie eveneens gegevens over het VZP, de wilsverklaring en de aanduiding van een vertegenwoordiger van de patiënt. Via dit instrument wordt het mogelijk dat de verschillende actoren in de ouderenzorg - de huisarts, het verplegend personeel, de spoeddienst en de geriatrische dienst - de relevante medische en zorgkundige informatie kunnen delen.

In eerder onderzoek werd reeds nagegaan in hoeverre een papieren versie van dit document als verwijsbrief met de patiënt werd doorgestuurd naar de spoeddienst[10]. In de literatuur werd meermaals gesuggereerd dat een elektronisch communicatiesysteem tussen de residentiële zorg en de spoeddienst de kwaliteit van informatieoverdracht nog kan verbeteren[1,3,10-12]. Het transferdocument werd in 2015 dan ook digitaal geïntegreerd in de belangrijkste software gebruikt voor het elektronisch medisch dossier (EMD) in de huisartsenpraktijk, het elektronisch bewonersdossier (EBD) in de WZC en het elektronisch patiëntendossier (EPD) in de ziekenhuizen. Deze digitale versie is een onderdeel van het 'Elektronische Transmurale Communicatie en Samenwerking'-project (eTCS). Dit project werd in 2014 opgestart en kadert in het informatiseringstraject van de WZC in Vlaanderen[13].

In deze studie wordt onderzocht wat de bereidheid is van huisartsen om een dergelijke fiche aan te vullen en bij te houden. Dit gebeurt door na te gaan in hoeverre deze fiche is ingevuld bij een eerste implementatie in twee deelnemende WZC. Een tweede vraag is of de huisarts bij het invullen beïnvloed wordt door het type patiënt, of deze met andere woorden eerder geneigd is een fiche op te stellen bij een patiënt met een hoog risicoprofiel tot ziekenhuistransfer.

Methode

Vraagstelling

De onderzoekers willen in deze studie nagaan wat de bereidheid van huisartsen is om een dergelijk document in te vullen en in hoeverre dit document dan ingevuld wordt. Hiernaast wordt onderzocht of er een verband is tussen het ziekteprofiel van de patiënt en het al dan niet invullen van het transferdocument.

Opzet

Er werd een cross-sectioneel implementatieonderzoek uitgevoerd om na te gaan in hoeverre bewoners een ingevuld transferdocument hebben. Dit artikel behandelt één onderdeel van het eTCS-project, namelijk de implementatie van een digitaal gestandaardiseerd transferdocument, ontwikkeld door *Wils et al*[9]. Deze studie is een pilootstudie die de implementatie in twee WZC in en rond Leuven, België (OCMW Eduard Remy en WZC Sint-Bernardus) onderzoekt. Dit zijn representatieve WZC voor Vlaanderen. De meeste bewoners worden opgevolgd door hun eigen huisarts. Afgezien daarvan heeft elk WZC in Vlaanderen eveneens een coördinerend en raadgevend arts (CRA) die als centrale figuur in het multidisciplinair zorgteam staat en die de kwaliteitsvolle zorg in de WZC garandeert.

Het in deze studie onderzochte transferdocument werd in 2013 ontwikkeld en gevalideerd. Het bevat de identiteitsgegevens van de patiënt, de belangrijkste zorginformatie (psychisch functioneren, functionele status, nutritionele status/voeding, toediening van medicatie) en medische informatie (gegevens van de behandelend en doorverwijzend arts, medische voorgeschiedenis, reden van doorverwijzing). Het laatste onderdeel bevat de zorgafspraken van de patiënt, metname de DNR-status (Do Not Resuscitate) en de behandeldoelen. De behandelend arts kan de medische informatie en de zorgafspraken uit het EMD verzenden naar de eHealthbox, waardoor deze gegevens toegankelijk worden voor elke arts die een therapeutische relatie aangaat met de patiënt. Indien de patiënt vanuit het WZC wordt getransfereerd naar het ziekenhuis, kan de doorverwijzend arts deze informatie samenvoegen met de zorginformatie uit het EBD en additionele verwijsinformatie (reden van transfer, huidige symptomen,...) toevoegen. Dit wordt tevens naar de eHealthbox verzonden. Zo hebben de spoeddienst en andere medische disciplines ook toegang tot de noodzakelijke informatie van de patiënt. Op dezelfde wijze kan deze informatie bij ontslag teruggezonden worden naar het WZC en de behandelend arts.

Dit document werd in de tweede helft van 2015 als plugin geïnstalleerd in de belangrijkste EMD-softwarepakketten voor huisartsen (HealthOne, Windoc, Medidoc, Careconnect), EBD-softwarepakketten in de deelnemende WZC (CareSolutions, Corilus) en EPD-pakketten in UZ Leuven (KWS).
Vanaf november 2015 kregen het verplegend personeel en de CRA's van de betrokken WZC vorming over het gebruik van dit document. Alle huisartsen die een patiënt opvolgen in één van de deelnemende WZC werden telefonisch gecontacteerd met de vraag dit transferdocument op te stellen en te verzenden naar de WZC. Tevens werden alle huisartsen verbonden aan de Vlaams-Brabantse huisartsenkring KHOBRA (Kring Huisartsen Oost-Brabant) per email op de hoogte gesteld van het eTCS-project (bijlage 3). In de verpleegposten van de deelnemende WZC werd een informatieblad over het gebruik van het document voorzien. Bij ICT-problemen kon men de PraktijkCoach[14] raadplegen. Dit is een online helpdesk die ondersteuning aanbiedt voor zorginstellingen, ziekenhuizen en (para-)medici.

Begin april 2016 werd in de deelnemende WZC bij elke bewoner nagegaan of de fiche was ingevuld door de behandelend arts, doorverwijzend arts en/of CRA. Van de ingevulde fiches werd bestudeerd welke onderdelen (identiteitsgegevens, medische voorgeschiedenis, huidige medicatie, zorgafspraken) werden aangevuld. Het profiel van de patiënten met een ingevulde fiche werd tevens onderzocht. Dit gebeurde op basis van de medische gegevens beschikbaar in het bewonerdossier en de ingevulde transferfiche. Er werden vijf patiëntkenmerken geslecteerd: het aantal hospitalisaties in het afgelopen jaar, het aantal belangrijke comorbiditeiten, het aantal chronische medicaties, de leeftijd en de diagnose van dementie. Het aantal hospitalisaties is een maat voor de algemene ziektetoestand van de patiënt[15]. Een belangrijke comorbiditeit werd gedefiniëerd als een chronische ziekte die aanleiding geeft tot verhoogd opnamerisico en mortaliteit[16]. De chronische medicatie werd geregistreerd omdat aangetoond is dat polyfarmacie eveneens een verhoogde kans geeft op hospitalisatie[16,17]. Patiënten met dementie hebben een verhoogd risico op hospitalisatie[18]. Het kenmerk dementie werd toegekend op basis van een bestaande diagnose van dementie of een gedocumenteerde MMSE van <23 als cutoffwaarde voor dementie[19]. Tot slot werden de leeftijd en de arts die de fiche had ingevuld (behandelend arts, doorverwijzend arts, CRA) geregistreerd.

Studiepopulatie
Wat betreft de eerste onderzoeksvraag bestaat de studiepopulatie uit de bewoners van de WZC OCMW Edouard Remy en Sint-Bernardus te Leuven, België. De studiepopulatie van de tweede onderzoeksvraag omvat alle bewoners van deze WZC met een aangemaakt digitaal transferdocument.

Ethische overwegingen
De studie kreeg een gunstig advies van de Ethische Commissie van de faculteit Geneeskunde van de KU Leuven (bijlage 1).

Resultaten
Er werden resultaten verzameld in twee WZC (OCMW Edouard Remy, WZC Sint-Bernardus)(bijlage 4). Door problemen met het eHealth-certificaat was het ten tijde van de datacollectie niet mogelijk gegevens op te halen in een derde WZC. Er zijn 141 huisartsen telefonisch gecontacteerd met de vraag dit document uit te testen. Het aantal ingevulde transferdocumenten uit de twee deelnemende WZC bedraagt 13 respectievelijk 27, op een totaal bewonersaantal van 289 respectievelijk 201 (4,5 respectievelijk 13,4 %).
Op 36 documenten (90%) is het onderdeel 'medicatie' ingevuld. Op 16 documenten (40%) is het onderdeel 'medische voorgeschiedenis' ingevuld. De behandeldoelen zijn op 24 documenten (60%)

ingevuld. Daarvan waren er 10 (25%) met enkel een DNR-code en geen enkele met uitsluitend de behandeldoelen en 14 (35%) met zowel de behandeldoelen als DNR-code ingevuld (tabel 1).
Uit het onderzoek van het profiel van de patiënten blijkt dat het gemiddeld aantal hospitalisaties van het afgelopen jaar 1,1±1,1 is. De patiënt heeft 3,9±1,6 comorbiditeiten en het aantal chronische medicaties betreft 7,4±2,9. De leeftijd is 85,8±7,1 jaar (met een bereik van 67 tot 99 jaar). 24 van de 40 patiënten (60%) zijn gecodeerd als 'dement'. In 29 gevallen (72,5%) heeft de CRA het transferdocument opgesteld. Bij 8 patiënten (20%) heeft de behandelend arts dit gedaan. Bij 3 patiënten (7,5%) heeft een andere arts dan de behandelend arts of CRA de informatie aangevuld (tabel 1). In totaal hebben 13 verschillende huisartsen de fiches opgesteld.

Onderdelen transferdocument	***n (%)***
N	40
Identificatie	40 (100%)
Medicatie	36 (90%)
Medische voorgeschiedenis	16 (40%)
Vroegtijdige zorgplanning	24 (60%)
DNR	24 (60%)
Behandeldoelen	0 (0%)
DNR en behandeldoelen	14 (35%)
Patiëntkenmerken	**n±SD**
Opnames	1.1±1.1
Comorbiditeiten	3.9±1.6
Polyfarmacie	7.4±2.9
Dementie	24 (60%)
Leeftijd	85.8±7.1
Arts	
Behandelend arts	24 (60%)
CRA	0 (0%)
Andere huisarts	14 (35%)

Tabel 1 Ingevulde onderdelen van het transferdocument en kenmerken van de patiënten met een ingevuld document. Opnames: het aantal ziekenhuisopnames in het jaar voorafgaand aan de datacollectie. Comorbiditeiten: het aantal chronische ziekten gedocumenteerd in het bewonersdossier of op het transferdocument. Polyfarmacie: het aantal chronische geneesmiddelen die de patiënt neemt. Dementie: een bevestigde diagnose van dementie of een gedocumenteerde MMSE van <23. Behandelend arts: patiënten wiens behandelend arts het transferdocument heeft ingevuld. CRA: patiënten waarvoor de CRA het transferdocument heeft ingevuld. Andere huisarts: patiënten waarbij een andere dan de behandelend arts het document heeft ingevuld.

Discussie

Het doel van deze studie is een beschrijvend overzicht te geven van de resultaten van een eerste implementatie van een digitaal gestandaardiseerd transferdocument in twee WZC in en rond Leuven. De onderzoeksvraag is tweedelig: wat is de bereidheid van huisartsen om een dergelijk document in te vullen en in hoeverre wordt dit document dan ingevuld? Is er een verband tussen het ziekteprofiel van de patiënt en het al dan niet invullen van het transferdocument?

Vervolledigen van het transferdocument
Op het moment van de datacollectie van deze studie heeft slechts 8% van de bewoners een ingevuld transferdocument. Dit cijfers contrasteert met de resultaten van een eerdere studie over de papieren versie van hetzelfde document. Daaruit bleek dat een kwart van de doorverwezen bewoners een ingevuld transferdocument had bij aankomst op de spoeddienst[10]. In het huidige onderzoek blijkt dat al de tranferdocumenten zijn opgesteld door een beperkt aantal artsen, 13 in totaal. Meer specifiek zijn slechts twee CRA's verantwoordelijk voor het opstellen van bijna drie kwart (72,5%) van de documenten.

De reacties van de huisartsen die werden gecontacteerd bieden enkele mogelijke verklaringen voor de beperkte respons. Algemeen geven huisartsen aan dat het een zinvol document is, en zij die het reeds hebben uitgetest vinden het doorgaans eenvoudig in gebruik. Maar problemen met de ICT en tijdsgebrek zijn aangegeven redenen waarom huisartsen het systeem nog niet hebben kunnen uitproberen. Sommige huisartsen volgen ook slechts één of enkele patiënten in de deelnemende WZC op waardoor de betrokkenheid met het onderzoek mogelijk minder groot is. Of bewoners zijn soms jarenlang stabiel, waardoor men in de nabije toekomst geen ziekenhuistransfer verwacht. Een ander belangrijk motief kan zijn dat het enige (vaak papieren) dossier zich tesamen met het EBD in het WZC bevindt, en dat de huisarts zelf geen ander dossier beheert. Dit kan ertoe leiden dat de transferfiche daadwerkelijk pas ingevuld wordt van zodra de patiënt een ziekenhuistransfer staat te wachten. Deze gegevens beïnvloeden mogelijk de perceptie van de noodzaak van een transferdocument (cfr. onderdeel 2: focusgroep).
Op een algemener niveau is de beperkte duur van de studie de voornaamste reden voor de geringe deelname. Door technische hindernissen werd de lancering van deze digitale transferfiche uitgesteld. Huisartsen hebben nog niet voldoende tijd gekregen om het document te leren kennen of hebben het voor hun patiënten nog niet nodig geacht.

Niettegenstaande de lage respons was er binnen de ontwikkeling van het gehele eTCS-project evenwel een actieve participatie van huisartsen en van de CRA’s uit de deelnemende WZC. Geïnteresseerde huisartsen werden betrokken bij de verschillende gebruikscommissies die tijdens de duur van het project plaatsvonden. Zij konden het project verspreiden en het gebruik binnen de huisartsenpraktijk stimuleren. Voor de implementatie van het transferdocument waren er verschillende vormingsmomenten waarop de fiche werd voorgesteld en toegelicht.
Na de lancering ervan werden de huisartsen aangespoord de fiche uit te testen en in te vullen voor de bewoners die zij opvolgen. Zij werden telefonisch gecontacteerd, waarbij er ruimte was voor vragen of suggesties. Bij ICT-gerelateerde vragen of problemen bood de PraktijkCoach ondersteuning. Een individuele begeleiding was echter niet mogelijk gezien het grote aantal participerende huisartsen.

Uit een vergelijkbare implementatiestudie komen een aantal gelijkaardige factoren naar voor als barrières voor een succesvolle implementatie[20]. Deze studie identificeerde tijdsgebrek, negatieve attitudes van de gebruikers en het gebrek aan elektronisch dossiergebruik in de WZC als drempels. Het systeem moet bij de start van de implementatie technisch volledig in orde zijn. Artsen kunnen de motivatie namelijk snel verliezen indien meerdere pogingen tot gebruik mislopen[11].
De hierboven aangehaalde argumenten waarom het document zo beperkt werd ingevuld blijken overeen te komen met de factoren die volgens *Davis* en *Yarbrough* de implementatie van een ICT-systeem binnen de gezondheidszorg kunnen beïnvloeden[21,22]. Zij argumenteren dat het systeem ten eerste als zinvol moet worden gepercipieerd. Gebruikers moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden en het potentieel van het systeem. Ten tweede telt het gebruiksgemak mee[23]. Een ICT-systeem dat eenvoudig te gebruiken valt, verlaagt de drempel tot acceptatie. Ten derde kunnen er tijdsgebonden en praktische hindernissen zijn om een dergelijk systeem succesvol toe te passen.

Tenslotte kan het niet slagen van een implementatie te maken hebben met de beperkte overeenkomst van de systemen tussen de verschillende actoren binnen de gezondheidszorg (huisartsenpraktijk, residentiële zorg, tweede en derde lijn). Een systeem dat in het ziekenhuis als zeer nuttig wordt beschouwd, kan voor huisartsen als overbodig worden aanzien en vice versa.

De gevolgde implementatiestrategie komt overeen met strategieën die in de literatuur beschreven worden[3,20-25]. *Gagnon* suggereert dat een actieve betrokkenheid van de gebruikers bij alle fasen van het implementatieproces de affiniteit met het project doet versterken[24]. Op die manier wordt de perceptie van de toepasbaarheid en het gebruiksgemak bij de gebruikers vergroot. Aanvoerders ('champions') van het project kunnen worden aangeduid en ondersteund. Deze kunnen optreden als expert en sleutelfiguur en staan mee in voor het testen en verspreiden van het systeem. Tot slot is het belangrijk een adequate training en ondersteuning te bieden, bijvoorbeeld door individuele opvolging en demonstratie. Het gebruik kan na enige tijd verminderen. Ondersteuning en herinneringen gedurende het hele project zijn dan ook aan te raden[3,24].

Uit dit onderdeel komt naar voor dat de bereidheid om het transferdocument in te vullen gerelateerd is met motivatie enerzijds en tijdsduur van het project anderzijds. Nochtans blijkt uit de focusgroep rond dit onderwerp (cfr. onderdeel 2: focusgroep) dat het als relevant wordt bevonden. Gezien de datacollectie echter zeer vroeg in het implementatieproces doorging komt dit niet naar voor in deze studie. Verdere inspanningen om de actieve betrokkenheid bij huisartsen te vergroten zijn aangewezen. Hiernaast kunnen online systemen in de toekomst de verbinding tussen het EMD in de huisartsenpraktijk en het EBD in de WZC vereenvoudigen.

Onderdelen van het transferdocument

De analyse van welke onderdelen ingevuld zijn in het transferdocument brengt enkele belangrijke aspecten aan het licht. Het onderdeel 'identiteitsgegevens' is in alle gevallen en de medicatielijst in de meeste gevallen (90%) bijgewerkt. Dit ligt voor de hand, gezien deze informatie aanwezig is in het EBD en dit wordt automatisch overgenomen. De medische voorgeschiedenis is daarentegen in slechts 40% van de fiches voorhanden. Nochtans is dit een essentieel element op een transferdocument[3]. Een mogelijke verklaring is dat het grootste deel van de transferdocumenten door de CRA werd aangevuld. Omdat de CRA meestal pas de rol van behandelend arts krijgt toegewezen van het moment dat een patiënt in een residentiële setting terecht komt kan de voorgeschiedenis van de patiënt onvolledig overgenomen of gekend zijn.

Verder is de vroegtijdige zorgplanning bij 60% van de bewoners ingevuld. Daarvan is in alle gevallen het DNR-beleid benoemd, terwijl de behandeldoelen slechts bij een minderheid van de patiënten ook zijn afgesproken (60% DNR tegenover 35% DNR en behandeldoelen). Dit cijfer ligt in de lijn met eerder onderzoek over de prevalentie van VZP in Belgische WZC waarbij de VZP bij de helft van de bewoners van WZC is afgesproken, en de behandeldoelen slechts in 5%[26]. Bij transfer naar de spoeddienst vindt men gelijkaardige resultaten[10].

Een vroegtijdig zorgplan (VZP) is de discussie met de patiënt en/of diens vertegenwoordiger (in het geval de patiënt hiertoe zelf niet meer in staat is) over de richting die de zorg moet uitgaan, met belangrijke aandacht voor de zorg tijdens het levenseinde. Eén onderdeel hiervan is het DNR-beleid, dat vaak aangestuurd wordt vanuit de arts en goed ingeburgerd is in het hospitaalmilieu. De DNR-status kan op de spoeddienst in grote mate de initiële beslissingen rond behandelen beïnvloeden. Een ander onderdeel van het VZP zijn de behandeldoelen (code A levensverlengend, code B functiebehoud, code C comfortzorg en code Ct terminale comfortzorg). Dit zijn beslissingen waarbij de patiënt en diens levenskwaliteit centraal staan. Deze zijn daarentegen eerder toepasbaar in een residentiële setting.

Cijfers over de aanwezigheid van zorgafspraken in de residentiële setting variëren van 32 tot 77%[27] en rond 50% in België[26]. Hoewel de VZP in 40% van de fiches in dit onderzoek ontbreekt, zegt dit niet noodzakelijk iets over het al dan niet bestaan van een VZP. Het is best mogelijk dat de VZP met de patiënt is afgesproken, maar niet in het transferdocument voorkomt. Dit is echter essentiële transferinformatie[9,10,28], gezien het ontbreken van dergelijke informatie kan leiden tot overbodige onderzoeken en behandelingen en tot onnodige gezondheidszorguitgaven. De behandeldoelen zijn eveneens belangrijk bij de transfer van de spoeddienst naar andere dienst of bij ontslag terug naar de residentiële setting[29]. Op dat moment is het namelijk nodig het verdere zorgtraject te plannen, met aandacht voor de wensen van de patiënt gedurende de ganse hospitalisatie en erna.

Een mogelijke verklaring voor het verschil in ingevulde DNR-codes en behandeldoelen is de misvatting dat een VZP-gesprek uitsluitend bestaat uit een DNR-gesprek, en dus pas aan de orde is bij de zorg bij het levenseinde[30]. Daar dit vaak aangestuurd wordt door de arts, zijn het vooral palliatieve, terminale patiënten of bewoners met dementie die een DNR-status hebben[26]. Behandeldoelen, gestuurd vanuit de wensen en attitudes van de patiënt, kunnen echter in belangrijke mate het ganse zorgtraject van de patiënt bepalen. Uit deze en eerdere studies kan men ervan uitgaan dat dit laatste nog niet voldoende ingeburgerd is bij de zorg voor de oudere patiënt[26].

In het algemeen komen de onderdelen die ingevuld zijn grotendeels overeen met wat er in de literatuur te vinden is rond informatieoverdracht tussen de residentiële zorg en de spoeddiensten. Er is vooral wat betreft de VZP (meerbepaald de behandeldoelen) nog te weinig communicatie tussen de huisarts, de residentiële zorg en de spoeddiensten.

Verband met het bewonersprofiel

Het aantal onderzochte fiches is te laag om een te veralgemenen verband te leggen tussen het profiel van de patiënt en of diens transferfiche al dan niet ingevuld is. In de context van deze studie komt echter wel naar voor dat de meerderheid van de onderzochte patiënten een hoog opnamerisico heeft. De belangrijkste factoren in deze studie onderzocht zijn het aantal comorbiditeiten en de mate van polyfarmacie en dementie.

Het gemiddeld aantal comorbiditeiten per patiënt in deze studiepopulatie bedraagt ongeveer vier. Dit is een onafhankelijke risicofactor op ziekenhuistransfer, dewelke groter wordt naarmate het aantal ziektes waaraan de patiënt lijdt, stijgt. Het geldt dan vooral voor chronische aandoeningen zoals congestief hartfalen, vasculaire aandoeningen, longaandoeningen, genitourinaire aandoeningen en infectieziekten[16,31]. Vaak gaat het om een reeks van chronische aandoeningen waarbij blijvende, strikte medische opvolging nodig is om de huidige gezondheidstoestand te onderhouden en verdere achteruitgang te vermijden[15].

Gemiddeld ondergaat de bewoner in het jaar voorafgaand aan de datacollectie één hospitalisatie. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen een electieve en een spoedopname. Vroegere hospitalisaties zijn een maat voor de dalende gezondheidstoestand van de patiënt. Het is tevens een goede kwaliteitsindicator naar de kwaliteit van zorg in de residentiële setting[32]. Vroegere hospitalisaties zijn positief geassocieerd met nieuwe hospitalisaties[31].

De patiënten in deze populatie nemen gemiddeld ruim zeven chronische geneesmiddelen. 60% van de bewoners gebruikt ≥7 verschillende geneesmiddelen, 25% neemt er ≥10. Dit is vergelijkbaar aan het gemiddelde aantal beschreven in overeenkomstige WZC in Europa (7,2)[33]. Een patiënt met polyfarmacie heeft eveneens een verhoogd risico om gehospitaliseerd te worden, voornamelijk deze met zeven of meer chronische geneesmiddelen. Het type medicatie heeft een minder grote invloed[17]. De reden voor het verhoogde risico is tweevoudig. Enerzijds omdat dit vanzelfsprekend

een maat is voor de algemene gezondheidstoestand van de patiënt. Anderzijds vanwege de verhoogde kans op interacties en bijwerkingen. Het risico op een nadelige bijwerking nadert zelfs tot 100% bij tien of meer geneesmiddelen[34]. De graad van polyfarmacie heeft dus zowel indirect als direct een invloed op het hospitalisatierisico. Het kan dan ook beschouwd worden als een indicator voor hospitalisatierisico van ouderen in de residentiële zorg.

Van de onderzochte patiënten in de WZC heeft 60% een diagnose van dementie en/of een MMSE van <23. Dit hoeft niet te verbazen gezien dementie in verband staat met een grotere zorgnood[16]. Hoewel patiënten in een WZC met gevorderde dementie een hoog risico hebben tot spoedopname[18], blijkt de hospitalisatiegraad te dalen naarmate de patiënt cognitief achteruit gaat[18,28,31]. Dit kan te verklaren zijn doordat deze patiënten meestal een minder doorgedreven behandeling krijgen en bij er deze patiënten vaak een VZP met afspraak tot niet-hospitaliseren is beslist. Toch blijkt dat 15-50% van de patiënten met een diagnose van dementie nog een ziekenhuistransfer ondergaat in de laatste drie levensmaanden[26,28]. Een vijfde van de patiënten met dementie sterft in het ziekenhuis. Een transfer gebeurt meestal ten gevolge van een acute gebeurtenis, bijvoorbeeld een infectie[28], maar evenzeer ten gevolge van dementiesymptomen of een algemene achteruitgang[16]. Het voordeel van hospitalisatie bij demente patiënten is niet steeds duidelijk. Er gebeuren vaak overbodige medische interventies. Hier hangt vaak een hoge kostprijs aan vast. De patiënt kan verward worden en dit alles geeft veel spanningen en onzekerheid bij de patiënt en diens omgeving.

Tenslotte bedraagt de gemiddelde leeftijd in het onderzochte cohort bedraagt ongeveer 86 jaar met een bereik tussen 67 en 99 jaar. Veroudering, tesamen met polyfarmacie en multipele comorbititeiten, zijn een maat voor toegenomen *frailty* bij oudere patiënten[16]. Ook dit is een maat voor het hospitalisatierisico bij bewoners in de residentiële zorg. Oudere bewoners hebben over het algemeen een hoger risico op ziekenhuistransfer en hospitalisatie dan jongere bewoners[31].

Ouderen in een residentiële zorgsetting vormen een grote risicogroep voor ziekenhuistransfer en hospitalisatie. Uit bovenstaande gegevens blijkt nogmaals het belang van het VZP-gesprek bij de zorg voor ouderen en de communicatie van de VZP naar de verschillende (para-)medici zodat een overbodige ziekenhuistransfer vermeden kan worden. Vooral bij demente bewoners is het belang van de VZP aangetoond. Een volgende analyse van de implementatie moet duidelijk maken of alle transfergegevens correct zijn aangevuld bij deze risicopatiënten.

Sterktes en zwaktes

Dit is de eerste studie die de rol van de huisartsen onderzoekt bij de implementatie van een digitale gestandaardiseerde transferfiche in België. Deze studie belicht eveneens het belang van de gevolgde strategie bij de implementatie van dergelijk document. Zonder grondige betrokkenheid van de deelnemers kan er geen implementatie gebeuren. Het draagvlak en de motivatie om mee te stappen in dergelijk project blijft een beslissende factor. Verder toont deze studie ook aan dat de duur van het onderzoek essentiëel is om een dergelijk systeem succesvol te implementeren. Huisartsen moeten de tijd krijgen om hiermee vertrouwd te geraken en het als nuttig te ervaren.

Er zijn verschillende beperkingen aan deze studie. Er was een lage respons op de oproep om het transferdocument uit te testen. Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met de korte onderzoeksperiode waaruit de gegevens werden gehaald. Anderzijds hebben technische hindernissen ervoor gezorgd dat de fiches maar in twee in plaats van drie WZC beschikbaar waren. Het onderzochte cohort is dan ook te klein om een significant verband te vinden tussen het ziekteprofiel van de patiënt en het invullen van het transferdocument. De resultaten van de fiches die zijn verzameld zijn onderhevig aan een selectiebias. Het grootste deel van de fiches is ingevuld door twee huisartsen, tevens CRA's van een van de deelnemende WZC. De motivatie van deze

CRA's is dus ook de enige factor die maakt dat de fiche werd ingevuld. Er is een registratiebias: het profiel van de patiënt is in deze studie opgesteld volgens de informatie op het transferdocument en het papieren dossier in de WZC. Dit kan verschillen van de werkelijke medische informatie. Deze informatie is daarenboven een samenvatting van het medisch dossier van de patiënt en de registratie die arts en verpleegkundige invoeren in het EMD en EBD en kan dus een vertekend beeld geven van de werkelijkheid.

Conclusie

De motivatie van de huisartsen en de duur van het onderzoek lijken de enige twee factoren te zijn die de bereidheid tot invullen van het transferdocument beïnvloeden. De interesse en noodzaak van dit document zijn aangetoond (cfr. onderdeel 2: focusgroep), maar komen in dit onderzoek niet naar voor. De datacollectie vond zeer vroeg in het implementatieproces plaats. Dit onderzoek geldt dan ook eerder als pilootproject binnen een ruimere implementatie, waarbij meerdere WZC en huisartsen betrokken worden. Verder onderzoek rond de implementatie van dit document moet uitwijzen of dit ingeburgerd geraakt binnen de huisartsenpraktijk en wat overige drempels en facilitatoren zijn bij het al dan niet invullen. Inspanningen om het draagvlak en het gebruiksgemak bij huisartsen te vergroten kunnen hierbij aangewezen zijn.
Een potentiële uitbreiding voor deze fiche zou tenslotte kunnen bestaan uit de inzet bij electieve transfer tussen de residentiële zorg en het ziekenhuis, in beide richtingen.

Referenties

1. Kirsebom M, Wadensten B, Hedström M. Communication and Coordination during Transition of Older Persons between Nursing Homes and Hospital Still in Need of Improvement. *J Adv Nurs*. 2013 Apr;69(4):886-95.
2. Mueller CA, Tetzlaff B, Theile G, et al. Interprofessional Collaboration and Communication in Nursing Homes: A Qualitative Exploration of Problems in Medical Care for Nursing Home Residents - Study Protocol. *J Adv Nurs*. 2015 Feb;71(2):451-7.
3. Griffiths D, Morphet J, Innes K, Crawford K, Williams A. Communication Between Residential Aged Care Facilities and the Emergency Department: A Review of the Literature. *Int J Nurs Stud*. 2014 Nov;51(11):1517-23.
4. Shin DW, Cho J, Yang HK, et al. Impact of Continuity of Care on Mortality and Health Care Costs: A Nationwide Cohort Study in Korea. *Ann Fam Med*. 2014 Nov-Dec;12(6):534-41.
5. Finn J, Flicker L, Mackenzie E, et al. Interface Between Residential Aged Care Facilities and a Teaching Hospital Emergency Department in Western Australia. *Med J Aust*. 2006 May 1;184(9):432-5.
6. Stokoe A, Hullick C, Higgins I, Hewitt J, Armitage D, O'Dea I. Caring for Acutely Unwell Older Residents in Residential Aged Care Facilities: Perspectives of Staff and General Practitioners. *Australas J Ageing*. 2015 Jun 9.
7. Cwinn MA, Forster AJ, Cwinn AA, Hebert G, Calder L, Stiell IG. Prevalence of Information Gaps for Senoirs Transferred from Nursing Homes to the Emergency Department. *CJEM*. 2009 Sep;11(5):462-71.
8. Salinas RC, Ramakrishnan K. Patient Safety and Medical Errors: A Focus on Care Transitions of the Vulnerable Older Patient. *J Okla State Med Assoc*. 2012 Feb;105(2):52-7.
9. Wils M, Milisen K, Flamaing J. De ontwikkeling van een transferdocument voor de zorgoverdracht tussen de residentiële en de acute zorgsector in de regio Leuven, Vlaams Brabant. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2015 Dec;46:306-19
10. Menten L, Devriendt E, Wils M, Sabbe M, Flamaing J, Milisen K. The Standardized Transfer Form for Care Transitions between Residential and Acute Care Setting in Leuven: a first descriptive study [dissertation]. Leuven: KU Leuven; 2015.
11. Hustey FM, Palmer RM. An Internet-based Communication Network for Information Transfer during Patient Transitions from Skilled Nursing Facility to the Emergency Department. *J Am Geriatr Soc*. 2010 Jun;58(6):1148-52.
12. Schleyer RH, Burch CK, Schoessler MT. Defining and Integrating Informatics Competencies into a Hospital Nursing Department. *Comput Inform Nurs*. 2011 Mar;29(3):167-73.
13. Formulier voor Indieningen van E-WZC projecten - Oproep Voorjaar 2014: E-TCS. Hoofdstuk 1: Project achtergrond. Hoofdstuk 2: Projectdefinitie.
14. De PraktijkCoach. *http://www.praktijkcoach.be/nl/zorgverstrekker/4*. Geraadpleegd op 25/04/2016.
15. Carter MW, Porell FW. Nursing Home Performance on Select Publicly Reported Quality Indicators and Resident Risk of Hospitalisation: Grappling with Policy Implications. *J Aging Soc Policy*. 2006;18(1):17-39.
16. Hallgren J, Bravell ME, Mölstad S, Östgren CJ, Midlöv P, Dahl Aslan AK. Factors Associated with Increased Hospitalisation Risk Among Nursing Home Residents in Sweden: A Prospective Study with a Three-year Follow-up. *Int J Older People Nurs*. 2015 Dec 10.
17. Flaherty JH, Perry JM, Lynchard GS, Morley JE. Polypharmacy and Hospitalisation Among Older Home Care Patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000 Oct;55(10):M554-9.
18. Mitchell SL, Teno JM, Kiely Dk, et al. The Clinical Course of Advanced Dementia. *N Engl J Med*. 2009 Oct 15;361(6):1529-38.
19. Moll Van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen MJFJ, et al. NHG-standaard Dementie (derde herziening). *Huisarts Wet*. 2012;55(7):306-17.

20. Hustey FM, Palmer RM. Implementing an Internet-based Communication Network for Use During Skilled Nursing Facility to Emergency Department Care Transitions: Challenges and Opportunities for Improvement. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 Mar;13(3):249-53.
21. Davis FD. Percieved Usefulness, Percieved Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. *MIS Q*. 1989 Sep;13(3):319-40.
22. Yarbrough AK, Smith TB. Technology Acceptance Among Physicians: A New Take on TAM. *Med Care Res Rev*. 2007 Dec;64(6):650-72.
23. Yusof MM, Stergioulas L, Zugic J. Health Information Systems Adoption: Findings from a Systematic Review. *Stud Health Technol Inform*. 2007;129(pt 1):262-6.
24. Gagnon MP, Desmartis M, Labrecque M, et al. Systematic Review of Factors Influencing the Adoption of Information and Communication Technologies by Healthcare Professionals. *J Med Syst*. 2012 Feb;36(1):241-77.
25. Lorenzi NM, Kouroubali A, Detmer DE, Bloomrosen M. How To Successfully Select and Implement Electronic Health Records (EHR) in Small Ambulantory Practice Settings. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2009 Feb 23;9:15.
26. De Gendt C, Bilsen J, Vander Stichele R, Deliens L. Advance Care Planning and Dying in Nursing Homes in Flanders, Belgium: A Nationwide Survey. *J Pain Symptom Manage*. 2013 feb;45(2):223-34.
27. Wall J, Hiestand B, Caterino J. Epidemiology of Advance Directives in Extended Care Facility Patients Presenting to the Emergency Department. *West J Emerg Med*. (2015)
28. Givens JL, Selby K, Goldfield KS, et al. Hospital Transfers Among Nursing Home Residents with Advanced Dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2012 May;60(5):905-9.
29. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer between Hospital-based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA*. 2007 Feb 28;297(8):831-41.
30. Mirarchi FL, Costello E, Puller J, Cooney T, Kottkamp N. TRIAD III: nationwide assessment of living wills and do not resuscitate orders. *J Emerg Med*. 2012 May;42(5):511-20.
31. Grabowski DC, Stewart KA, Broderick SM, Coots LA. Predictors of Nursing Home Hospitalization: A Review of the Literature. *Med Care Res Rev*. 2008 Feb;65(1):3-39.
32. Carter MW. Factors Associated with Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations Among Nursing Home Residents. *J Aging Health*. 2003 May;15(2):295-331.
33. Johnell K, Fastbom J. Comparison of Prescription Drug Use between Community-Dwelling and Institutionalized Elderly in Sweden. *Drugs Aging*. 2012 Sep;29(9):751-8.
34. Colt HG, Shapiro AP. Drug-induced Illness as a Cause for Admission to a Community Hospital. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37:323-6.

Bijlage 1 – Goedgekeurd Protocol



Biomedische Wetenschappen

Ethische begeleiding masterproeven

Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.

KU LEUVEN

Biomedische Wetenschappen

Ethische begeleiding masterproeven

mp05367	Analyse van de doorverwijzing van ouderen door de huisarts met wachtdienst

❍ GOEDGEKEURD - ❍ AFGEKEURD

Student(en):
Ling Yee Chow
Evert Van Deun
Lander Tubbax

Promotor:
Birgitte Schoenmakers

Hoofdonderzoeker:

Faculteit:
Geneeskunde

Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is:
multicentrisch

De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:
Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.

Het onderzoek is:
Prospectief observationeel onderzoek

Gebruikte methode:
prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Inleiding

Patiënten hebben buiten de vaste werkuren een vrije toegang tot gezondheidszorg in de eerste of tweede lijn, respectievelijk de huisarts van wacht en de spoedgevallendienst.

De oudere patiënt bevindt zich in dergelijk geval in een kwetsbare situatie. Met name de fysieke toestand, de mogelijke multi-morbiditeit en een eventueel verminderd cognitief functioneren kan ervoor zorgen dat de oudere gehinderd wordt in de communicatie naar een zorgverlener toe1. Ouderen in de residentiële zorgsector zijn daarentegen omgeven door paramedisch personeel, die de oudere kan assisteren bij een acute zorgnood.

Een goede informatieoverdracht tussen paramedici uit de residentiële zorg, de wachtarts en de spoeddiensten is essentiëel om de continuïteit van zorg te waarborgen bij de overgang van deze residentiële naar een meer acute zorgsetting.

Een degelijke communicatie tussen de verschillende actoren levert een betere uitkomst voor de patiënt op, bijvoorbeeld wat betreft hospitalisatieduur en functionaliteit2, en verzekert de continuïteit van de zorg. Een gebrek aan continuïteit leidt tot additionele morbiditeit, verhoogde mortaliteit en hogere kosten in de gezondheidszorg3. Deze continuïteit waarborgen is een belangrijke prioriteit, en tevens een van de belangrijkste doelstellingen van de huisartsenwachtposten3.

Een transferfiche, waarbij de verschillende actoren in de ouderenzorg patiënteninformatie kunnen delen, werd onlangs ontwikkeld en gevalideerd4. Deze transferfiche heeft als doel de informatieoverdracht bij de transitie van ouderen te verbeteren.

Probleemstelling

Sinds het ontstaan van de huisartsenwachtpost Oost-Brabant, in 2013, is er een goede samenwerking met de woonzorgcentra (WZC). In deze thesis gaan we na of de prevalentie van de transfer van ouderen naar de spoedgevallendienst in het weekend veranderd is sinds de komst van deze wachtpost. De informatieoverdracht tussen de residentiële zorg, de wachtarts en het ziekenhuis verloopt ontoereikend en is niet afgestemd op de noden van de geriatrische patiënt5.

Dit gebrek aan informatie lijkt een belemmering te zijn bij het maken van een goede klinische inschatting. Een transferfiche zou deze beperking kunnen verhelpen4.

Verder dient er ook een draagvlak bij huisartsen te bestaan om deze transferfiche succesvol te implementeren. We peilen in deze thesis naar de perceptie van huisartsen omtrent het gebruik van een dergelijk document binnen de transitie van een residentiële naar een acute zorgsetting.

Vraagstelling:

Onderzoeksvraag

Concreet wordt er in dit onderzoek nagegaan:

Wat de perceptie van huisartsen is omtrent het gebruik van een dergelijke fiche.

Methodologie:

Methoden en uitkomstmaten Aan de hand van kwalitatief onderzoek wordt de perceptie van huisartsen over het gebruik van deze transferfiche tijdens de weekendwacht bekeken. Daarnaast wordt bekeken of de fiche een invloed heeft op de besluitvorming van de huisarts tijdens de wachtdienst. Populatie Dit onderzoek spitst zich toe op ouderen (>75j) met volgende exclusiecriteria: 1. Patiënten mogen niet geopereerd zijn in de laatste maand voor de aanmelding. 2. Patiënten mogen niet opgenomen zijn in een ziekenhuis in de laatste maand voor de aanmelding. 3. Patiënten mogen zich niet in een palliatieve of terminale fase bevinden, dit wil zeggen met een verwachte levensduur van minder dan 3 maanden.

Referenties:

Referenties 1. Kessler C, Williams MC, Moustoukas JN, et al. Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department. Clin Geriatr Med 29 (2013) 49-69 2. Shin DW, Cho J, Yang HK, et al. Impact of Continuity of Care on Mortality and Health Care Costs: A Nationwide Cohort Study in Korea. Ann Fam Med 2014;12:534-541. 3. Gitell JH, Fairfield KM, Bierbaum B, et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. Med Care. 2000 Aug;38(8):807-19. 4. Wils M, Devriendt E, Milisen K, et al. De ontwikkeling en validering van een transferdocument voor de zorgoverdracht tussen de residentiële en de acute zorgsector: een voorbeeld uit de regio Leuven, Vlaams Brabant. TVGG, aanvaard (?). 5. Cwinn MA, Forster AJ, Cwinn AA,, et al. Prevalence of information gaps for seniors transferred from nursing homes to the emergency department CJEM 2009;11(5):462-71.

Bijlage 2 - Gunstig advies Ethisch Comité

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Beste student
Dear student

Uw aanvraag werd aanvaard door de ethische commissie van het UZ Leuven. Dit wil zeggen dat de ethische commissie van oordeel is dat uw studie volgens de gangbare ethische normen wordt uitgevoerd.
Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan u deze mail als bewijs van goedkeuring door een ethische commissie aan het betreffende tijdschrift doorgeven.

Your application was accepted by the Ethics Committee of the University Hospitals Leuven. This means that the Ethics Committee acknowledges that your study is carried out according to the prevailing ethical standards.
If you plan to publish your masterthesis you can use this mail as approval by the ethics committee.

Met vriendelijke groeten

An Stockmans

Bijlage 3 – Het gestandaardiseerd transferdocument

UZ LEUVEN ocmw leuven

Transferdocument voor de zorgoverdracht tussen de residentiële en de acute zorgsector Leuven

A Patiëntgegevens	
Naam	.....
Geboortedatum	.....
	Contactpersoon
Naam	.....
Telefoonnummer	.....
Relatie tot patiënt	.....
	Aangeduide vertegenwoordiger
Naam	.....
Telefoonnummer	.....
Taal	.....
Burgerlijke stand	gehuwd o partner o alleenstaand o weduwe/naar o
B Zorginformatie (betreffende de premorbide toestand)	
1. Psychisch functioneren	
Diagnose dementie gesteld	ja o nee o
MMSE	..../30 datum afname: .....
oriëntatie in tijd	volledig georiënteerd o af en toe gedesoriënteerd o volledig gedesoriënteerd o
oriëntatie in ruimte	volledig georiënteerd o af en toe gedesoriënteerd o volledig gedesoriënteerd o
Moeilijk hanteerbaar gedrag	licht storend o verbale agressie o fysieke agressie o wegloopgedrag o
	fixatie o reden: .....
	fixatiemateriaal: .....
	andere: .....
	omgangsadvies: .....
Stemming	normaal o triest o depressief o eufoor o

2. Functionele status	
Wassen	zelfstandig ▫ lavabo met hulp ▫ bedbad ▫
Kleden	zelfstandig ▫ hulp ▫ volledige hulp ▫
Mobiliteit	zelfstandig ▫ hulp 2 personen ▫ hulp 1 persoon ▫ tillift actief ▫ tillift passief ▫ bedlegerig ▫
Loophulpmiddel	stok ▫ rollator ▫ looprek ▫ rolstoel ▫
Incontinentie	urine ▫ accidenteel ▫ volledig ▫ transurethrale blaassonde ▫ suprapubissonde ▫
	faeces ▫ accidenteel ▫ volledig ▫
Valrisico	ja ▫ nee ▫
Verminderde visus	ja ▫ nee ▫ bril ▫ leesbril ▫ contactlenzen ▫
Verminderd gehoor	ja ▫ nee ▫ hoorapparaat links ▫ rechts ▫
3. Voeding	
Dieet	.....
Gebitsprothese	boven ▫ onder ▫
Slikproblemen aanwezig	ja ▫ nee ▫
Drank indikken	ja ▫ nee ▫
Gemalen voeding	ja ▫ nee ▫
Sondevoeding	gastrostomie ▫ nasogastrisch ▫ hoeveelheid: ..... inloopsnelheid: .....
Niets per os	ja ▫ nee ▫
Voedselweigering door patiënt	ja ▫ nee ▫
Hulp bij voeding	zelfstandig ▫ voorbereiden ▫ volledige hulp ▫
4. Medicatie	
Medicatie pletten	ja ▫ nee ▫
Inname	alleen ▫ onder toezicht ▫
Zuurstoftherapie	▫ l

C Medische informatie

1. Gegevens van de doorverwijzer

Doorverwijzende arts	
Naam	.....
Telefoonnummer	.....
Contactgegevens behandelende huisarts	
Naam	.....
Telefoonnummer	.....
Naam WZC	
Afdeling	.....
Contactpersoon	.....
Telefoonnummer	.....

2. Belangrijke medische voorgeschiedenis

	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
Allergieën	.....
	verwijsbrief als bijlage ▪ medicatielijst meegegeven ▪

3. Reden voor doorverwijzing

	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....

4. onderhandelde zorgafspraken

Voorafgaandelijke wilsverklaring ▪ te vinden bij: .....

Afgesproken behandeldoelen	
A ▪	**alles doen (levensverlenging):** maximale therapeutische zorg, hospitalisatie zo nodig. Medische en verpleegkundige handelingen, kine en ergo zijn gericht op maximale revalidatie.
B ▪	**behoud van functies:** therapie en hospitalisatie enkel indien nodig voor functiebehoud. Medische en verpleegkundige handelingen, kine en ergo zijn gericht op zo lang mogelijk behouden van wat men nog kan, zonder intensief te revalideren.
C ▪	**comfortzorg:** maximale zorg en therapie in functie van het comfort van de patiënt. Medische en verpleegkundige handelingen, kine en ergo zijn gericht op het comfort van de patiënt.
Ct ▪	**comfortzorg in een terminale fase:** maximale palliatieve zorg.
geen behandeldoelen afgesproken ▪	
DNR-code	**code 0 geen therapiebeperking** ▪ **code 1 geen reanimatie** ▪ **code 2 therapie niet uitbreiden** ▪
Niet starten met ▪	dialyse ▪ parenterale nutritie ▪ chemotherapie ▪ transfer naar IZ ▪
	code 3 therapie afbouwen ▪
geen DNR-beleid afgesproken ▪	

Geriatrisch support team
contact: tel. 016 34 11 04 of gst@uzleuven.be

Bijlage 4 - Uitnodigingsbrief huisartsen



Leuven, september 2015

Geachte Huisarts,

In het kader van het informatiseringstraject van de Vlaamse Woonzorgcentra, hebben bovenstaande partijen samen een oplossing uitgewerkt voor uw communicatie en samenwerking met de betreffende Woonzorgcentra. Deze oplossing beoogt:
Een gestructureerde transfercommunicatie tussen de Woonzorgcentra en UZ Leuven bij opname in en bij ontslag uit het UZ Leuven.
Een beveiligde geadresseerde communicatie tussen het WZC en de verschillende externe zorgactoren via de eHealthBox.

Om de zorgcontinuïteit voor de bewoners in een Woonzorgcentrum te verzekeren omvat deze oplossing eveneens een "**liaison fiche**" per bewoner, zoals wettelijk vastgelegd voor de huisarts door het "*KB2014 RVT normen – Zorgdossier en liaisonfiche*". De liaison fiche bevat naast de belangrijkste medische gegevens van een bewoner eveneens uw zorgafspraken met de bewoner in het kader van de vroegtijdige zorgplanning.
Vanaf eind september 2015 zal deze liaison fiche beschikbaar zijn in uw medisch dossier, zodat u deze **automatisch** kunt genereren voor uw patiënten in een Woonzorgcentrum. Bij elke wijziging van de medische toestand of van de zorgafspraken met uw patiënt wordt verondersteld dat u een nieuwe liaison fiche aanmaakt voor het Woonzorgcentrum.
De liaison fiche is een belangrijk onderdeel om een gestructureerde transfercommunicatie op te stellen wanneer uw patiënt dient opgenomen te worden in UZ Leuven. Daarnaast is deze fiche essentieel wanneer een huisarts van wacht wordt opgeroepen of om zorginstructies over te maken aan de verpleegkundigen van het Woonzorgcentrum.

CALL TO ACTION:

1**. Mogen wij u vragen tegen <u>einde september 2015</u> in uw EMD het medisch dossier voor de bewoners van de betreffende woonzorgcentra te vervolledigen.** Het betreft:

- Diagnose/evaluatie/zorgelementen: actief / passief relevant
- Behandelingen/therapeutische antecedenten: actief / passief relevant
- Vaccinaties
- Allergenen
- Geneesmiddelen intoleranties
- Risicofactoren
- Sociale risicofactoren

2. Mogen wij u vragen <u>in de maand oktober 2015</u> voor elk van uw patiënten in de betreffende woonzorgcentra vanuit uw EMD een liaison fiche te genereren, de gemaakte zorgafspraken aan te vinken en eventueel zorgnotities/zorginstructies aan te vullen.

U wordt geïnformeerd zodra deze functie in uw EMD beschikbaar is.

Wij begrijpen dat bovenstaande bij de opstart van deze toepassing overlast voor u betekent. Wij zijn er echter van overtuigd dat deze toepassing sterk zal bijdragen tot een gestructureerde samenwerking die de zorgefficiëntie en de zorgkwaliteit voor deze kwetsbare patiëntengroep ten goede zal komen.

Wij danken u alvast voor uw medewerking aan het slagen van dit project.

Hoogachtend, **Voor WZC**

Prof. Dr. Johan Flamaing

Voor UZ Leuven

Prof. Dr. Marc Decramer
Gedelegeerd bestuurder UZ Leuven

Bijlage 5 - Datacollectie

Patiënt		Fiche					Profiel									
	WZC	Identificatie	VG	Medicatie	AD	DNR	opnames	(Z-score)	comorb	(Z-score)	medicatie	(Z-score)	leeftijd	(Z-score)	dementie	Arts
1	a	1	1	0	0	0	4	2,66	5	0,68	10	0,89	80	-0,82	1	b
2	a	1	1	0	0	0	0	-1,01	5	0,68	12	1,57	99	1,87	1	c
3	a	1	1	0	0	0	1	-0,09	3	-0,53	10	0,89	67	-2,66	0	c
4	a	1	1	1	0	1	1	-0,09	5	0,68	4	-1,18	99	1,87	1	b
5	a	1	1	0	0	0	2	0,83	6	1,29	8	0,20	87	0,17	0	a
6	a	1	0	0	0	0	0	-1,01	3	-0,53	8	0,20	85	-0,11	0	a
7	a	1	1	0	0	1	0	-1,01	4	0,08	8	0,20	79	-0,96	1	b
8	a	1	1	1	0	0	3	1,74	6	1,29	10	0,89	87	0,17	0	b
9	a	1	1	0	0	0	0	-1,01	5	0,68	6	-0,49	80	-0,82	1	c
10	a	1	0	0	0	0	2	0,83	5	0,68	11	1,23	88	0,31	1	b
11	a	1	1	0	0	0	0	-1,01	1	-1,75	9	0,54	81	-0,68	1	b
12	a	1	1	0	0	0	3	1,74	6	1,29	7	-0,15	85	-0,11	1	b
13	a	1	1	0	0	0	3	1,74	4	0,08	8	0,20	90	0,59	1	b
14	b	1	1	1	0	1	0	-1,01	4	0,08	14	2,26	82	-0,54	0	a
15	b	1	1	1	0	0	2	0,83	3	-0,53	5	-0,83	85	-0,11	1	a
16	b	1	1	1	1	1	1	-0,09	2	-1,14	6	-0,49	95	1,30	0	a
17	b	1	1	0	1	1	0	-1,01	5	0,68	4	-1,18	91	0,74	0	a
18	b	1	1	1	0	0	0	-1,01	2	-1,14	3	-1,52	83	-0,40	0	a
19	b	1	0	1	1	1	2	0,83	5	0,68	9	0,54	95	1,30	0	a
20	b	1	1	0	1	1	1	-0,09	2	-1,14	2	-1,87	90	0,59	1	a
21	b	1	1	1	0	1	1	-0,09	5	0,68	5	-0,83	73	-1,81	1	a
22	b	1	1	0	0	1	0	-1,01	1	-1,75	2	-1,87	86	0,03	1	a
23	b	1	1	0	0	1	2	0,83	4	0,08	6	-0,49	95	1,30	1	a
24	b	1	1	1	0	1	0	-1,01	1	-1,75	6	-0,49	88	0,31	0	a
25	b	1	0	1	0	0	0	-1,01	3	-0,53	10	0,89	84	-0,25	0	a
26	b	1	1	0	1	1	2	0,83	3	-0,53	9	0,54	88	0,31	1	a
27	b	1	1	1	0	1	3	1,74	5	0,68	8	0,20	80	-0,82	0	a
28	b	1	1	0	1	1	1	-0,09	6	1,29	12	1,57	84	-0,25	1	a
29	b	1	1	0	1	1	1	-0,09	7	1,90	7	-0,15	89	0,45	0	a
30	b	1	1	1	1	1	2	0,83	2	-1,14	8	0,20	81	-0,68	1	a
31	b	1	1	1	1	1	0	-1,01	5	0,68	12	1,57	90	0,59	1	a
32	b	1	1	0	0	0	1	-0,09	1	-1,75	3	-1,52	74	-1,67	0	a

33	b	1	1	0	0	1	1	-0,09	5	0,68	11	1,23	77	-1,25	1	a
34	b	1	1	1	1	1	0	-1,01	4	0,08	5	-0,83	73	-1,81	0	a
35	b	1	1	0	0	0	1	-0,09	3	-0,53	7	-0,15	91	0,74	1	a
36	b	1	1	0	1	1	0	-1,01	3	-0,53	4	-1,18	92	0,88	1	a
37	b	1	1	1	0	1	1	-0,09	4	0,08	8	0,20	89	0,45	1	a
38	b	1	1	1	1	1	1	-0,09	7	1,90	6	-0,49	92	0,88	1	a
39	b	1	1	0	1	1	0	-1,01	2	-1,14	5	-0,83	93	1,02	1	a
40	b	1	1	0	1	1	2	0,83	3	-0,53	9	0,54	85	-0,11	0	a
totaal		40	36	16	14	24									24	

Bijlage 4.1 Datacollectie. *WZC*: Woonzorgcentrum OCMW Edouard Remy (a), Woonzorgcentrum Sint-Bernardus (b). *Identificatie*: onderdeel 'identificatie' afwezig (0) of aanwezig (1). *VG*: onderdeel 'medische voorgeschiedenis' afwezig (0) of aanwezig (1). *Medicatie*: onderdeel 'medicatie' afwezig (0) of aanwezig (1). *AD*: onderdeel 'advanced directives/behandeldoelen' in vroegtijdig zorgplan afwezig (0) of aanwezig (1). *DNR*: onderdeel 'DNR' in vroegtijdig zorgplan afwezig (0) of aanwezig (1). *Opnames*: het aantal ziekenhuisopnames in het jaar voorafgaand aan de datacollectie. *Comorb*: het aantal chronische ziekten gedocumenteerd in het bewonersdossier of op het transferdocument. *Medicatie*: het aantal chronische geneesmiddelen die de patiënt neemt. *Leeftijd*: de leeftijd van de patiënt op het moment van de datacollectie. *Dementie*: een bevestigde diagnose van dementie of een gedocumenteerde MMSE van <23. Diagnose dementie afwezig (0) of aanwezig (1). *Arts*: patiënten waarvoor de CRA het transferdocument heeft ingevuld (a), waarvoor de behandelend arts het transferdocument heeft ingevuld (b), waarvoor een andere dan de behandelend arts of CRA het transferdocument heeft ingevuld.

	Opnames	Comorb	Medicatie	Leeftijd
Gemiddelde	1,100	3,875	7,425	85,8
Mediaan	1	4	8,00	86,5
Standaarddeviatie	1,1	1,6	2,9	7,1

Bijlage 4.2 Beschrijvende statistiek. *Opnames:* het aantal ziekenhuisopnames in het jaar voorafgaand aan de datacollectie. *Comorb*: het aantal chronische ziekten gedocumenteerd in het bewonersdossier of op het transferdocument. *Medicatie*: het aantal chronische geneesmiddelen die de patiënt neemt. *Leeftijd*: de leeftijd van de patiënt op het moment van de datacollectie.