Hoe bekomen we een up-to-date elektronisch medisch dossier bij 70-plussers die omwille van chronische aandoeningen en beperkte mobiliteit steeds een huisbezoek krijgen?

Gitte Aernouts, Universiteit Antwerpen

Promotor: dr. Sibyl Anthierens, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: dr. Paul Van Dyck

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017– 2018

Abstract:

Hoe bekomen we een up-to-date elektronisch medisch dossier bij 70-plussers die omwille van chronische aandoeningen en beperkte mobiliteit steeds een huisbezoek krijgen?

Inleiding

In onze landelijk gelegen praktijk gebeuren nog relatief veel zogenaamde chronische huisbezoeken. Het betreft 70-plussers die omwille van beperkte mobiliteit en multimorbiditeit niet meer tot de praktijk komen. Bij deze fragiele populatie met vaak polyfarmacie worden geen notities gemaakt in het EMD en het huidige thuisdossier is uitermate verwaarloosd. De beschikbaarheid van relevante medische informatie bij de patiënt thuis is een belangrijk aspect voor een goede medische opvolging van deze patiëntenpopulatie. Met de nieuwe e-health toepassingen kan een up-to-date elektronisch medisch dossier (EMD) ook een grote meerwaarde betekenen voor andere hulpverleners. In het bijzonder een up-to-date medicatieschema via Vitalink.

Onderzoeksvragen:

Hoe bekomen we een up-to-date EMD bij chronische patiënten die steeds thuis bezocht worden? Hoe kunnen we relevante en up-to-date medische informatie bij de patiënt thuis bekomen?

Methode:

We werken aan een kwaliteit verbeterproject via het model for improvement van het Institute for Health Improvement (IHI). Het model bestaat uit drie fundamentele vragen die de doelstellingen concreter zullen formuleren. Vervolgens zullen we per doelstelling acties uitwerken aan de hand van PDSA-cycli. We maken ook gebruik van een SWOT-analyse om sterken en zwakten, kansen en bedreigingen in ons project te benoemen en zo de strategie van ons project te verbeteren.

Resultaten:

We includeerden 41 patiënten. Voor hen hebben we het EMD geüpdatet en een thuisdossiers opgesteld. Na vier maanden werken met de thuisdossiers lukt het ons om bij 93% (n=38) van de geïncludeerde patiënten nog een up-to-date EMD te hebben. 97% (n=40) heeft een thuisdossier met alle vereiste documenten en 90% (n=37) van de patiënten heeft een correct medicatieschema in Vitalink.

Besluit:

Het model for improvement van het IHI was een zeer bruikbare tool om dit kwaliteit verbeterproject te leiden. De update van de EMD's was een grote tijdsinvestering maar vervolgens is het wel realistisch om het EMD up-to-date te houden. Voor de beschikbaarheid van een correct medicatieschema in Vitalink en bij de patiënt thuis rekenen we op de samenwerking met de apothekers. Hun motivatie is groot maar softwareproblemen in de werking met Vitalink bemoeilijkt dit proces. Na een periode van vier maanden kunnen we besluiten dat de doorgevoerde veranderingen een verbetering zijn, echter een blijvende tijdsinvestering is vereist om de voordelen van dit project te behouden.

Inhoudsopgave

Probleemstelling 3
Literatuuronderzoek 5
1. Methode literatuuronderzoek 5
2. Resultaten literatuuronderzoek 7
3. Conclusie 10
Methode kwaliteitsverbeterproject: 11
1. Wat proberen we te bereiken? 11
2. Hoe weten we dat een verandering een verbetering is? 12
3. Welke veranderingen zullen resulteren in een verbetering? 13
4. PDSA-cyclus 15
Resultaten 18
1. Beschrijving geïncludeerde patiënten 18
2. Wat brengt een SWOT-analyse bij opstart van het project? 19
3. Hoeveel van de geïncludeerde EMD's blijven ook werkelijk up-to-date? 22
4. Wat is de ervaring van de artsen over de ingevoerde verandering? 24
5. Wat is de patiënten tevredenheid over de nieuwe map die ze thuis bewaren? 27
6. Hoe verloopt de samenwerking met de apotheker? 28
Bespreking 30
1. Terugkoppelen naar ons doel 30
2. Terugkoppelen naar bevindingen van de literatuur 31
3. Eigen reflectie 32
Besluit 32
Bronnen 33
Bijlagen 35
1. Stappenplan samenstellen medisch thuisdossier chronische patiënt 35
2. Samenstelling thuisdossier 36
2.1 Voorblad 36
2.2 Medische voorgeschiedenis 36
2.3 SOEP-registraties en parameters 37
2.4 Laboparameters 37
2.5 Vitalink medicatieschema 38
2.6 INR blad 38
3. Inlichtingenbrief voor de patiënt 39
4. Begeleidende mail voor apotheker 40
5. Uitgebreide informatiebrief voor de apotheker 41
6. Vragenlijst voor de patiënten 43
7. Enquête apothekers 44
8. Goedkeuring ethisch comité 46
9. Protocol 47

Probleemstelling

Ik volg mijn opleiding in een landelijk gelegen opleidingspraktijk in Kalmthout. Het is een praktijk met vier artsen en één HAIO op twee locaties: Kalmthout en Nieuwmoer. Op elke locatie werken twee huisartsen. De artsen hebben hun vaste locatie en ik ben in opleiding op de locatie in de deelgemeente Nieuwmoer. Het merendeel van de patiënten komt steeds naar dezelfde locatie. Dankzij het gedeelde medisch dossier kunnen patiënten bij drukte of wanneer een van de artsen met vakantie is terecht op de andere locatie. Verder is er administratieve ondersteuning door een secretaresse op de locatie in Kalmthout en een telesecretariaat.

In onze praktijk gebeuren relatief veel huisbezoeken. Het grootste deel daarvan zijn de zogenaamde chronische huisbezoeken. Per week worden gemiddeld vijftien patiënten thuis bezocht omdat zij niet meer in staat zijn om tot de praktijk te komen. Het gaat dan vaak om hoogbejaarde patiënten met multimorbiditeit, polyfarmacie en beperkte mobiliteit. Deze patiënten worden omwille van hun fragiele toestand dan ook regelmatig bezocht waardoor hun klinische toestand en medicatiebeleid nauwkeurig worden opgevolgd. Toen ik de eerste maanden in de praktijk een aantal van deze huisbezoeken kreeg toegewezen, wilde ik me voorbereiden op basis van het elektronisch medisch dossier (EMD). Tot mijn grote verbazing merkte ik dat de EMD's van deze patiënten niet of onvolledig ingevuld waren. Twee jaar geleden werd de software in de praktijk namelijk veranderd en sindsdien werden de eID’s van deze patiënten niet meer ingelezen en werden medicatieschema’s en medische voorgeschiedenis niet meer geregistreerd. De enige aanwezige informatie in het elektronisch medisch dossier waren labo-uitslagen en ziekenhuisverslagen die automatisch correct worden bewaard. De toestand van het EMD van deze patiënten maakte een goede voorbereiding op het huisbezoek uiteraard erg moeilijk. Vervolgens ging ik naar mijn opleiders om informatie te verkrijgen over deze patiënten. Toen werd mij verteld dat de huisartsen schriftjes hadden opgesteld die bij de patiënt thuis zouden liggen. In die schriftjes zou het medicatieschema, de voorgeschiedenis en notities van de consultaties genoteerd staan. Het was dan ook de bedoeling dat ik telkens een notitie van de consultatie maakte. Maar in werkelijkheid was amper bij één op de twee patiënten dergelijk schriftje aanwezig en de aanwezige schriftjes waren vaak helemaal niet meer up-to-date.

Toen ik dit besprak in de praktijk erkenden de artsen meteen het probleem van de gebrekkige EMD’s bij de chronische patiënten die steeds op huisbezoek gezien worden. Daarnaast worden in onze praktijk deze chronische patiënten niet steeds door dezelfde arts opgevolgd, maar afwisselend gezien door de vaste huisartsen en de HAIO. Dit kan een goed systeem zijn dat ook leerrijk is voor de HAIO, maar het feit dat relevante informatie nergens genoteerd werd, maakte het voor de collega-arts en de HAIO veel moeilijker om deze patiënten goed mee op te volgen. Een minimale hoeveelheid recente informatie lijkt mij toch vereist om een geïndividualiseerd beleid op te stellen en opvolging mogelijk te maken.

In het verleden werden reeds pogingen ondernomen om toch notities te maken van deze consultaties. Eerst was er het opzet om na de huisbezoekronde notities te maken in het EMD. Maar dit was tijdrovend en het was weinig realistisch om na een vijftal patiënten nog correcte parameters te rapporteren. Vervolgens was er de optie om een tablet of laptop mee op huisbezoek te nemen. Maar dit werd al snel gestopt wegens te omslachtig in vervoer en in gebruik tijdens het huisbezoek. De laatst ondernomen verbeterpoging was het invoeren van de schriftjes. Maar het lukte niet om ze adequaat in te vullen en up-to-date te houden. Ook miste ik informatie zoals een recente nierfunctie en informatie over recente opnames.

Gezien ik mee zou draaien in het systeem van chronische huisbezoeken voelde ik de noodzaak voor een oplossing. Gezien de talrijke reeds mislukte pogingen, was de behoefte aan een doordachte, lange termijnoplossing duidelijk. In de brainstorm rond een nieuw voorstel benadrukten de artsen het belang dat ze hechten aan het EMD. Het EMD is dé manier om patiënten informatie veilig te bewaren en van hieruit kan nu eenvoudig gecommuniceerd worden met andere zorgverleners en het ziekenhuis.

De artsen suggereerden dan ook om de nieuwe manier van werken die zou voortvloeien uit het kwaliteitsverbeterproject te baseren op het EMD en met aandacht voor de nieuwe digitale mogelijkheden van Vitalink. Deze digitale tool maakt belangrijke medische informatie vanuit het EMD digitaal beschikbaar voor zorgverleners die een therapeutische relatie met de patiënt kunnen aantonen. Het is een zeer waardevolle tool die in de toekomst waarschijnlijk meer veralgemeend en doeltreffend toegepast kan worden, maar alleen als het EMD correct is ingevuld.

Na een korte brainstorm zijn er dus al enkele randvoorwaarden duidelijk. Enerzijds zullen we een oplossing zoeken voor de niet ingevulde EMD's bij de chronische patiënten die steeds op huisbezoek worden gezien. Daarnaast zullen we een manier ontwikkelen om relevante informatie bij de patiënt thuis te bewaren. Deze twee doelstellingen zullen we uitwerken in een kwaliteitsverbeterproject via het *Model for Improvement* van het *Institute for Health Improvement (IHI)*[1].

Literatuuronderzoek

1. Methode literatuuronderzoek

Eerst heb ik via de site van het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO) gezocht in de databank van masterproeven van afgestudeerde HAIO's naar masterproeven die gerelateerd waren aan dit onderwerp. Er kan in de databank op verschillende manieren gezocht worden. Eerst selecteerde ik de ICPC-termen die toepasselijk zijn bij ons project: gezondheidscoach en preventie, samenwerking, ouderenzorg, manager, levenslang leren. Vervolgens heb ik via de zoekmachine de volgende zoektermen ingegeven: Sumehr, Vitalink, Huisbezoeken, Elektronisch medisch dossier. De resultaten staan beschreven in figuur 1.

Daarnaast werd de medische databank Medline via Pubmed doorzocht. De volgende zoektermen werden in verschillende combinatie ingevoerd: electronic health record, elderly, polypharmacy, pharmacist, medication review. Dit gaf samen 437 resultaten maar na het doorlezen van titel en/of abstract bleek dat slechts zes van de gevonden artikels relevant waren in dit literatuuronderzoek.



Figuur 1 Resultaten literatuuronderzoek

2. Resultaten literatuuronderzoek

Informatie bij de patiënt bewaren: voor- en nadelen

In ons project willen we een deel van het medisch dossier thuis bij de patiënt bewaren. We gingen in de literatuur zoeken wat de impact kan zijn als patiënten eenvoudig hun eigen medische voorgeschiedenis, labo's en notities van de arts kunnen inlezen.

In de literatuur is weinig te vinden over het thuis bewaren van een afgeleide van het medisch dossier. Wel wordt de opkomst van de personal health record beschreven. Dit is een elektronische applicatie die een individu toegang geeft tot zijn eigen medische informatie, alsook de mogelijkheid biedt deze informatie te beheren en eventueel te delen met zorgverleners. In België is dit zeer vergelijkbaar met de *patiënt health viewer* van Vitalink[2]. Literatuur geeft aan dat deze gedeelde medische informatie de mogelijkheid biedt om de communicatie met patiënt en andere zorgverleners te faciliteren. Het staat toe de patiënten participatie te vergroten en de patiënt een centrale rol te geven in de zorg rond zijn gezondheid[3, 4]. Daarnaast verwacht men dat fouten in het medisch dossier gemakkelijker opgemerkt en gecorrigeerd kunnen worden[3, 5]. Dit klinkt als een positief verhaal.

Echter er wordt ook een duidelijke kanttekening gemaakt. De beschikbaarheid van medische informatie voor de patiënt kan een bron van angst zijn als er geen gepaste omkadering of duiding is. Door de complexiteit van de medische informatie en het gebruik van specifieke medische termen is het mogelijk dat de patiënt, die hier niet vertrouwd mee is, bepaalde resultaten of verslagen op een verkeerde manier interpreteert en foute conclusies trekt over de ernst van de medische gegevens[3, 5]. Dit kan onnodig angsten uitlokken.

Het blijkt ook dat zeker niet alle patiënten geïnteresseerd zijn in hun medische informatie. Dit uit zich in de beschikbaarheid van het persoonlijk medisch dossier, maar in werkelijkheid blijkt dat de patiënt dit niet inkijkt[4, 6]. Dit komt vooral voor bij oudere mensen en mensen met een heel beperkte medische voorgeschiedenis. Terwijl jongere mensen en mensen met chronische ziekten wel meer actief gebruik maken van een personal health record.

Medicatieschema up-to-date houden

Polyfarmacie is een toenemend fenomeen. Zeker bij de oudere populatie die vaak lijden aan meerdere chronische ziekten. De opstart van medicatie gebeurt steeds vaker evidence based, maar deze evidentie is hoofdzakelijk gebaseerd op de aanwezigheid van slechts één ziektebeeld[7]. Als de patiënt dan verschillende voorschrijvers heeft ontstaan er mogelijks lange medicatielijsten. Dergelijke uitgebreide medicatielijsten blijven een valkuil voor fouten[8, 9]. Het betreft zowel fouten in de combinatie van geneesmiddelen als in de correcte inname van de voorgeschreven medicatie. Dit is uiteraard met mogelijks potentieel schadelijke gevolgen[7]. De afwezigheid van evidence based richtlijnen in de aanpak van multimorbiditeit is een uitgesproken beperking in de goede aanpak van polyfarmacie. Echter het gebrek aan klinisch onderzoek bij patiënten met multi-morbiditeit doet vermoeden dat de ontwikkeling van deze nieuwe richtlijnen nog enige tijd op zich zal laten wachten[7].

Het is de taak van de huisarts om de patiënt in zijn totaliteit te benaderen en het medicatieschema zo goed mogelijk per patiënt aan te passen. Desalniettemin heeft elke voorschrijver de verantwoordelijkheid om zijn voorgeschreven medicatie correct af te stemmen voor de individuele patiënt. De beschikbaarheid van een up-to-date medicatieschema zowel voor de patiënt als voor de voorschrijver kan daarbij een grote meerwaarde zijn.

In de ICHO databank vond ik meerdere masterproeven waarbij men zocht naar een goede manier om steeds een up-to-date medicatieschema ter beschikking te hebben bij de patiënt op huisbezoek. Een observationele studie in Zuidoost-Limburg[10] bestaat uit een project waarbij een papieren versie van het medicatieschema werd geïmplementeerd. De patiënt werd gevraagd dit document steeds bij zich te hebben bij contact met een arts of apotheker. De verwachtingen waren een vermindering van

medicatiefouten en verhogen van de therapietrouw. Echter in werkelijkheid bleef het medicatieschema vaak niet up-to-date. Een tijdsgebrek bij de zorgverlener om het medicatieschema adequaat aan te passen werd aangegeven als reden van het niet slagen. Twee andere manama thesissen[11, 12] gingen tewerk op een manier, vergelijkbaar met ons project. Namelijk ook door middel van medicatieregistratie in het EMD en een uitprint hiervan bewaren bij de patiënt thuis. Na verloop van zes maanden concluderen beiden een verbetering van 0% naar 75 tot 90% in de beschikbaarheid van een correct papieren en digitaal medicatieschema. Beiden vernoemen ook Vitalink als hoopvolle tool om meerdere zorgverleners te laten bijdragen aan een up-to-date medicatieschema.

Vitalink: verduidelijking

Vitalink is het digitale platform van de Vlaamse overheid en werd ontwikkeld met als doel zorgverleners in de eerste lijn (artsen, apothekers en thuisverpleegkundigen) eenvoudig en veilig gegevens over hun patiënten met elkaar te laten delen. De patiënt geeft hiervoor eerst toestemming aan een zorgverlener via informed consent. Daarna kunnen zorgverleners die een therapeutische relatie met de patiënt kunnen aantonen, toegang krijgen tot de gegevens. Concreet bepaalt de patiënt zelf welke zorgverlener de gegevens kan raadplegen omdat hij steeds zijn toestemming moet geven en eID laten inlezen bij de zorgverlener die inzage vraagt. Eenmaal een zorgverlener een therapeutische relatie registreert met een patiënt blijft deze zes maanden geldig[13]. De huisarts die het globaal medisch dossier van de patiënt beheert, heeft automatisch een therapeutische relatie die een jaar geldig is[13].

Vitalink werkt met strenge veiligheids- en privacy garanties en zorgverleners gebruiken Vitalink steeds via hun eigen softwarepakketten. Patiënten kunnen via de *Patiënt Health viewer* bekijken welke informatie over hen op Vitalink beschikbaar is, alsook welke zorgverleners wanneer deze informatie hebben ingekeken. Vandaag deelt Vitalink gegevens over vaccinaties, medicatie, bevolkingsonderzoeken en een samenvatting van het patiëntendossier van de huisarts. De patiënt zelf heeft toegang tot vaccinaties, medicatie en bevolkingsonderzoeken, niet tot de samenvatting van het patiëntendossier.

Deze recent ontwikkelde digitale tool is motiverend en ondersteunend in ons project. De informatie die op Vitalink beschikbaar is, is rechtstreeks te genereren uit het EMD. Met andere woorden: bij een goed ingevuld EMD is enkel nog de toestemming van de patiënt en een recent ingelezen eID vereist om deze info te delen via Vitalink. De beschikbaarheid hiervan kan een meerwaarde betekenen bij de wachtarts, de samenwerking met thuisverpleegkundige en de apotheker. Mits goede afspraken kan een samenwerking via Vitalink medicatiefouten verminderen en de therapietrouw verhogen[11, 12, 13]. Maar de ontwikkeling duurt langer dan voorzien. Enerzijds zijn de vereisten zeer hoog. Er moet een garantie van veiligheid en privacy bestaan. Daarnaast duurde het enige tijd voor Vitalink was ingebouwd in de talrijke verschillende softwarepakketten van de verschillende actoren in de eerste lijn. Dit maakte dat de participatie van gemotiveerde huisartsen, apothekers en verpleegkundige tijdens het pilootproject in 2013 niet optimaal kon verlopen. De zorgactoren die wel volhielden, kregen met kinderziektes van het nieuwe systeem te maken en concludeerden toch een hogere administratieve last. Op technisch vlak kon men aan het einde van 2013 wel besluiten dat het Vitalink platform in staat is om op een correcte en veilige manier gegevens te delen tussen actoren in de zorg met respect voor de privacy[17].

In 2015 deed dokter De Munck in haar manama thesis[12] een bevraging naar de beschikbaarheid van een medicatielijst tijdens huisbezoeken. Verschillende zorgactoren (huisarts, apotheker, verpleegkundige en kinesist) werden bevraagd en allen gaven ze Vitalink aan als mogelijke, toekomstige oplossing voor gegevensdeling. Echter geen van de betrokken partijen in die regio maakte al gebruik van Vitalink. De volgende redenen werden hiervoor gegeven: hoge administratieve last, onzekerheid over de privacy van patiëntengegevens, incompatibiliteit met gebruikte EMD's,

praktische problemen en moeilijke login-procedures. Dit illustreert dat in 2015 de noodzakelijke verbeteringen nog niet doorgevoerd konden worden.

Nog eens twee jaar later in 2016-2017 deed dokter Vansintjan in kader van zijn manama thesis[15] een project in samenwerking met een thuisverpleegkundige. Betreffende de werking van Vitalink beschrijft hij wel een vlotte werking in het huisartsensoftwarepakket Careconnect van Corilus. Dit is het softwarepakket waar wij ook mee werken. Er is een automatisch synchronisatie vanuit de software met Vitalink bij elke medicatieaanpassing, alsook wordt er duidelijk aangegeven wanneer er medicatie werd gewijzigd en door wie. Toch ervaren de huisartsen nog hindernissen zoals de omslachtigheid om complexere medicatieschema's correct in te geven[15].

Samenwerking tussen arts en apotheker

In ziekenhuizen en woonzorgcentra is er al langer een nauwe samenwerking tussen apothekers en artsen. Ten eerste om tot een meer kostenefficiënt medicatieschema te komen, daarnaast ook om medicatie combinaties, die onder andere valpartijen kunnen veroorzaken, te vermijden[16]. Onderzoek van Lenander toonde aan dat een samenwerking tussen apotheker en huisarts ook een meerwaarde kan zijn met een daling van het aantal medicaties per patiënt en een verbetering van de algemene gezondheid bij oudere patiënten met polyfarmacie[16] . Het is de verantwoordelijkheid van artsen om alert te zijn voor interacties in het medicatieschema. Tegelijk is het een enorme meerwaarde om in eerste lijn te kunnen samenwerken met een apotheker die zich inzet om medicatieschema's op te stellen en mogelijke medicatie gerelateerde problemen kan signaleren[17].

Vlaamse huisartsen in opleiding werkten in hun manama thesis al vaker projecten uit om in een samenwerking tussen arts en apotheker het medicatieschema up-to-date te houden. Hierin wordt steeds een grote inzet van arts en apotheker gemerkt, toch liepen dergelijke projecten vaak mis. In twee studies werd de patiënt gekozen als boodschapper. Hij moest zijn papieren medicatieschema steeds bij zich hebben. Echter blijkt dat de patiënt er van uit gaat dat de huisarts en de apotheker hun medicatiegebruik kennen, bijgevolg zijn ze niet gemotiveerd om een papieren medicatieschema van de arts aan de apotheker af te geven en vervolgens weer mee naar de huisarts te nemen[18,19].

Deze projecten concluderen dan ook de noodzaak van een digitale tool zoals Vitalink waarmee arts en apotheker rechtstreeks en veilig kunnen communiceren.

In augustus 2017 starten we met de thuisdossiers en de samenwerking met de apotheker om medicatieschema's te delen via Vitalink. Later blijkt dat op 1 oktober 2017 het concept huisapotheker zal starten. De voornaamste taak van de huisapotheker is het medicatieschema van de patiënt up-to-date houden en het toegankelijk maken voor de andere zorgverleners met wie hij een therapeutische relatie heeft [20]. Hiervoor krijgen zij bij een selecte subgroep van patiënten een forfaitair honorarium van 31,80 euro per jaar. Deze taak van huisapotheker komt geheel overeen met ons opzet. Echter tijdens ons project verschijnen er in de literatuur scherpe opiniestukken van huisartsen over de gang van zaken met betrekking tot Vitalink. Terwijl de commerciële site van Corilus[21] met hun softwarepakket 'Greenock' voor apothekers 'een vlekkeloze en gebruiksvriendelijke integratie van Vitalink belooft, waait er ook een andere wind over het concept huisapotheker en de toepassing van Vitalink. In een open brief van een huisarts aan minister De Block[22] en door een andere huisarts op sociale media[23] worden opmerkingen gegeven over de moeizame communicatie naar Vitalink tussen de softwarepakketten van huisartsen en apothekers. Er wordt ook met de vinger gewezen naar de apothekers. Dokter Corty meent dat 'de centen die dit jaar TOTAAL ZINLOOS naar de apothekers gaan, hadden kunnen gebruikt worden voor het optimaliseren en performanter maken van Vitalink.' Dokter De Munck ziet veel van zijn Vitalink medicatieschema's overschreven worden door apothekers wat een vlotte werking in zijn EMD verstoord. Hij beseft dat de zwakke schakel hier rammelende informatica is, maar stelt verder: 'Maar als je hen meldt wat er gebeurt, gaan ze gewoon met hun overschrijfwerk door. Dat doen ze volgens mij om hun forfait van 30 euro als

huisapotheker te verantwoorden.' Er zijn dus sinds het opkomen van het concept huisapotheker en bijgevolg het intensiever gebruik van Vitalink door apothekers duidelijke softwareproblemen aan het licht gekomen wat tot ergernis leidt bij de zorgverleners. In een stuk onder de titel: 'Recht van antwoord op de News4Med Daily van 19 januari 2018 over Vitalink' geeft Hilde Deneyer, directeur van Vlaams apothekers Netwerk (VAN) hierop een kritisch antwoord[24]. Zij stelt dat in november 2017 iets meer apotheker (2.843) vergeleken met 2.717 huisartsen actief het Vitalink medicatieschema gebruiken. Apothekers betalen geen bijdrage voor Vitalink aangezien dit geheel door de Vlaamse overheid wordt gefinancierd. Het gebruiken van Vitalink brengt dus geen kost met zich mee. De vergoeding voor het nieuwe concept 'huisapotheker' zou een budget neutrale verschuiving zijn. De apotheker moet voldoen aan andere voorwaarden die niet kosteloos zijn en apothekers hebben moeten inboeten in hun vergoeding voor aflevering van terugbetaalde specialiteiten. Echter over hoe vlot de integratie van Vitalink in de praktijk verloopt, neemt zij geen standpunt in. KAVA (Koninklijke Apothekersvereniging Antwerpen) licht nog toe dat het delen van gegevens via Vitalink (nog) niet verplicht is. Momenteel is er enkel sprake van 'ter beschikking houden' van de gegevens. Het elektronisch delen zal verplicht zijn van zodra het 'technisch mogelijk' is[25].

Ook eenlijn.be erkent de problemen. In hun nieuwsbrief van 19 februari 2018 schrijven ze: 'Er zijn de laatste maanden veel frustraties ontstaan.' Zij maken een onderscheid tussen drie categorieën haperingen: een gebrekkige communicatie tussen huisarts en apotheker, onduidelijkheden rond het gebruik en technische problemen. Ze hebben dan ook een meldpunt opgericht om verdere inzichten te krijgen in de problemen. Vervolgens zullen de problemen aangepakt worden door communicatie via de beroepsgroepen alsook zal eenlijn.be contact opnemen met de betrokken softwareleveranciers[26].

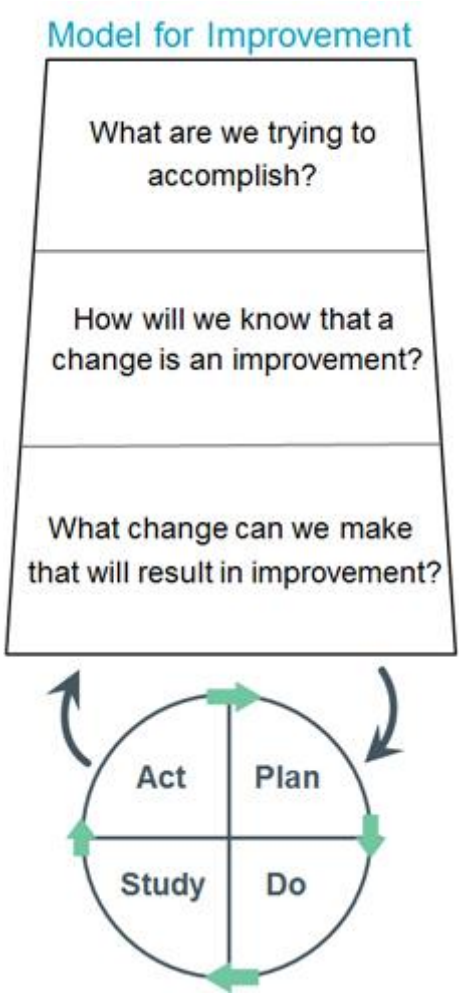
3. Conclusie

Samengevat neem ik mee uit dit literatuuronderzoek dat het thuis bewaren van medische informatie voldoende uitgelegd dient te worden aan de patiënt en zijn mantelzorgers. Zonder de nodige uitleg kan het inkijken van het eigen medisch dossier vragen en ongerustheid meebrengen. Mits de juiste omkadering kan het een meerwaarde zijn in de communicatie naar de patiënt. Het kan ook de betrokkenheid van de patiënt en zijn mantelzorger verhogen, waardoor eventuele fouten sneller opgespoord kunnen worden.

Het up-to-date houden van het medicatieschema is een uitdaging waarbij het gebruik van Vitalink een grote meerwaarde kan zijn. Vitalink maakt rechtstreekse communicatie tussen de huisarts en de apotheker mogelijk, waardoor de patiënt niet als boodschapper moet werken. De aanvang van het nieuwe concept huisapotheker brengt opnieuw opmerkingen over de integratie van Vitalink in de verschillende softwarepakketten. Toch zou de integratie in ons softwarepakket CareConnect van Corilus nu op punt staan.

Methode kwaliteitsverbeterproject:

We werken aan een kwaliteitsverbeterproject via het *model for Improvement* van het *Institute for Health Improvement* (IHI)[1]. Het *model for improvement* is een eenvoudige maar daadkrachtige tool voor het versnellen van verbetering. Deze wordt vaak succesvol gebruikt door gezondheidsorganisaties voor het verbeteren van hun gezondheidsprocessen.



Het model bestaat uit twee delen. Ten eerste zijn er drie fundamentele vragen die de doelstelling concreter helpen formuleren. Vervolgens zullen we per doelstelling acties uitwerken aan de hand van PDSA-cycli: *Plan*, *Do*, *Study* en *Act.*

1. Wat proberen we te bereiken?

Onze doelgroep zijn 70-plussers die omwille van beperkte mobiliteit en chronische aandoeningen niet meer naar de praktijk komen maar steeds door middel van een huisbezoek worden opgevolgd. In onze praktijk betreft dit een veertigtal patiënten. Deze patiëntengroep krijgt op dit moment uitstekende medische zorgen maar er worden nergens notities gemaakt van de klinische bevindingen, de medische voorgeschiedenis en eventuele veranderingen in het therapeutische beleid. Deze patiëntengroep is ook niet specifiek gebonden aan één huisarts waardoor de patiënt afwisselend door de twee huisartsen en door de HAIO wordt opgevolgd. Als in deze situatie geen notities worden gemaakt van de medische evolutie kan er belangrijke informatie verloren gaan of fout geredeneerd worden omwille van gebrek aan informatie. Daarom hebben we bij deze patiëntengroep twee grote doelstellingen:

a. een up-to-date EMD

We zullen spreken van een up-to-date EMD als het EMD alle gegevens bevat die ook in een *Sumehr* zitten. *Sumehr* of *Summarized Electronic Health Record* is een digitale samenvatting vanuit het EMD die een arts eenvoudig via Vitalink kan delen met andere artsen. Een *Sumehr* bevat:

- basisgegevens: naam, geboortedatum, rijksregisternummer, adres …
- contactgegevens van een contactpersoon in noodgevallen: naam, telefoonnummer en relatie tot de patiënt
- informatie over risicofactoren: allergieën, overgevoeligheidsreactie, sociale risicofactoren
- een overzicht van de medische voorgeschiedenis
- een overzicht van de medicatie
- een overzicht van de vaccinaties,

b. de beschikbaarheid van belangrijke informatie bij de patiënt thuis

Hiervoor zullen we een medisch thuisdossier samenstellen (bijlage 2). Dit zal bestaan uit een uitprint van de informatie die we registreerden om te kunnen spreken van een up-to-date EMD zoals hierboven beschreven. Daarnaast vullen we het thuisdossier aan met een invulblad voor notities van de huisbezoeken en een invulblad voor een zeer beperkt aantal laboresultaten. Deze informatie zullen we in een kaft bij de patiënt thuis bewaren.

Voor deze opstartfase voorzien we zes weken. Dit medisch thuisdossier dient bij elk huisbezoek aangevuld te worden. De medicatie willen we up-to-date op papier bij de patiënt thuis en online in Vitalink. Hiervoor zullen we samenwerken met de apotheker. De apotheker heeft namelijk ook toegang tot Vitalink en de bevoegdheid om veranderingen door te voeren.

Specifiek	Alle 70-plussers die steeds d.m.v. een huisbezoek worden opgevolgd.
Meetbaar	Vervolledigen van meerdere, reeds bestaande, topics in het EMD. Uitprint thuis bewaren.
Acceptabel	Kadert in het recht van de patiënt: *Kunnen rekenen op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier, met mogelijkheid tot inzage en afschrift*[27]. De thuisinformatie wordt beschermd met een voorblad (2.1).
Realistisch	Het betreft een duidelijk afgelijnde groep met duidelijk afgelijnde verwachtingen.
Tijdsgebonden	Update na zes weken, grondige evaluatie na vier maanden.

Tabel 1 SMART doelstelling

2. Hoe weten we dat een verandering een verbetering is?

We trachten tot een nieuw systeem te komen dat overzichtelijk is, voldoende informatie bevat, weinig tijd vraagt en eenvoudig up-to-date blijft. We zullen gaandeweg verschillende acties ondernemen om dit doel te bereiken. Om te bepalen of de verandering een verbetering is, zullen we uit onze twee doelstellingen verschillende kwalitatieve en kwantitatieve indicatoren evalueren.

De volgende **procesindicatoren** worden opgevolgd:

- Bij hoeveel patiënten wordt het EMD geüpdatet volgens het opgestelde stappenplan (bijlage 1)?
- Bij hoeveel patiënten wordt een kaftje samengesteld met alle vereiste documenten (bijlage 2)?
- Wat brengt een SWOT-analyse bij de opstart? Hiermee willen we tijdig sterkten en zwakten analyseren en eventueel gepaste veranderingen doorvoeren.
- Worden er tijdens elk consult notities gemaakt in het kaftje bij de patiënt thuis? Het betreft zowel een SOEP-registratie, noteren van parameters, als aanvullen van resultaten van een recente bloedafname.
- Hoeveel contacten met apothekers hebben er plaatsgevonden?

- Kunnen apothekers informatie van Vitalink binnenhalen, aanpassen en weer uploaden? Zien wij in ons EMD wat er, wanneer, door wie werd aangepast?

Na vier maanden zullen de volgende **resultaatindicatoren** geëvalueerd worden.

- Hoeveel van de geïncludeerde EMD's blijven ook werkelijk up-to-date op vlak van medische voorgeschiedenis en medicatieschema? *Het medicatieschema moet 100% correct zijn en alle belangrijke medische events moeten handmatig zijn toegevoegd in het thuisdossier. We streven naar een foutloze versie bij 80% van de geïncludeerde patiënten.*
- Wat is de ervaring van de artsen over efficiëntie, tijdinvestering en meerwaarde van de ingevoerde verandering? *De twee deelnemende artsen zullen individueel geïnterviewd worden. Hun mening zullen we sterk laten doorwegen op de beoordeling van dit kwaliteitsverbeterproject. Als zij de veranderingen op de verschillende te bevragen gebieden als een vooruitgang beoordelen, dan kunnen we spreken van een verbetering.*
- Wat is de patiënten tevredenheid over de nieuwe map die ze thuis bewaren? *We zullen de patiënten een vijftal eenvoudige vragen stellen die ze moeten beantwoorden op een eenvoudige woordschaal.*
- Hoe verloopt de samenwerking met de apotheker: Voeren zij veel veranderingen door? Lukt het hen om een Vitalink medicatieschema af te printen en met de patiënt mee te geven? *Hiervoor stellen we een korte online enquête op met zowel open vragen als meerkeuzevragen.*

3. Welke veranderingen zullen resulteren in een verbetering?

Om de hierboven beschreven doelstellingen te kunnen bereiken dienen kleine acties te worden doorgevoerd die geëvalueerd en eventueel bijgestuurd worden. Hieronder heb ik de acties opgesomd, gesorteerd per doelstelling

1. Ten eerste een up-to-date EMD bij de geïncludeerde patiënten.
    a. Overleg tussen de huisartsen over welke topics zij belangrijk vinden om te kunnen spreken van een up-to-date EMD.
    b. Deze topics verwerken in een stappenplan (bijlage 1) dat per EMD doorlopen moet worden om tot een up-to-date EMD te komen.
    c. Alle geïncludeerde patiënten verdelen onder de twee huisartsen en mezelf om per patiënt dit stappenplan te doorlopen.
    d. Na twee weken plannen we een steekproefevaluatie van de reeds uitgewerkte dossiers om te kijken wat er wel en niet goed ging.
    e. Vervolgens een overleg waarin ook de dokters hun opmerkingen kunnen geven over de toepassing van het gedetailleerde stappenplan. Dit kan zorgen voor kleine aanpassingen in het gedetailleerde stappenplan.
    f. Vervolgens wordt voor alle geïncludeerde patiënten dit stappenplan doorlopen om bij alle patiënten tot een up-to-date EMD te komen.
2. Ten tweede: op basis van het up-to-date EMD willen we een thuisdossier afleiden dat eenvoudig afgeprint kan worden om bij de patiënt thuis te bewaren.
    a. In het softwareprogramma CareConnect kan men sjablonen samenstellen die automatisch zelfgekozen topics samenbrengt in een zelf op te stellen lay-out op

een A4 blad. Dit doen we voor het samenstellen van een voorblad (bijlage 2.1) en een blad met medische voorgeschiedenis (bijlage 2.2).

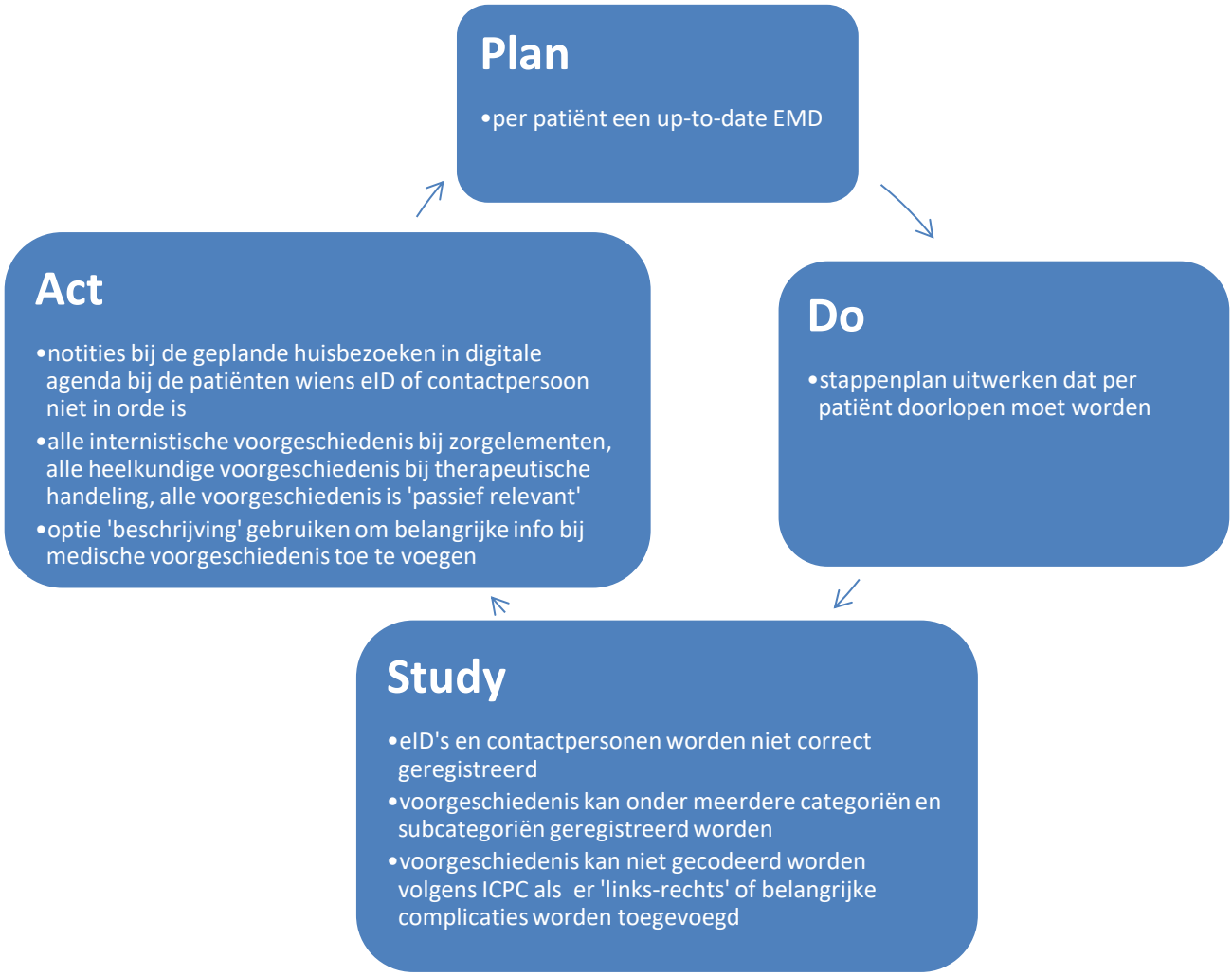
b. Deze twee documenten worden per geïncludeerde patiënt afgeprint en samen met vijf andere documenten (bijlage 2.3 tot 2.6 en 3) in een kaftje verzameld en voorzien van een etiket met naam en geboortedatum van de patiënt.

3. Tijdens het overleg wordt geopperd dat het heel moeilijk zou worden om het medicatieschema zowel in het EMD als thuis bij de patiënt up-to-date te houden. Om hierin te slagen zouden we de hulp van de apothekers kunnen inschakelen. Zij hebben namelijk ook toegang tot Vitalink en kunnen zo bijdragen aan een up-to-date medicatieschema. Zo ontstaat een derde doel met aaneenschakeling van acties:
    a. We zoeken uit over welke apothekers het gaat.
    b. We informeren hen over ons project en vragen hun medewerking (bijlage 4 en 5).
    c. Als zij toestemmen, vragen we hen om het bestaande Vitalink medicatieschema van de geïncludeerde patiënten binnen te halen in hun softwareprogramma en dit mee aan te passen indien nodig.
    d. Na vier maanden bekijken we bij hoeveel patiënten er een medicatiewijziging in Vitalink werd ingevoerd door een externe auteur. We vergelijken dit met het werkelijk aantal medicatieveranderingen.
    e. We evalueren of de samenwerking met de apotheker vlot verliep.

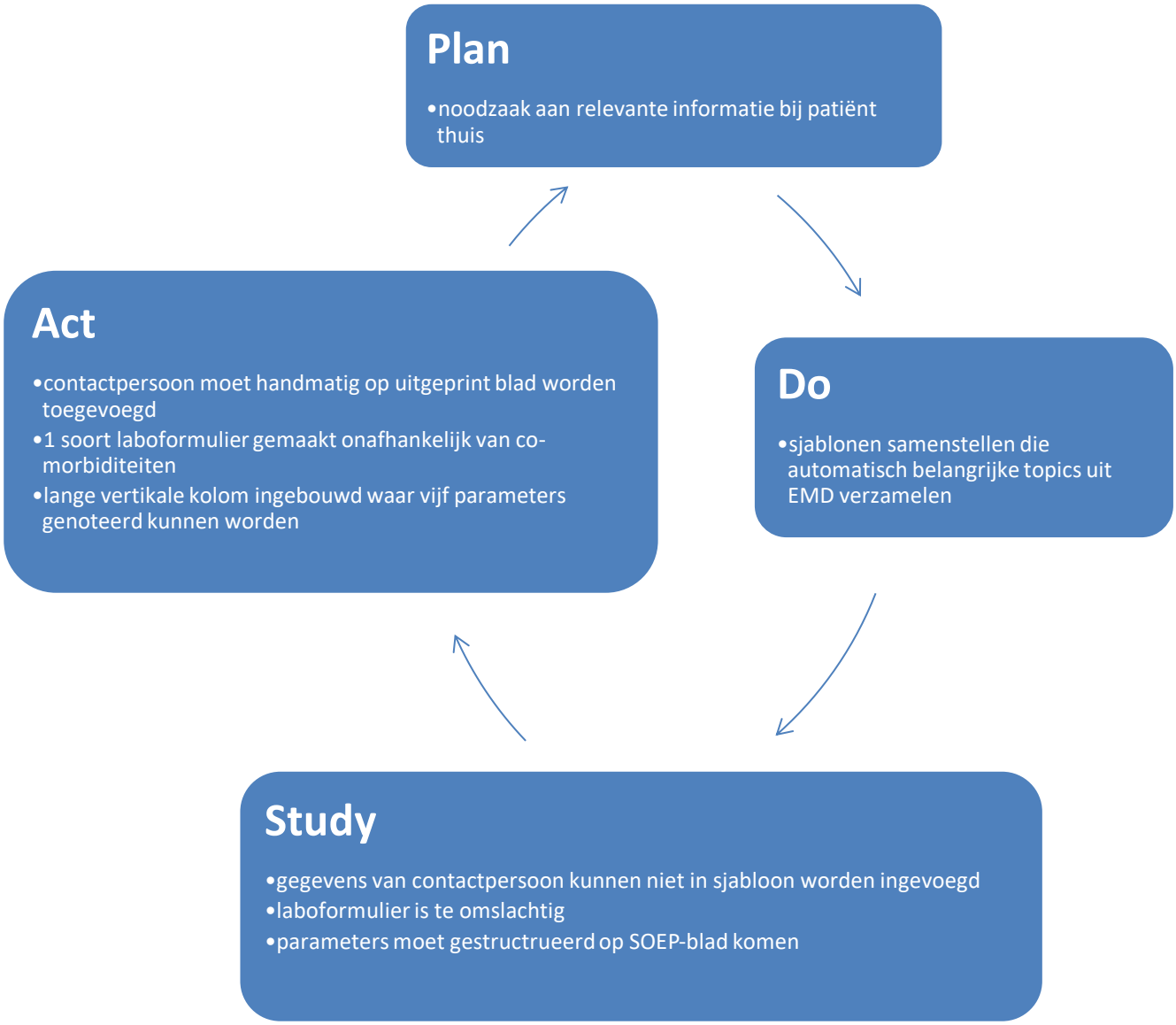
Over deze acties was een unanieme overeenkomst. We pogen om met deze acties onze indicatoren zoals onder puntje 2 beschreven, te bereiken.

4. PDSA-cyclus

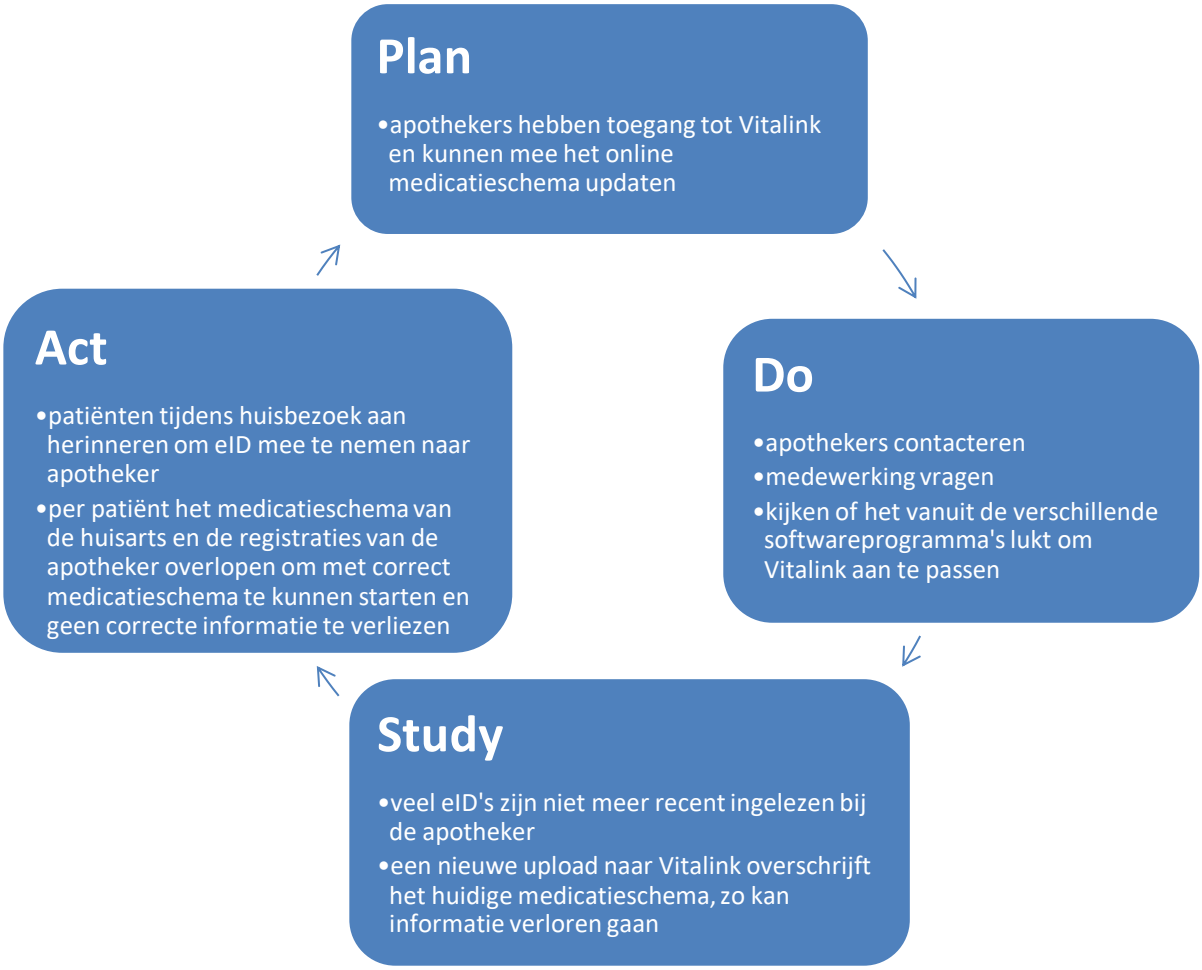
Vervolgens gaan we per doelstelling deze acties uitwerken via PDSA-cycli.



Figuur 2 Update EMD



Figuur 3 Samenstellen medisch thuisdossier



Figuur 4 Samenwerking apothekers

Resultaten

Hieronder volgt een beschrijving van de geïncludeerde patiënten en een uitwerking van de resultaatindicatoren.

1. Beschrijving geïncludeerde patiënten

Inclusiecriteria

- Patiënten > 70 jaar
- Patiënt wordt steeds gezien tijdens een huisbezoek, geen consultatie meer in de praktijk tijdens het afgelopen jaar
- Onafhankelijk van co-morbiditeiten of aanwezigheid van polyfarmacie

Gegevens geïncludeerde patiënten

Initieel werden 45 patiënten geïncludeerd. Na één jaar, bij het uitschrijven van deze resultaten, waren vier geïncludeerde patiënten overleden. Er werd beslist om enkel de gegevens van de patiënten te verwerken die de hele proefperiode met het thuisdossier hebben gewerkt. We werken dus verder met een groep van 41 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 84,1 jaar. Vóór de update van het EMD was er slechts bij 12% (n=5) een recente eID ingelezen. Bij 42% (n=17) van de patiënten was er helemaal niets geregistreerd in de medische voorgeschiedenis. 17% (n=7) van de patiënten had geen enkel geregistreerd geneesmiddel. 74% (30) van de geregistreerde schema's was onvolledig. De medicatieschema's waren gemiddeld 2,6 jaar oud.

Totaal aantal geïncludeerde patiënten	100% (41)
Gemiddelde leeftijd	84,1 jaar
Aantal mannen	41% (17)
Aantal vrouwen	59% (24)
Aantal recent ingelezen eID's	9% (5)
Aantal EMD's met lege lijst van de medische voorgeschiedenis	42% (17)
Aantal lege medicatieschema's	14% (7)

Tabel 2 Gegevens van de geïncludeerde populatie

2. Wat brengt een SWOT-analyse bij opstart van het project?

Een SWOT-analyse is een methode om sterken en zwakten, kansen en bedreigingen van een project in kaart te brengen. Deze analyse gebeurt in meerdere stappen zoals hieronder uitgewerkt. Het uiteindelijke doel is een goede strategie voor het verdere project te bepalen.

Voor de opstart van de thuisdossiers hebben ik en de twee huisartsen in een uitgebreide vergadering de huidige situatie en het uiteindelijke doel besproken door middel van een SWOT-analyse. Deze analyse bracht concrete aanpassingen waarmee we de strategie van ons project konden optimaliseren. Hieronder geef ik het verloop van de analyse en de concrete aanpassingen in onze strategie weer.

Inventarisatie van belangrijke elementen

Eerst hebben we de sterkten en zwakten (interne elementen) en kansen en bedreigingen (externe elementen) van ons project opgesomd.

Inventarisatie van belangrijke elementen			
Interne elementen		**Externe elementen**	
Sterkten	**Zwakten**	**Kansen**	**Bedreigingen**
• Motivatie om huisbezoeken te blijven doen • Motivatie om met EMD te werken • Belang van elektronische registratie • Via Vitalink een duidelijk medicatieoverzicht voor arts, patiënt en mantelzorger • Beschikbaarheid van belangrijke laboresultaten bij patiënt thuis • Overzicht voorgeschiedenis • Overzicht van SOEP-registraties over een periode van maanden	• Initiële tijdsinvestering voor het updaten EMD en het opstellen van een thuisdossier • Inspanning om EMD up-to-date te houden • Gezamenlijke verantwoordelijkheid maakt dat soms blijft liggen	• Registratie in Vitalink en *Sumehr* zal in de toekomst veralgemeend worden toegepast • Samenwerking met de apotheker	• Geen internet bij patiënt thuis • Geen 3 mobiele apparaten ter beschikking voor huisbezoeken • Medische geheim respecteren als informatie thuis bewaard wordt

Confrontatiematrix

Vervolgens hebben we de belangrijkste interne en externe elementen tegenover elkaar gezet in een confrontatiematrix:

		kansen		**bedreigingen**		
		Registratie voor Vitalink en Sumehr	**Samenwerking met apotheker**	**Geen internet bij patiënt thuis**	**Geen 3 mobiele apparaten**	**Medisch geheim**
sterktes	**Motivatie voor EMD**			A		
	Duidelijk medicatieoverzicht voor patiënt		B			
	Belangrijke medische info voor arts					
zwaktes	**Initiële tijdsinvestering**	C				
	Inspanning om up-to-date te houden				D	
	Gezamenlijke verantwoordelijkheid					E

De volgende stap in de SWOT-analyse is het maken van combinaties tussen interne en externe elementen. Deze combinaties worden 'kwesties' genoemd. Vervolgens hebben wij enkele kwesties geselecteerd die een invloed hebben op de verdere strategie. Hieruit zijn namelijk concrete veranderingen gevolgd in het verder uitwerken van ons project. De geselecteerde kwesties en de concrete veranderingen die wij hebben doorgevoerd, beschrijf ik hieronder.

Verdere strategie bepaling

A: Er is zeer vaak geen internet bij deze patiëntenpopulatie waardoor het zeer omslachtig zou zijn om iets te registreren of op te zoeken in het EMD. Toch is de motivatie groot om ook het EMD up-to-date te houden in plaats van enkel een papieren thuisdossier.

⇨ We hebben ervoor gekozen de alledaagse SOEP-registraties niet in het EMD te noteren. Dit lijkt ons geen grote meerwaarde gezien we het EMD niet kunnen inkijken bij de patiënt thuis en de patiënt toch niet meer tot de praktijk komt. Het is wel belangrijk om informatie zoals medicatie en voorgeschiedenis correct in het EMD te hebben, mede omdat deze via Vitalink en *Sumehr* beschikbaar kunnen zijn voor andere zorgverleners. Als we de SOEP-registraties enkel op papier bij de patiënt bewaren, moet er niet na elk huisbezoek informatie worden toegevoegd aan het

EMD. In dit geval moet men na de huisbezoekronde enkel het EMD raadplegen als er veranderingen zijn in het medicatieschema of als er een belangrijk element in de voorgeschiedenis moet worden toegevoegd. We verwachten dat dit de arbeidsdruk lager houdt.

B: Registratie in Vitalink geeft een overzichtelijk medicatieschema. Dit is ook toegankelijk voor apothekers.

⇨ We trachten de betreffende apothekers te motiveren om eventuele aanpassingen ook te registreren in het beschikbare medicatieschema van de patiënt en eventueel een nieuwe versie af te drukken voor de patiënt.

C: Het is een initiële tijdsinvestering om de hele medische voorgeschiedenis correct uit het dossier te halen en gecodeerd te registreren. Echter vanaf correcte registratie kan vanuit het EMD meteen een *Sumehr* opgeladen worden.

⇨ De geïncludeerde patiënten worden verdeeld onder de verschillende artsen zodat elke arts slechts 1/3de van de dossiers moet uitpluizen.

D: Om praktische redenen kiezen wij om geen mobiel apparaat mee op huisbezoek te nemen. Dit maakt elektronische registratie op moment van consultatie onmogelijk en vergt andere goede afspraken om EMD up-to-date te houden.

⇨ Niet alle SOEP-registraties moeten in het EMD worden bewaard. Voor de medicatie schakelen we de hulp van de apothekers in. Voor de voorgeschiedenis moet wel een inspanning worden gedaan om dit systematisch in het EMD te registreren, bijvoorbeeld een grote revisie tijdens jaarwisseling, tijdens zomermaanden of na een ziekenhuisopname.

E: Als we thuis medische informatie bewaren, moet er over gewaakt worden dat dit goed bewaard blijft en niet door onbevoegden wordt ingelezen.

⇨ We voorzien een voorblad met het opschrift ‘Medisch geheim, strikt vertrouwelijk’. We leggen de patiënt uit dat dit een kaft is voor de huisarts.

3. Hoeveel van de geïncludeerde EMD's blijven ook werkelijk up-to-date?

41 geïncludeerde patiënten	Tussentijdse evaluatie november 2017	Eindevaluatie februari 2018
# patiënten met EMD update volgens stappenplan	25 (61%)	38 (93%)
# kaftjes met alle vereiste documenten	29 (71%)	40 (97%)
# patiënten met notities van elk consult	33 (80%)	39 (95%)
# contacten met apotheker	7	10
# patiënten waarbij apotheker veranderingen doorvoerde	4 (10%)	8 (20%)
# patiënten waarbij correcte upload van de medicatieschema in Vitalink	23 (56%)	37 (90%)
# patiënten met correct medicatieschema thuis **(handgeschreven aanpassingen werden ook aanvaard)**	30 (73%)	40 (97%)

Tabel 3 Samenvatting behaalde resultaten

Up-to-date EMD		
41 patiënten geïncludeerd	25 volledige EMD's	9 ontbrekende eID's
		7 ontbrekende contactpersonen
	23 correcte medicatieschema's in Vitalink	18 patiënten met 1 of meer fouten in het Vitalink medicatieschema -7 van deze 18 patiënten hadden wel correcte handgeschreven aanpassingen op het papieren medicatieschema
Thuisdossier		
41 patiënten geïncludeerd	29 volledige thuisdossiers	6 thuisdossiers nog op de praktijk aanwezig -4 patiënten nog niet opnieuw bezocht -2 thuisdossiers vergeten ondanks huisbezoek
		4 thuisdossiers zonder medicatieschema -EMD bevat te weinig informatie om een volledig medicatieschema op te stellen
		2 thuisdossiers zonder vereiste INR-schema -Vergeten toevoegen ondanks nodige informatie in EMD

Tabel 4 Gedetailleerde resultaten november 2017

Up-to-date EMD		
41 patiënten geïncludeerd	38 volledige EMD's	3 ontbrekende contactpersonen
	37 correcte medicatieschema's in Vitalink	4 patiënten met 1 of meer fouten in Vitalink medicatieschema -3 van deze 4 patiënten hadden wel correcte handgeschreven aanpassingen op het papieren medicatieschema
Thuisdossier		
41 patiënten geïncludeerd	40 patiënten met een volledig thuisdossier	1 thuisdossier zonder vereiste INR-schema

Tabel 5 gedetailleerde resultaten februari 2018

In november deden we al een tussentijdse evaluatie. Hieruit bleek dat slechts 25 patiënten een volledig geüpdatet EMD hadden. In de onvolledige EMD's ontbraken meestal de gegevens van een contactpersoon of de meest recente eID kaartnummer (bij 16 geïncludeerde patiënten). 6 kaftjes lagen nog op de praktijk omdat de patiënt nog geen nieuw huisbezoek had gevraagd of omdat het kaftje door de arts vergeten was. Van de 35 kaftjes die bij de patiënten thuis lagen, waren er 6 niet helemaal volledig. Bij 4 patiënten ontbrak nog een medicatieschema en bij 2 andere was een INR blad nodig en toch niet aanwezig. Bijna bij alle patiënten werd het kaftje ook systematisch gebruikt. Bij één patiënt waren de artsen vergeten dat ze ook een kaftje had en één patiënt had het kaftje zoek gelegd.

In de opstartfase was er veel contact met de apothekers om bij elke patiënt een correct medicatieschema te bekomen. Daarna waren er nog 7 extra contacten onder de vorm van mailverkeer of telefoongesprek in functie van een aanpassing in een medicatieschema. Bij 18 patiënten was er op het moment van de tussentijdse evaluatie geen correct medicatieschema in Vitalink. Dit was het gevolg van een moeilijke opstart van het delen van het medicatieschema met de apothekers via Vitalink. De verschillende softwareprogramma's van ons en de apothekers lijken niet steeds feilloos te werken in het uploaden van informatie op Vitalink. Soms ging er medicatie verloren nadat huisarts of apotheker een nieuw medicatieschema uploadde en vaak kwamen lijnen dubbel te staan omdat huisarts en apotheker op een andere manier de posologie ingeven. Aanpassingen in het medicatieschema gebeuren soms goed, maar soms gaat het mis. Ondanks veel experimenteren is het ons niet exact duidelijk geworden welke bewerkingen fouten gaven en welke manier van werken wel feilloos is.

Om niet onnodig vaak medicatieschema's te moeten afdrukken hadden we beslist om kleine handgeschreven aanpassingen op het papieren medicatieschema ook te aanvaarden. Dit maakte dat er meer papierenmedicatieschema's correct waren vergeleken met de online versies op Vitalink.

In februari was er een nieuwe evaluatie. In de tabel ziet u de verdere vooruitgang die gemaakt kon worden. Vooral het ontbreken van de eID gegevens en contactpersonen, alsook de fouten in de medicatieschema's werden bijgewerkt. Toch bleef het moeilijk om een correct medicatieschema op Vitalink te behouden.

4. Wat is de ervaring van de artsen over de ingevoerde verandering?

Drie maanden na de opstart van de thuisdossiers heb ik de twee artsen in onze praktijk individueel geïnterviewd. Tijdens het interview werd er gepeild naar de voor- en nadelen en de struikelblokken die zij ervaren bij dit nieuwe systeem. Bij de nadelen of struikelblokken hebben we ook meteen samen gezocht naar een mogelijke oplossing. Na het afnemen van de interviews bij de artsen individueel hebben we opnieuw vergaderd met drie aan tafel. Tijdens die vergadering heb ik de bevindingen van de interviews voorgelegd en hebben we aansluitend de oplossingen voor de nadelen en struikelblokken besproken.

Resultaten van het interview van de huisartsen in de praktijk

Wat gaat er goed?

Beide artsen hebben hoofdzakelijk positieve ervaringen.

Beide artsen ervaren het invoeren van het thuisdossier als een verbetering van de kwaliteit van de huisbezoeken. Beide zeggen expliciet dat het lezen van de notities van de collega-arts van vorige consulten een meerwaarde is. Ze zijn ook tevreden over de samenstelling van het thuisdossier en het feit dat het nu systematisch bij de 'chronische huisbezoeken' aanwezig is. Dit maakt dat je niet gemakkelijk zal vergeten om het thuisdossier na te kijken en notities te maken. Op deze manier is er een up-to-date document ontstaan waarop je kan vertrouwen en zo de continuïteit van zorg kan garanderen.

Arts 1: 'Het meeste gaat goed, de patiënten leggen de kaft klaar. Het is goed om te lezen wat er vorige keer gezegd en gedaan is, ook de parameters en de medicatie kan je nakijken.'

Arts 2: 'Het is heel handig, heel toegankelijk om medicatie te checken, ook zien wat de collega heeft gedaan is super. De patiënt legt het klaar. Het is goed om te weten dat het echt bij elke patiënt aanwezig is in tegenstelling tot de schriftjes vroeger. (…) Het is een must om bij drie collega's een deftig thuisdossier te hebben. Ook goed om te zien dat de wachtarts er ook in schrijft. (…) Het komt beter over bij de patiënt als je weet wat je collega gezegd en gedaan heeft.'

Wat gaat er minder goed?

Ondanks de grote motivatie voor het thuisdossier en de overtuiging dat we goed hebben nagedacht over de exacte aanpak, loopt toch niet alles volgens het vooropgestelde plan. Er werden nieuwe afspraken gemaakt, maar die worden nog niet altijd routinematig toegepast tijdens een huisbezoek. Zo vergeten de artsen soms laboresultaten aan te vullen in het thuisdossier of medicatieaanpassingen te registreren in het EMD. De vereiste tijdinvestering om deze zaken te noteren of registreren speelt vermoedelijk wel mee. Daarnaast zijn er ook een paar zwakke punten in de nieuwe manier van werken. De SOEP-registratie bladen geraken vol en er zijn geen duidelijke afspraken gemaakt hoe blanco bladen zullen worden toegevoegd. Toegevoegde papieren zijn soms niet geperforeerd waardoor de kaft slordig wordt.

Arts 1: *'Ik denk er niet aan om labo-resultaten te noteren. Je moet dit voorbereiden door het af te drukken of over te schrijven.'*

Arts 2: *'Het kaftje zelf is misschien wat zwakker omwille van de losse papieren. Er moeten ook meer SOEP-papieren aanwezig zijn en soms zijn ze verkeerd recto verso afgedrukt. De vaccinatiestatus is niet duidelijk te zien in het kaftje… Labo's vergeet ik aan te vullen.'*

Toch blijft er bij de artsen een grote motivatie om verder te werken met het thuisdossier op de manier zoals initieel vooropgesteld. Daarom worden de zaken die niet goed lopen meteen voorzien van een oplossing.

- Het noteren van de laboresultaten in het thuisdossier wordt slechts bij een minderheid gedaan. Dit is niet omdat de artsen het niet nuttig vinden. Er worden twee praktische redenen gegeven. Ten eerste: je denkt er tijdens de volgende consultatie niet aan dat er een

bloedafname gebeurd is. Ten tweede: soms denk je er wel aan maar heb je de resultaten niet meegebracht.

⇨ Oplossing 1: bij de SOEP-registratie kan je noteren dat er bloed afgenomen is.
Oplossing 2: de resultaten kunnen bij de patiënt thuis geraadpleegd worden via de app 'Quick lab' op je smartphone. Zo hoef je de resultaten niet vanuit de praktijk mee te nemen.

- INR's worden niet genoteerd. Ook dit heeft wel een meerwaarde maar het lukt praktisch niet om dezelfde redenen.

⇨ Oplossing: hier kunnen we de patiënt of zijn mantelzorger mee inschakelen. Tot nu toe is er de afspraak dat de patiënt of zijn mantelzorger telefonisch contact opneemt om de INR-waarde te bespreken waarbij het verder te volgen medicatieschema telefonisch wordt doorgegeven. De nieuwe afspraak is dat de patiënt zowel de INR-waarde als het verdere schema van de vitamine K antagonist mag noteren op het voorziene blad in de kaft.

- Na twaalf contactmomenten is het SOEP-registratieblad vol. Er zijn geen blanco exemplaren ter beschikking bij de patiënt thuis. Nu wordt een leeg blad toegevoegd als het SOEP-registratieblad vol is. Echter het SOEP-registratieblad werd door middel van gezamenlijk overleg opgesteld en geoptimaliseerd om zoveel mogelijk relevante informatie op een ordelijke manier te verzamelen dus een gewoon wit blad volstaat hier niet.

⇨ Oplossing: we zullen een grotere voorraad SOEP-registratiebladen voorzien in de kaftjes, bijvoorbeeld drie stuks. Ook zullen we steeds blanco SOEP-bladen uitgeprint in de praktijk klaarleggen.

- Vaccinatiestatus is niet terug te vinden in het kaftje

⇨ Oplossing: De geregistreerde vaccinatiegegevens kunnen vanuit het EMD eenvoudig worden toegevoegd op het blad van de medische voorgeschiedenis. CAVE: nieuwe vaccinaties moet de huisarts eerst zelf in het EMD registreren. De apotheker kan hierbij geen hulp bieden want een registratie van een vaccinatie behoort niet tot de chronische medicatie en blijft dus niet langdurig zichtbaar op de medicatielijst.

- Na verloop van tijd zullen er veel papieren in het kaftje terechtkomen: meerdere SOEP-registratiebladen, hospitalisatieverslagen, ev labo's ...

⇨ Oplossing: We zullen kartonnen tussenschotten invoegen. Voor het tussenschot komen voorblad, SOEP-registratiebladen, medicatieschema, laboparameters en eventueel een INR-blad. Daarachter komt alle andere info.

- Er zijn nog een aantal patiënten die even vaak een huisbezoek krijgen als naar de praktijk komen. Deze patiënten hebben thuis nog geen kaftje. Van hen gaat nog informatie verloren omdat er tijdens het huisbezoek geen notities gemaakt worden. Daarnaast heb je thuis geen overzicht van medicatie en voorgeschiedenis. Naar schatting zijn het meer dan tien patiënten.
    - Oplossing: Voor hen ook een thuisdossier maken. In dat geval heb je parallel SOEP-notities en parameters in het thuisdossier en in het EMD. Na enkele maanden kan geëvalueerd worden hoe dit loopt en of er al dan niet verder gezet wordt met de thuisdossiers bij deze patiënten.

Algemene suggestie:

Eén van de artsen vraagt zich af of het een meerwaarde zou zijn om de patiënt het thuisdossier mee te laten nemen naar een ziekenhuisconsultatie. Zo kan de specialist de SOEP-notities van de laatste maanden doorlezen en zo mogelijks een beter beeld krijgen van de situatie thuis vergeleken met de momentopname tijdens de kortdurend consultatie. De specialist kan dan ook een SOEP-notitie toevoegen zodat de meest belangrijke info meteen thuis ter beschikking is.

Samenwerking met de apotheker

De huisartsen werken ook nog onvoldoende samen met de apotheker.

Beide huisartsen blijken onvoldoende op de hoogte hoe de afspraken met de apothekers gemaakt zijn. Bijgevolg nemen ze alle taken van het medicatieschema nog op zich.

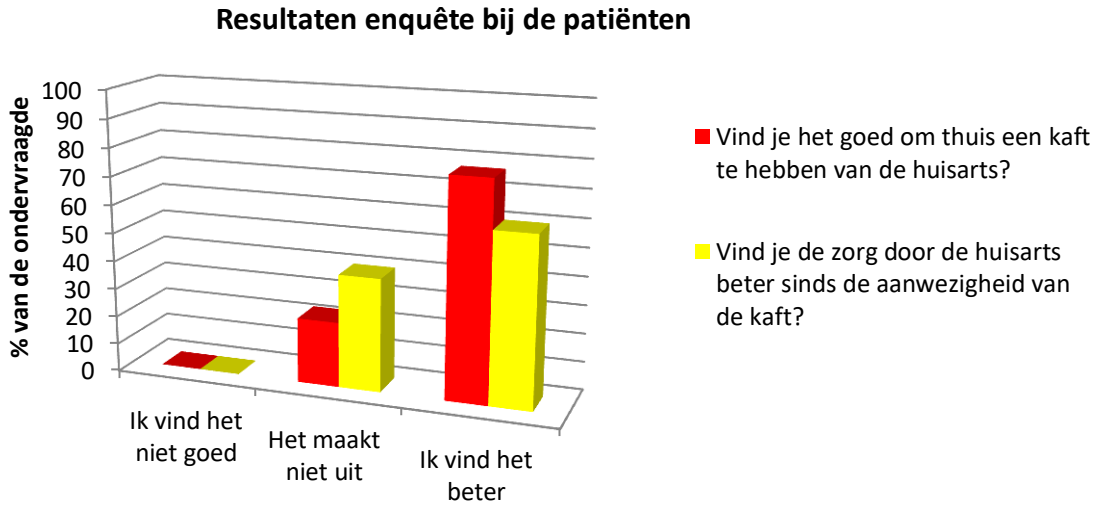
Ik heb de artsen opnieuw verteld dat ik bij aanvang van het project alle apothekers heb opgezocht. In een overleg heb ik ons nieuwe systeem toegelicht, hun medewerking gevraagd en de geïncludeerde patiënten te overlopen. Als de huisartsen opnieuw horen wat de opties van de samenwerking zijn, zijn beide artsen wel overtuigd van de meerwaarde hiervan. Ze zeggen dan ook in de toekomst wel beroep te doen op deze samenwerking.

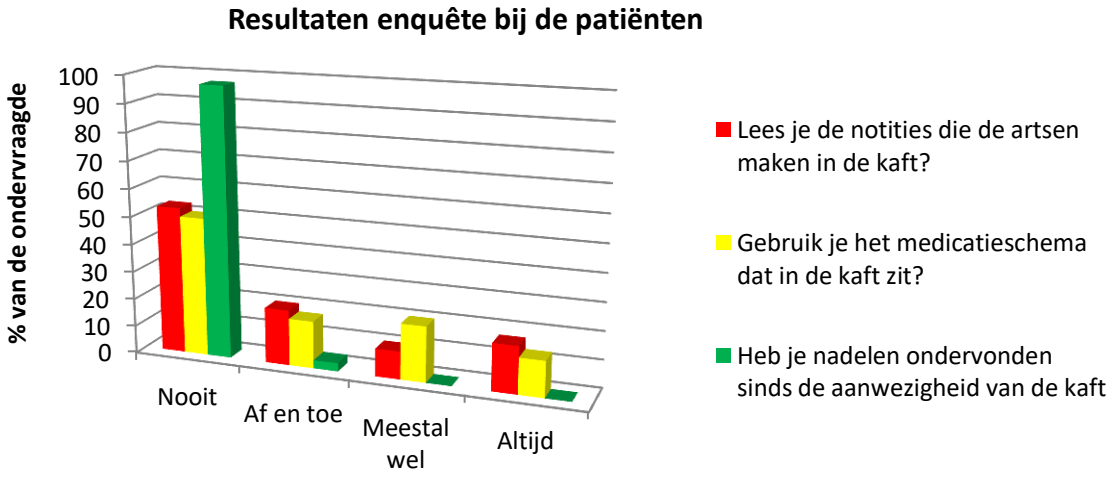
Arts 1: *'Ik heb niet het gevoel dat ik samenwerk met de apotheker. Met het gegeven van de huisapotheker sinds 1 oktober valt het niet op dat de medicatieschema's in orde worden gemaakt in kader van de masterproef.'*

Arts 2: *'Ik heb nog helemaal geen contact gehad met de apotheker. Ik doe het nu allemaal zelf. Maar een samenwerking zou inderdaad fouten sneller opsporen.'*

5. Wat is de patiënten tevredenheid over de nieuwe map die ze thuis bewaren?

Vier maanden na het invoegen van het thuisdossier werden bij de geïncludeerde patiënten vragenlijsten rondgedeeld (bijlage 6) . De opgestelde vragenlijst werd na een korte toelichting aan het einde van een huisbezoek achtergelaten. Het volgende huisbezoek werd de vragenlijst weer meegenomen. Enkele patiënten hadden de vragenlijst nog niet ingevuld bij een volgende huisbezoek en dan heeft de huisarts dit samen met de patiënt gedaan. Het opzet was om een idee te krijgen hoe de patiënten het nieuwe systeem ervaren.





Van de 41 geïncludeerde patiënten hebben 30 patiënten de vragenlijst tijdig ingevuld. Redenen waarom de vragenlijst niet werd ingevuld zijn: de patiënt vroeg geen huisbezoek in de evaluatieperiode (9 patiënten) of de vragenlijst werd vergeten door de huisarts (2 patiënten). Uit de antwoorden kan ik concluderen dat 77% (n=23) van de ondervraagde patiënten het beter vindt om een thuisdossier van de huisarts te hebben. 60% (n= 18) zegt ook een betere zorg te ervaren sinds de aanwezigheid van de kaft. Sommige geven dan ‘de kaft, en alle informatie die erin zit’ als reden van de betere zorg. Eén patiënt zegt nadelen te hebben ondervonden ten gevolge van de aanwezigheid van de kaft. Deze patiënt had initieel een fout medicatieschema in zijn kaft en ervoer dit als een

nadeel. Na aanpassing van het medicatieschema stemde hij wel in om te blijven werken met de kaft. Betreffende de inhoud van de kaft leest de meerderheid nooit (n=16) of slecht af en toe (n=6) de notities van de arts en kijkt het merendeel nooit (n=15) of slecht af en toe (n=5) naar het medicatieschema. Enkelen (n=5) lezen wel alle notities en (n=4) steunen nu volledig op het medicatieschema in de kaft. Deze patiënten zijn ook heel alert op alle inhoud en zullen de huisarts ook aanspreken als er zaken niet correct of onvolledig genoteerd staan.

6. Hoe verloopt de samenwerking met de apotheker?

Onze geïncludeerde patiënten kopen hun medicatie aan bij acht apothekers. Deze betrokken apothekers werden per mail gecontacteerd (bijlage 4 en 5) en waren allemaal gemotiveerd om mee te werken. Ik heb deze apothekers bezocht en met hen de medicatieschema's van de betreffende patiënten overlopen. Zeven van de acht apothekers konden door middel van hun softwareprogramma een medicatieschema op Vitalink uploaden en waren zeer gemotiveerd om samen te werken. De achtste apotheker was op dat moment met zijn softwareprogramma niet in staat om met Vitalink te werken. Daar zou in de nabije toekomst wel verandering in komen.

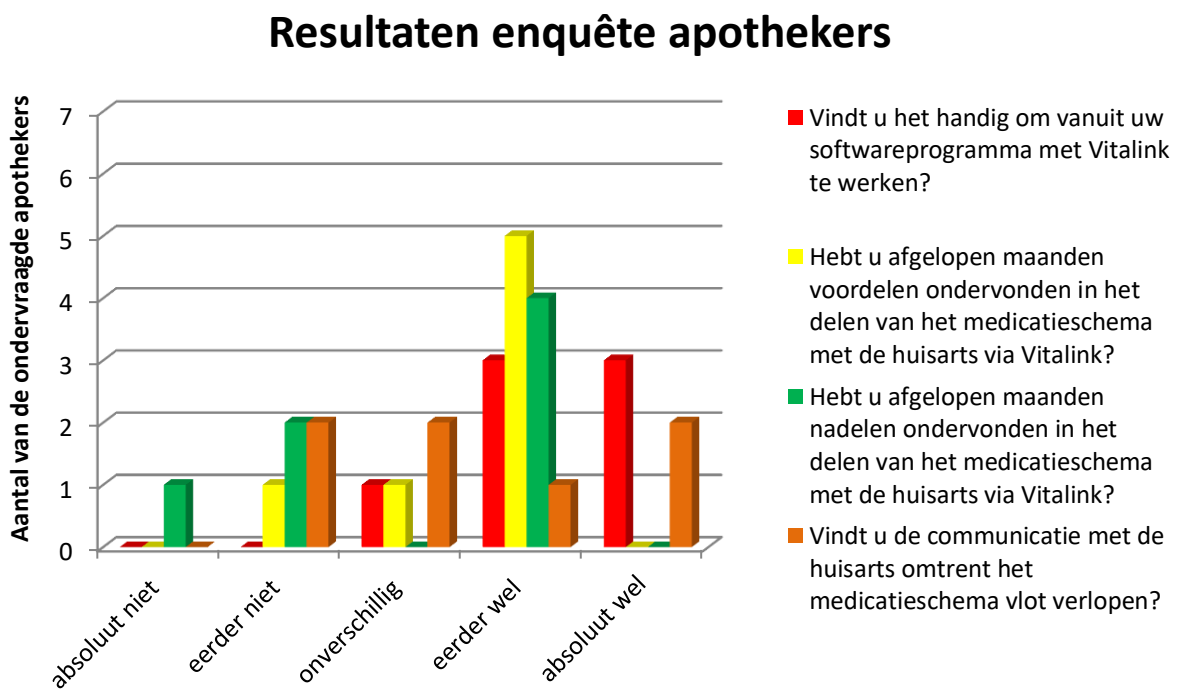
Er werd afgesproken met de apothekers dat wij via de handgeschreven voorschriften zouden communiceren over eventuele medicatiewijzigingen. Vervolgens zouden zij ons gedurende vier maanden inlichten als ze veranderingen in het medicatieschema in Vitalink uploadden. Op die manier konden wij via het EMD nakijken of deze veranderingen bij ons correct geregistreerd werden.

In februari kregen de apothekers een korte enquête (bijlage 7) om de werking met Vitalink en de samenwerking met de huisarts te evalueren. De enquête bestond uit vier meerkeuzevragen en zes open vragen.

Vier apothekers werken met het softwareprogramma Farmad, twee met Greenock en één met Officinall. Al deze softwareprogramma's hebben de mogelijkheid om een medicatieschema te uploaden naar Vitalink. Hieronder ziet u de resultaten van de meerkeuzevragen. Zes van de zeven apothekers vinden het eerder wel of absoluut handig om met Vitalink te werken, één apotheker is hier eerder onverschillig over. Vijf apothekers zeggen eerder wel voordelen te ondervinden in het delen van medicatieschema's. Als motivatie om een medicatieschema via Vitalink te delen worden meerdere redenen gegeven: een overzicht voor huisarts en apotheker, een betere opvolging, een extra communicatiemiddel en het gemak voor de patiënt. Eén apotheker geeft ook het nieuwe concept van huisapotheker als motivatie om een medicatieschema naar Vitalink te uploaden.

Eén apotheker zegt eerder geen voordelen te hebben ondervonden en geeft als reden 'softwareprogramma's komen vaak niet overeen zodat het vaak een warboel wordt op het medicatieschema'. Via de open vragen worden wel meerdere nadelen gemeld. Twee apothekers melden het probleem van het overschrijven van gegevens waardoor mogelijks correcte informatie verloren gaat. Ook verschillende soorten lay-out bij uploaden van informatie door de verschillende softwareprogramma's wordt door drie apothekers als een nadeel gemeld. Eén apotheker meldt een probleem over de verantwoordelijkheid over een medicatieschema. 'Als je een medicatieschema vanuit Vitalink opent en afdrukt, wordt jouw naam toegevoegd als 'verantwoordelijke' van die afdruk terwijl je vaak niet met zekerheid kan zeggen of het schema dat door een andere zorgverlener geüpload werd foutloos is.' Eén apotheker meldt de tijdsinvestering als nadeel.

Drie apothekers zijn positief over het verlopen van de communicatie over het medicatieschema in dit project, twee apothekers zijn onverschillig en twee apothekers vinden dat de communicatie eerder niet vlot is verlopen. Drie apothekers verkiezen om te communiceren via mail, twee apothekers verkiezen communicatie via voorschriftjes en twee apothekers verkiezen telefonische communicatie. Eén apotheker suggereert de noodzaak aan een platform voor beveiligde communicatie tussen huisarts en huisapotheker gelinkt aan de softwarepakketten zonder schending van het beroepsgeheim.



Bespreking

1. Terugkoppelen naar ons doel

Bij de aanvang van ons project hadden we twee grote doelstellingen. Ten eerste streven naar een up-to-date EMD bij de patiënten die systematisch op huisbezoek worden gezien, ten tweede de beschikbaarheid van belangrijke informatie bij de patiënt thuis om goede zorg aan huis te kunnen bieden. Gebaseerd op het *Model for Improvement* (IHI) is het ons gelukt om op basis van de drie fundamentele vragen deze doelstellingen uit te schrijven en door middel van de PDSA-cycli onze doelstelling stapsgewijs te realiseren.

Ik kan concluderen dat we erin geslaagd zijn om na vier maanden een up-to-date EMD te hebben op vlak van medische voorgeschiedenis en medicatieschema bij 90% van de geïncludeerde patiënten. Voor deze analyse hebben we de geïncludeerde populatie overlopen. Deze 41 patiënten zijn voldoende gekend door de twee huisartsen dat als we terugkijken op een periode van vier maanden, dat beide huisartsen wel uit het hoofd kunnen zeggen welke patiënten een nieuw element in de medische voorgeschiedenis (heupoperatie, hospitalisatie owv pneumonie – hartfalen,….) hebben doorgemaakt. Vervolgens heb ik nagekeken of deze veranderingen ook geregistreerd waren in het EMD en dat was het geval. Tegelijkertijd moeten we opmerken dat er in een periode van vier maanden slechts bij drie patiënten een nieuw element in de medische voorgeschiedenis is geweest. Dit maakt dat het geen grote uitdaging was om dit overzichtelijk aantal veranderingen nauwkeurig te rapporteren. Het bekomen van een correct medicatieschema verliep moeizamer. De meest opvallende problemen waren het verdwijnen van medicatielijnen, het dubbel verschijnen van medicatielijnen en een andere lay-out bij de medicatie die door de apotheker werd toegevoegd. Na enige tijd heeft een apotheker me verteld dat er softwareproblemen zijn in de werking met Vitalink. Dit was me nog niet duidelijk geworden omdat we met drie verschillende artsen, zeven apothekers en vier verschillende softwarepakketten werkten, en uiteraard verschillen de problemen per softwarepakket. Vervolgens ben ik in de literatuur gaan zoeken en vond daar ook de zeer recente opiniestukken en open brieven die dezelfde problemen aankaarten. Toch merk ik dat er bij apothekers een motivatie blijft om te communiceren en samen te werken dus hopen wij dat de software ons daar snel 100% in kan ondersteunen.

Het interview met de artsen leert ons dat we alert moeten zijn om het opgezette systeem vol te houden. De eerste update van een EMD vraagt veel tijd, vooral wanneer we moeten vertrekken van een bijna blanco EMD. Het zal een uitdaging blijven om bij andere patiënten het EMD up-to-date te houden vanaf de start van de huisbezoeken.

Onze tweede doelstelling: het beschikbaar hebben van belangrijke informatie bij de patiënt thuis laat al enkele sporen van onvolledigheid zien. Het invullen van de labo's blijft vaak achterwege, de SOEP-registratiebladen raken vol en patiënten bezoeken hun ziekenhuisspecialist van wie de info ook in de kaft terecht moet komen. Een nazicht van de kaften leerde ons dat de thuisdossiers toch nog grotendeels in orde zijn. De kaft kan ook enkel betrouwbaar zijn als ze up-to-date blijft. Dat vraagt het engagement en een tijdsinvestering van iedere arts. Uit het interview bleek dat beide artsen tevreden zijn over de opbouw van het thuisdossier alsook een grote motivatie hebben om ermee verder te gaan. Toch lijken de artsen erop te steunen dat ik hen blanco SOEP-papieren aanreik en hen aanmoedig om de labo's te blijven invullen. Daarnaast heb ikzelf de meeste aandacht voor het correcte medicatieschema en werk ik vaker de kleine foutjes bij. In dat opzicht ben ik niet zeker of de artsen deze werkwijze identiek zullen verder zetten als ik over een half jaar vertrek uit de praktijk.

We kunnen concluderen dat we onze doelstellingen hebben bereikt. Maar de opstart van dit project vereiste een grotere inspanning dan verwacht en er is een blijvende inzet nodig om het nieuwe verbeterde systeem vol te houden.

2. Terugkoppelen naar bevindingen van de literatuur

Informatie bij de patiënt bewaren

Onze patiënten ervaren de aanwezigheid van de medische informatie als positief. Tegelijkertijd raadpleegt de meerderheid de informatie niet. Geen enkele patiënt heeft het thuisdossier als bron van angst ervaren. Dit komt overeen met de bevindingen uit eerdere manama thesissen waarbij jonge patiënten eerder wel hun medische informatie willen inkijken, terwijl ouderen hun medische informatie niet raadplegen.

Medicatieschema up-to-date houden

De literatuur en een eerdere ervaring in de praktijk leerde ons dat het werken met enkel een papieren schema en de patiënt als boodschapper geen grote vermindering van fouten in het medicatieschema gaf. In onze praktijk is er dan ook een grote motivatie om gebruik te maken van de nieuwe eHealth toepassingen. Daarom kozen we voor Vitalink en een samenwerking met de apotheker. Sinds de start van het concept huisapotheker op 1 oktober 2017 zijn apothekers ook onafhankelijk van ons project actiever met Vitalink aan de slag gegaan. Alle aanpassingen die werden doorgegeven door de apothekers werden in ons softwarepakket toegevoegd. Toch ging het soms mis. De verschillende software programma's werken met een andere lay-out wat problemen geeft bij de upload in Vitalink. Dit geeft soms onoverzichtelijke medicatieschema's. Daarnaast is er niet de optie om eenvoudig één geneesmiddel toe te voegen. Dus elke nieuwe upload naar Vitalink door apotheker of huisarts overschrijft het bestaande medicatieschema in Vitalink. Hierdoor ging meermaals informatie verloren. Oude medicatieschema's blijven ook niet bewaard. Als er bijvoorbeeld een antibioticakeur wordt geregistreerd en na afloop wordt er een nieuw medicatieschema afgedrukt, dan is er niet de mogelijkheid om via Vitalink de periode van die antibioticakuur terug op te vragen. Dit zijn beperkingen die wij als nadelig hebben ervaren in het gebruik.

Wij hebben in ons project, met de deelnemende softwareprogramma's, dus nog geen feilloze samenwerking met Vitalink kunnen ervaren.

Samenwerking tussen arts en apotheker

Wij konden op een grote inzet van de apothekers rekenen voor het opstellen en delen van medicatieschema's. Mede door het concept huisapotheker hebben zij een grote motivatie om voor een overzichtelijk medicatieschema te zorgen waar zowel de patiënt, de apotheker als de huisarts voordeel uit kan halen. Vitalink werd ontwikkeld om een medicatieschema digitaal ter beschikking te hebben voor de drie partijen. Echter hebben wij in de praktijk ook de praktische problemen ervaren om met verschillende softwaresystemen informatie naar Vitalink te uploaden. Hierdoor hadden apothekers soms te weinig vertrouwen in de informatie op Vitalink. Bijgevolg verkiezen zij om een medicatieschema te maken in hun eigen softwareprogramma en dat af te drukken en mee te geven aan de patiënt. Hiermee gaat uiteraard het voordeel verloren dat het medicatieschema via Vitalink automatisch in ons EMD terecht komt. Ik besluit dat de inzet van beide partijen groot is, maar dat softwareproblemen een vlotte werking nog steeds bemoeilijken.

3. Eigen reflectie

Ik ben tevreden over het verloop en het bereikte resultaat van dit project. Het *Model for Improvement* gaf duidelijke handvaten om dit kwaliteitsverbeterproject systematisch aan te pakken. De drie fundamentele vragen zoals uitgewerkt in de methode waren een belangrijke leidraad in de voorbereiding om ons project doordacht op te zetten. Vervolgens boden de PDSA-cycli een goede begeleiding om de geplande verandering in kleine acties door te voeren met ruimte voor falen en herpakken.

Ook de SWOT-analyse was een dankbaar instrument. Het gaf structuur aan een uitgebreid overleg met mijn opleiders om de sterktes-zwaktes en kansen-bedreigingen van ons project in kaart te brengen en onze strategie bij te sturen waar nodig.

Toch verliepen veel stappen trager dan ik had verwacht. De opstartfase waarin de blanco EMD's geüpdatet moesten worden vroeg veel tijd. Per patiënt moest uit tientallen ziekenhuisverslagen de relevante medische voorgeschiedenis gedistilleerd worden en dat was een arbeidsintensieve klus. Dit moest naast de dagelijkse consultaties gebeuren wat maakte dat het zes maanden duurde voor de thuisdossiers de deur uitgingen. Dit deed me dan ook inzien dat het belangrijk is om in de dagelijkse praktijk systematisch te werken om een EMD up-to-date te houden doorheen de jaren bij alle patiënten.

Daarnaast durf ik in vraag stellen of we de beste keuzes hebben gemaakt in ons project. Na amper vier maanden blijken de beschikbaarheid van laboresultaten, specialistenverslagen en een correct medicatieschema een zwak punt. De motivatie voor een goede samenwerking met de apotheker en Vitalink zou moeten bijdragen tot de beschikbaarheid van een correct medicatieschema. Echter naast de softwareproblemen zijn de vereiste tijdsinvestering en het vertraagd verlopen van de communicatie met de apotheker toch mede oorzaak dat er fouten in het medicatieschema sluipen.

In onze praktijk is het voorlopig niet haalbaar om een digitaal toestel mee op huisbezoek te nemen. Toch denk ik dat dat, samen met een optimalisatie van de integratie van Vitalink in de verschillende softwareprogramma's, voor betere eindresultaten kan zorgen. Met andere woorden: als we het EMD wel mee op huisbezoek kunnen nemen, zal dit leiden tot een beter up-to-date EMD en uiteraard ook voor de beschikbaarheid van belangrijke informatie uit het EMD bij de patiënt thuis. Tegelijkertijd ben ik optimistisch en blijf ik achter ons project en de verderzetting staan. Mede omdat ons project zorgt voor de beschikbaarheid van medische informatie op papier bij de patiënt thuis. Zo is niet alleen de vaste huisarts, maar ook de HAIO of huisarts van wacht correct geïnformeerd bij een eerste huisbezoek aan de patiënt.

Besluit

In onze nieuwe aanpak werken we samen met andere eerstelijnszorgverstrekkers om tot een beter resultaat te komen. Ook maken we gebruik van de nieuwe e-health toepassingen en dit is vooruitstrevend te noemen. Tegelijkertijd is de tijdsinvestering per huisbezoek toegenomen en zijn er nog haperingen aan de werking van Vitalink vanuit de softwareprogramma's. Toch denk ik na deze geslaagde eerste periode dat dit praktijkverbeterproject voldoende doordacht is en dat er voldoende motivatie aanwezig is bij de betrokken partijen om dit project ook op lange termijn succesvol verder te zetten.

Bronnen

1. How to improve. Beschikbaar via: http://www.ihi.org/resources/Pages/Howto Improve/default.aspx Geraadpleegd in januari 2017
2. Vitalink. Beschikbaar via: www.vitalink.be/ Geraadpleegd in maart 2017
3. Coessens G. Hoe staan huisartsen tegenover het delen van medische informatie met patiënten: een kwalitatief onderzoek. Masterproef huisartsgeneeskunde. UGent; 2016-2017
4. Cornelis L. Ideeen in verband met gebruik en delen van eigen medische informatie; standpunt van de patiënt. Een kwalitatief onderzoek. Masterproef Huisartsgeneeskunde. Universiteit Gent; 2014-2015
5. Matthew J. Witry, PharmD; William R. Doucette, PhD; Jeanette M. Daly, PhD; Barcey T. Levy, PhD, MD; and Elizabeth A. Chrischilles, PhD. Family Physician Perceptions of Personal Health Records. Perspectives in Health Information Management, Winter 2010
6. Delbare F. Het thuisdossier: Ontwerp en implementatie. Masterproef huisartsgeneeskunde. Universiteit Gent; 2013-2015
7. Molokhia M, Majeed A. Current and future perspectives on the management of polypharmacy. BMC Family Practice. 2017 18:70.
8. Zarif-Yeganeh et al. Incidence of medication Discrepancies and its predicting factors in emergency department. Iran J Public Health. 2017 Aug;46(8):1086-1094.
9. Jäger C et al. Impact of tailored program on the implementation of evidence-based recommendations for multimorbid patients with polypharmacy in primary care practices – results of a cluster-randomized controlled trial. Implementation Science. 2017 12:8.
10. H. Storms, N. Claes, L. Hulshagen, S. Conings en K. Nelissen. Bevindingen van zorgverleners bij de implementatie van een papieren medicatieschema. Farmaceutisch tijdschrift, 2014, 3:24-29
11. Vandenbulcke A. Medicatieregistratie: een administratieve uitdaging voor de huisarts. Masterproef huisartsgeneeskunde. Universiteit Gent; 2013-2015
12. De Munck P. De chronische medicatielijst op huisbezoek: een nuttig instrument voor andere hulpverleners dan de behandelende huisarts? Masterproef huisartsgeneeskunde Universiteit Gent; 2013-2015
13. Bepalen welke zorgverlener toegang heeft tot uw gegevens. Beschikbaar via: http://www.vitalink.be/bepalen-welke-zorgverlener-toegang-heeft-tot-uw-gegevens Geraadpleegd in mei 2017
14. Lambregts T. Vitalink: een online medicatieschema. Initiële resultaten van een haalbaarheidsonderzoek. Masterproef Huisartsgeneeskunde. Universiteit Antwerpen; 2012-2013
15. Vansintjan S. Online Medicatieschema's: Toegevoegde Waarde of Extra last? Masterproef Huisartsgeneeskunde. Universiteit Gent; 2016-2017
16. Lenander C, et al. Effects of a pharmacist-led structured medication review in primary care on drug-related problems and hospital admission rates: a randomized controlled trial. Scandinavian journal of primary health care 2014; 32: 180-186.
17. Hsiang-Wen Li, et al. Economic outcomes of pharmacist-physician medication therapy management for polypharmacy elderly: a prospective, randomized, controlled trial. Journal of the Formosan medical association 2017; xx:1-9.
18. Vancaillie J. Samenwerking tussen huisarts en apotheker via het medicatieschema. Masterproef Huisartsgeneeskunde. Universiteit Gent; 2014-2016
19. Van Hulle C. Hoe goed kennen huisarts en apotheker het medicatieschema van hun patiënt? Masterproef Huisartsgeneeskunde. Universiteit Gent. 2013-2015
20. Begeleiden van chronische patiënten als huisapotheker. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/apothekers/Paginas/huisapotheker-begeleiden-chronische-patienten.aspx#Waaruit_bestaat_de_functie_'huisapotheker Geraadpleegd in februari 2018.

21. Huisapotheker – een belangrijke evolutie voor uw toekomst. Beschikbaar via: https://www.corilus.be/nl/greenock/apothekers/blog/huisapotheker-een-belangrijke-evolutie-voor-uw-toekomst Geraadpleegd in maart 2017
22. Open brief aan minister De Block betreffende Vitalink Beschikbaar via: https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/open-brief-aan-minister-de-block-betreffende-vitalink-dr-paul-corty.html Geraadpleegd in maart 2018
23. Medicatieschema: “Attitude van sommige apothekers is onverantwoord” (dr. Michel De Munck) Beschikbaar via: https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/medicatieschema-ldquo-attitude-van-sommige-apothekers-is-onverantwoord-rdquo-dr-michel-de-munck.html Geraadpleegd in maart 2018
24. Vitalink – Recht van antwoord. Beschikbaar via: http://www.vlaamsapothekersnetwerk.be/index.php/informatie/nieuws/255-recht-van-antwoord Geraadpleegd in maart 2018
25. FAQ Huisapotheker: Moet ik mijn gegevens delen via ‘Vitalink’. Beschikbaar via: https://www.kava.be/faq-huisapotheker Geraadpleegd in maart 2018
26. Meld uw perikelen met het vitalink medicatieschema bij eenlijn.be Beschikbaar via: https://www.numerikare.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/meld-uw-perikelen-met-het-medicatieschema-bij-eenlijn-be.html Geraadpleegd in maart 2018
27. Wet 'Rechten van de patiënt' - In een goede relatie weet je wat je aan mekaar hebt. Beschikbaar via: https://www.health.belgium.be/nl/wet-rechten-van-de-patient-een-goede-relatie-weet-je-wat-je-aan-mekaar-hebt Geraadpleegd in maart 2017.

Bijlagen

1. Stappenplan samenstellen medisch thuisdossier chronische patiënt

1. *Aanvullen identiteitsgegevens patiënt in EMD*
    a. *Care connect vraagt eID-kaartnummer en rijksregisternummer. Deze zijn handmatig in te voeren of dmv inscannen barcode op eID*
2. *Aanvullen gegevens contactpersoon in EMD*
    a. *Bij Patiënt info (komt niet automatisch in voorblad, moet overgeschreven worden ☹)*
3. *Registratie van de medicatie in EMD*
    a. *Alle gebruikte medicatie: chronische en sporadisch, voorgeschreven en OTC*
    b. *Met die nauwkeurigheid dat een vitalink schema gegenereerd kan worden:*
        i. *Juiste toedieningsvorm, dosis en posologie*
        ii. *Er kunnen weekschema's, maandschema's geregistreerd worden voor bijvoorbeeld methotrexaat, Vit D, Xgeva, Aclasta,…*
    c. *Synchroniseren van het medicatieschema met Vitalink*
    d. *Afdrukken van medicatieschema*
4. *Update relevante voorgeschiedenis, gecodeerd in EMD*
    a. *Alle relevante medische antecedenten*
    b. *Belang van juiste jaartal te registreren. Indien exacte datum niet gekend, kies 1 januari van het juiste jaartal.*
    c. *Zo nodig aanvullende informatie vermelden. Bijvoorbeeld eventuele complicaties bij heelkunde, restverschijnselen na CVA, MMSE na opname geriatrie, duur behandeling na longembolie,…*
    d. *In geval van oncologisch antecedent: toegepaste behandelingsstrategieën (radiotherapie, chemotherapie, heelkunde), wel of geen meta's, huidig follow-up schema…..*
5. *Registreren van actieve chronische ziekten ook bij zorgelementen*
    a. *Nierinsufficiëntie - Diabetes mellitus - COPD – Astma - Cardiovasculair belast*
    b. *Duidelijk te registreren: ernst / graad van de aandoeningen, frequentie van opstoten of acute achteruitgang, frequentie controle specialist, op te volgen labo-parameters*
6. *Registreren van allergieën en intoleranties*
    a. *Bij 'uitroepteken' = aandachtspunt (komt wel automatisch op voorgeschiedenis blad)*
7. *Tabel met op te volgen laboparameters*
    a. *Voor elke patiënt dezelfde standaard parametertabel*
        Er is ruimte voor 2 extra parameters
8. *Opstellen van een kaftje:*
    a. *Informatieblad (hoeft geen handtekening)*
    b. *Voorblad: 'Medisch dossier, strikt vertrouwelijk'*
    c. *Ingevuld sjabloon 'thuisdossier chronische patiënt'*
    d. *Tabel met correct Vitalink medicatieschema*
    e. *SOEP-registraties consultatie => zescontacten per A4*
    f. *Blad met tabel voor opvolging laboparameters*
    g. *Eventueel blad voor inr*
    h. *Eventueel relevant hospitalisatieverslag*

Huisartsenpraktijk
Nieuwmoer-Dorp 14
2920 Kalmthout
03/667.35.50

Medisch thuisdossier
Strikt Vertrouwelijk

Patientgegevens:
Axxxxx Bxxxxx
19/08/1937
Nieuwmoerdorp xx
2920 KALMTHOUT

Gegevens contactpersoon:
Naam:Rxxx Bxxxxx (dochter)
Tel: 04/99.88.77.66

Bxxxxx Axxxxx
INSZ: 37081914001
19/08/1937
Nieuwmoerdorp xx
2920 KALMTHOUT

Medische voorgeschiedenis

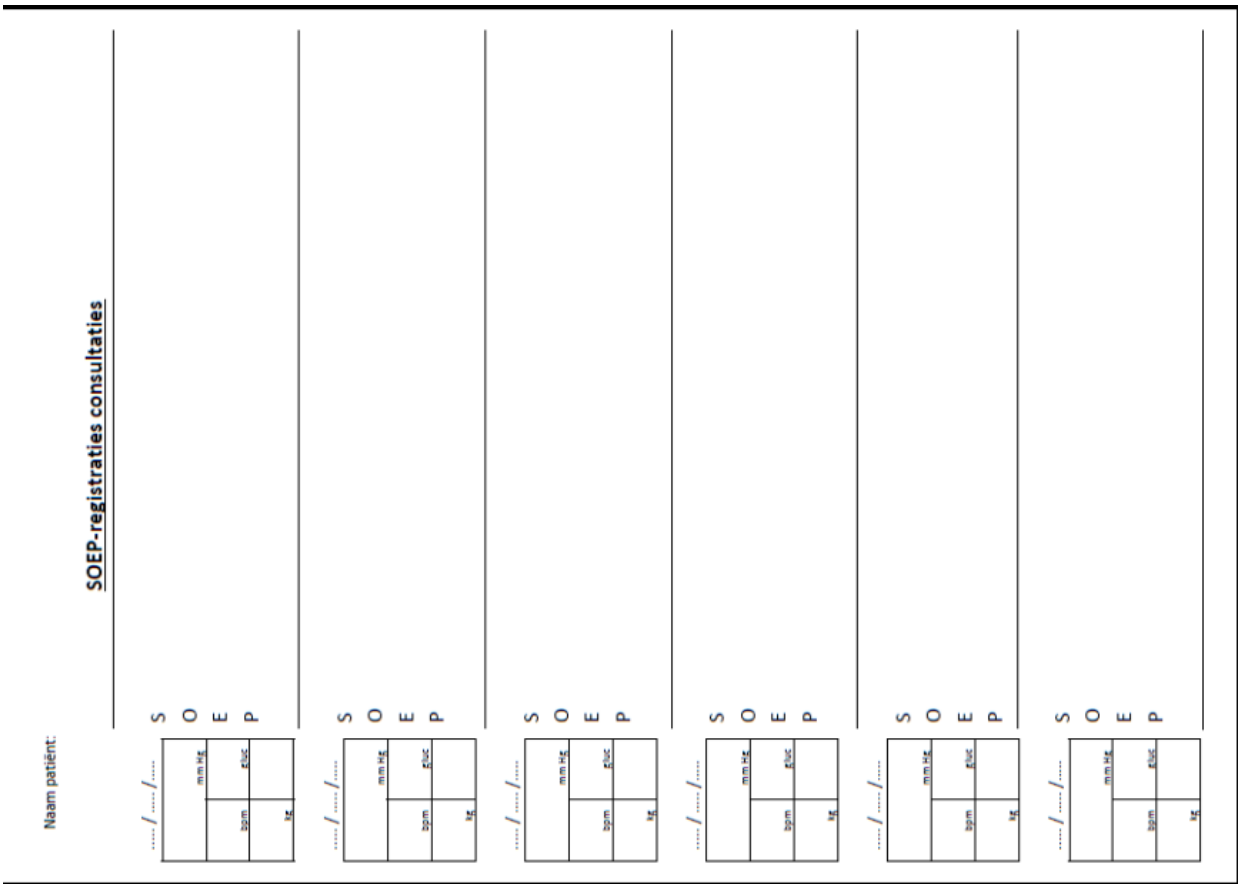
- 30/10/2016 vallen
  Beschrijving: ? op basis van CVA met linker hemibeeld. Restverschijnselen: beperkte mobiliteit
- 18/07/2013 acute nierinsufficiëntie
  Beschrijving: tijdens opname obv Vimovo
- 01/01/2013 osteoporotische wervelfractuur
  Beschrijving: L3
- 14/04/2008 cardiale pacemaker aanwezigheid
  Beschrijving: owv 2e graad AV blok 03/2017: batterij vervangen, pt helemaal pacemaker afhankelijk
- 01/01/2007 aorta hartklepincompetentie
  Beschrijving: slerose, matig
- 01/01/2007 linker bundeltakblock

Therapeutische voorgeschiedenis

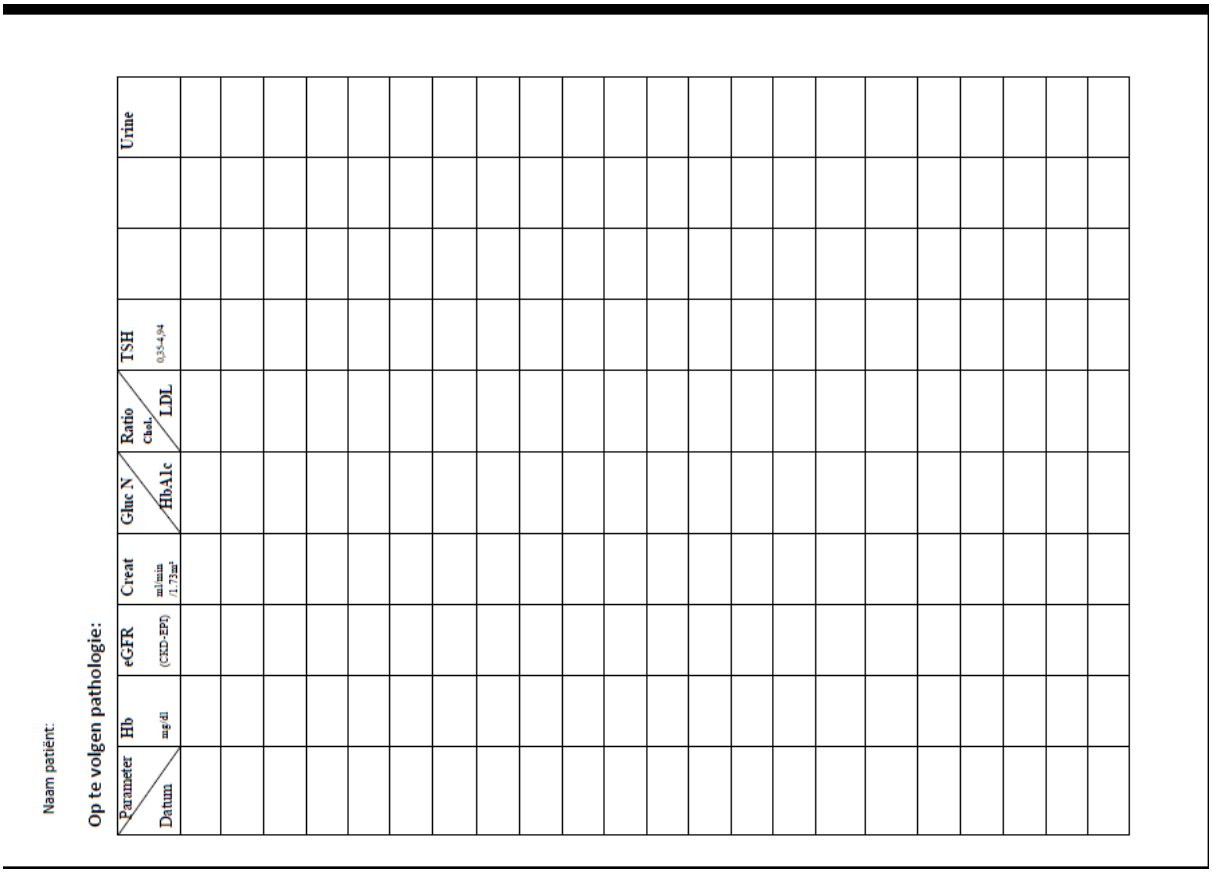
- 01/01/2011 totale heupprothese
  Beschrijving: links

Allergieën en intoleranties

2.3 SOEP-registraties en parameters



2.4 Laboparameters



2.5 Vitalink medicatieschema

[redacted]

Laatst gewijzigd door: Dr. Aernouts Gitte
Laatst gewijzigd op: 23/09/2017 14:39

Afgedrukt door: Dr. Devlies Liesbet Hilda
Afgedrukt op: 03/10/2017 18:13
Versie: 4

Chronisch

	Freq.	Start	Eind	Inname / eenheid		ontbijt				middagmaal				avondmaal					Info
					nuchter	voor	tijdens	na	tussen	voor	tijdens	na	tussen	voor	tijdens	na	tussen	voor slapen	
Aldactone filmomh. tabl. 50x 25mg	Dagelijks	06/02/12					1												
Burinex tabl. (deelb.) 30x 1mg	Dagelijks	06/02/12					1												
Emconcor filmomh. tabl. (deelb.) 56x 10mg	Dagelijks	06/02/12					1												
Molaxole oploss. (pdr., zakjes) 30x	Dagelijks	26/12/16		zakje			1												
SANDOZ CALCIUM D3 KAUWTABLETTEN 90X1000 MG/880IE	Dagelijks	10/09/17		tablet												1			
Stilnoct filmomh. tabl. (deelb.) 30x 10mg	Dagelijks	23/05/17		tablet														1	
Marcoumar tabl. (deelb. in 4) 25x 3mg	week-Ma	06/02/12					1/2												
	week-Di	06/02/12					3/4												
	week-Wo	06/02/12					3/4												
	week-Do	06/02/12					3/4												
	week-Vr	06/02/12					1/2												
	week-Za	06/02/12					3/4												
	week-Zo	06/02/12					3/4												

Dit medicatieschema wordt beheerd door uw zorgteam en gedeeld via Vitalink. Meer informatie vindt u op www.vitalink.be/toelichtingms/

2.6 INR blad

Naam patiënt:

Blad INR	Weekschema							
Datum	INR	ma	di	woe	do	vrij	za	zo

Blad INR	Weekschema							
Datum	INR	ma	di	woe	do	vrij	za	zo

3. Inlichtingenbrief voor de patiënt

Kalmthout, 24/03/2017

Beste patiënt,

Ik ben Gitte Aernouts, de nieuwe huisarts-in-opleiding sinds september 2016. U hebt me misschien al eens gezien. In het kader van mijn laatste twee jaren opleiding moet ik een eindwerk maken. Samen met dokter Paul Van Dyck en dokter Liesbet Devlies hebben we beslist om een medisch thuisdossier op te stellen voor de patiënten die steeds thuis bezocht worden en niet meer naar de praktijk komen.

Dit thuisdossier zal bestaan uit een kaftje waarin de volgende informatie wordt verzameld:

- een blad waarop jouw medische voorgeschiedenis staat
- een tabel met je medicatieschema
- een tabel met belangrijke bloeduitslagen
- bladzijden waarop we jouw klachten en bloeddruk steeds noteren

Misschien heb je al een schriftje waarin wij steeds notities maken? Dan gaan we dat nu veranderen in een kaftje zodat we er ook extra papieren in kunnen steken.

Elke keer als een dokter op huisbezoek komt, mag je het kaftje klaarleggen. Dan kunnen wij steeds jouw bloeddruk, eventueel de uitslag van een bloedonderzoek of veranderingen aan de medicatie noteren. Ook als er een dokter van wacht komt, laat je best het kaftje zien. Zo weet de wachtdokter ook wat jouw medische voorgeschiedenis is en welke medicatie jij neemt.

Voor het medicatieschema gaan we ook samenwerken met de apotheker. Als er veel verandert aan je medicatie kunnen wij, of de apotheker, een nieuw schema afdrukken zodat je weer een ordelijke tabel hebt.

Is deze informatie over het kaftje duidelijk?

Vind je het goed dat we voor jou ook een kaftje maken dat jij steeds thuis bewaart?
Als jij of je familie nog vragen hebben, mogen ze mij zeker contacteren via het nummer van de praktijk.

Met vriendelijke groeten

Dokter Gitte Aernouts
Huisarts-in-opleiding

4. Begeleidende mail voor apotheker

Geachte apotheker,

Ik ben Gitte Aernouts, huisarts-in-opleiding bij dokter Liesbet Devlies en dokter Paul Van Dyck in Nieuwmoer-dorp. Naar aanleiding van mijn thesis willen wij onder andere een up-to-date Vitalink medicatieschema nastreven bij de patiënten die systematisch thuis worden bezocht en niet meer naar de praktijk komen. In bijlage vindt u de uitgebreide informatiebrief.

Wij vermoeden dat het in uw apotheek over een *X-tal* gaat.

Ziet u een samenwerking voor dit project mogelijk?

Zou ik eens mogen langskomen om de medicatieschema's van deze patiënten kort te overlopen zodat we met de zelfde informatie beginnen?

Uiteraard hoor ik dan graag ook voordelen of valkuilen die u ziet in dit project.

Ik kijk uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groeten,

Gitte Aernouts

Huisarts-in-opleiding

5. Uitgebreide informatiebrief voor de apotheker

Kalmthout 05-08-2017

Geachte apotheker,

Betreft: Vitalink medicatieschema mbt thesis HAIO Gitte Aernouts

Ik ben Gitte Aernouts, huisarts in opleiding bij dokter Liesbet Devlies en dokter Paul Van Dyck. In kader van mijn opleiding werk ik sinds enkele maanden aan een thesis met de titel: 'Hoe bekomen we een up-to-date elektronisch medisch dossier bij 70-plussers die omwille van chronische aandoeningen en beperkte mobiliteit steeds thuis bezocht worden?'[11] Er zijn 41 patiënten geïncludeerd waarvan een aantal patiënten steeds bij u komen om hun medicatie te kopen.

Om het medicatieschema up-to-date te houden in het EMD steunen we op Vitalink. Het medicatieschema wordt geregistreerd en we zullen een uitgeprinte versie bij de patiënt bewaren. Echter het is zeer waarschijnlijk dat er op termijn veranderingen komen in dit medicatieschema en daarbij willen wij uw medewerking vragen. Via de voorschriften, die nog steeds handgeschreven zullen zijn, zal u ook op de hoogte gebracht worden van veranderingen in het medicatieschema. Wij zouden u willen vragen of u deze veranderingen ook wil registreren in Vitalink. Uiteraard willen wij de verantwoordelijkheid van een correct Vitalink medicatieschema niet naar u schuiven. Wel durven wij uw medewerking vragen om aanpassingen mee te registreren.

Kleine of tijdelijke veranderingen (vb Burinex 3 dagen 1x2mg ipv 1x1mg) kunnen wij handmatig aanpassen op de uitgeprinte versie, mogelijks zal u dit ook niet altijd merken op basis van de voorschriften. Echter het innemen van een antibioticakuur, het veranderen van een dosis en dergelijke meer dienen wel degelijk correct geregistreerd te worden. Wij trachten dit in orde te

[1] Het betreft een praktijk verbeterend project geregistreerd onder het Belgisch registratienummer B300201731913 en goedgekeurd door het ethisch comité verbonden aan het universitair ziekenhuis Antwerpen op 20 maart 2017.

houden. Toch willen wij u vragen om dit te registreren als de patiënt bij u komt en blijkt dat de medicatieverandering nog niet aangepast is in Vitalink. Zou u willen meewerken aan dit project en op basis van de voorschriften die patiënten meebrengen eventuele verandering aan het medicatieschema registreren in Vitalink?

Wij zullen ook jaarlijks het medicatieschema grondig nakijken en eventueel een vernieuwde versie uitprinten en bij de patiënt bewaren. Nu zou het kunnen dat er plots grote aanpassingen gebeuren in het medicatieschema (vb na een ziekenhuisopname). Is het mogelijk om in dergelijke, eerder uitzonderlijke, gevallen een nieuw medicatieschema af te drukken voor de patiënt?

Het betreft een praktijk verbeterend project dus we proberen doordachte veranderingen door te voeren en zullen vervolgens evalueren of dit haalbaar is of aangepast moet worden. Het project wordt per protocol uitgevoerd, maar de exacte weg ernaartoe ligt niet vast. We starten met het hierboven beschreven plan en twijfel niet om problemen of struikelblokken die u ondervindt te melden via mijn email adres: gitte_aernouts@hotmail.com.

Het project begint te lopen vanaf juni 2017. In kader van de thesis zal er grondige evaluatie zijn in januari 2018. Uiteraard is het opzet om dit project vervolgens verder te laten lopen onafhankelijk van de thesis.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben. Voor vragen ben ik steeds bereikbaar.

Met vriendelijke groeten,

Dokter Gitte Aernouts

Huisarts in opleiding

Universiteit Antwerpen

6. Vragenlijst voor de patiënten

Vragenlijst over de patiënten tevredenheid na het invoeren van een thuisdossier

Naam patiënt: ……..

1. **Vind je het goed om thuis een kaft te hebben van de huisarts?**

   Ik vind het niet goed - het maakt niet uit - ik vind het beter

2. **Vind je de zorg door de huisarts beter sinds de aanwezigheid van de kaft?**

   Ik vind de zorg slechter - het maakt niet uit - ik vind de zorg beter

3. **Lees je de notities die de artsen maken in de kaft?**

   Nooit - af en toe - meestal wel - allemaal

4. **Gebruik je het medicatieschema dat in de kaft zit?**

   Nooit - af en toe - meestal wel - altijd

5. **Heb je nadelen ondervonden sinds de aanwezigheid van de kaft?**

   Nooit - af en toe - meestal wel - altijd

Opmerkingen:

……

……

……

7. Enquête apothekers

1.Met welke softwareprogramma werkt u?

2.Kan u vanuit uw softwareprogramma een medicatieschema uploaden naar Vitalink?

- ◯ Ja
- ◯ Nee

3.Vindt u het handig om vanuit uw softwareprogramma met Vitalink te werken?

Absoluut niet	Eerder niet	Onverschillig	Eerder wel	Absoluut wel
◯	◯	◯	◯	◯

4. Hebt u de afgelopen maanden voordelen ondervonden in het delen van het medicatieschema met de huisarts via Vitalink?

Absoluut niet	Eerder niet	Onverschillig	Eerder wel	Absoluut wel
◯	◯	◯	◯	◯

5.Wat motiveert u om het medicatieschema via Vitalink met de huisarts te delen?

6. Hebt u afgelopen maanden nadelen ondervonden in het delen van het medicatieschema met de huisarts via Vitalink?

Absoluut niet	Eerder niet	Onverschillig	Eerder wel	Absoluut wel
◯	◯	◯	◯	◯

7. Wat zijn voor u de struikelblokken in het delen van het Vitalink medicatieschema met de huisarts?

8.Vindt u de communicatie met de huisarts omtrent het medicatieschema vlot verlopen?

Absoluut niet	Eerder niet	Onverschillig	Eerder wel	Absoluut wel
◯	◯	◯	◯	◯

9. Welke manier van communiceren over het medicatieschema verkies je?

- ◯ Telefonisch
- ◯ Per mail
- ◯ via voorschriftjes

Overige (geef nadere toelichting)

10. Hieronder kan u vragen, opmerkingen en suggesties formuleren.

8.. Goedkeuring ethisch comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Dr. S. Anthierens
Universiteit Antwerpen
ELIZA (Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen)
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Hoe bekomen we een up-to-date medisch dossier bij 70-plussers die omwille van chronische aandoeningen en beperkte mobiliteit steeds een huisbezoek krijgen? (manama huisartsgeneeskunde Gitte Aernouts)

Belgisch Registratienummer: B300201731913

datum	ons kenmerk	contactpersoon
20/03/2017	17/10/107	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 20/03/2017.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Dr. Aernouts
- Protocol dd. 28/02/2017
  versie 001
- Informatiebrief voor de patiënt dd. 28/02/2017
  versie 001
- Vragenlijst(en) dd. 28/02/2017
  versie 001
- Diverse
  - Demodossier
  - Tabel met de verzamelde informatie

9. Protocol

Afkortingen

EMD = elektronisch medisch dossier
Sumehr = summarized electronic health record

Doelstelling en verantwoording:

Dit praktijk verbeterend project betreft de EMD's van patiënten boven de 70 jaar met chronische aandoeningen die omwille van beperkte mobiliteit niet meer tot de praktijk komen. In onze praktijk gebeuren gemiddeld wekelijks zo'n 28,4 huisbezoeken waarvan 14,7 bij patiënten die door beperkte mobiliteit niet meer tot in de praktijk komen.
Mijn eerste maanden in de praktijk merkte ik dat bij deze patiënten het elektronisch medisch dossier vaak niet of onvolledig is ingevuld. Toch hebben deze patiënten, een oudere populatie, vaak een uitgebreide medische voorgeschiedenis en een complex medicatieschema. In onze praktijk lijkt het niet evident om het elektronisch medisch dossier up-to-date te houden als het dossier niet bij de hand is, zoals tijdens een huisbezoek. Toch is er bij onze artsen geen discussie over het belang van een goed medisch dossier en de voordelen van het elektronisch medisch dossier.
Enerzijds zijn er recent de mogelijkheden van Sumehr en het Vitalink medicatieschema, twee digitale tools die belangrijke medische informatie vanuit het EMD digitaal beschikbaar maken voor artsen die een therapeutische relatie met de patiënt kunnen aantonen. Dit zijn zeer waardevolle tools maar ze kunnen hun doel niet bereiken als het EMD niet volledig is ingevuld.
Anderzijds is er nood aan de belangrijke medische informatie bij de patiënt thuis. Dit omdat in onze groepspraktijk de huisbezoeken niet steeds door dezelfde arts gebeuren en het dus moeilijk is de medische toestand op te volgen zonder informatie ter plaatse, wat de continuïteit van zorg niet ten goede komt.
De artsen erkennen dit zwakkere punt en er is dan ook grote motivatie om met zijn allen te werken aan een kwaliteit verbeterend project rond de EMD's van de patiënten die steeds thuis bezocht worden.

Onderzoeksvraag

1. Hoe generen we een up-to-date EMD bij de chronische patiënten die steeds thuis bezocht worden?
2. Hoe houden we het elektronisch medisch dossier up-to-date?
3. Hoe houden we deze informatie up-to-date in het papieren thuisdossier?

Methodologie

Dit project wordt uitgewerkt als een kwaliteitsverbeterproject aan de hand van model for improvement (IHI). Dit model for improvement is een veelgebruikt model in de medische sector en gebaseerd op 2 hoekstenen: (1) het beantwoorden van drie fundamentele vragen en (2) veranderingen doorvoeren door middel van Plan-Do-Study-Act cycli.

De 3 fundamentele vragen:

1. Wat proberen we te bereiken?

Onze doelgroep zijn 70-plussers die omwille van beperkte mobiliteit en chronische aandoeningen niet meer naar de praktijk komen maar steeds een huisbezoek krijgen. Bij deze patiënten streven we naar een up-to-date EMD en de beschikbaarheid van belangrijke medische informatie bij de patiënt thuis. Deze thuisinformatie willen we eenvoudig kunnen afleiden uit een up-to-date EMD. Onder belangrijke informatie verstaan we: de voorgeschiedenis, de medicatielijst en op te volgen laboparameters. We trachten dit te bereiken bij de volledige groep die voldoet aan de inclusie criteria, namelijk achtenveertig patiënten. Voor de opstartfase voorzien we zes maanden. Na zes weken en drie maanden zullen we samen zitten om de vorderingen en eventuele moeilijkheden te bespreken zodat kan worden bijgestuurd waar nodig.

2. <u>Hoe gaan we weten dat een verandering een verbetering is?</u>

Heden is bij deze patiënten het elektronisch medisch dossier niet of onvolledig ingevuld en is er slechts een communicatie schriftje aanwezig bij één op twee patiënten die steeds een huisbezoek krijgen. Het gedetailleerde stappenplan dat u verder in dit protocol vindt, werd opgesteld in overleg met alle artsen met aandacht om tot een systeem te komen dat overzichtelijk is, voldoende informatie bevat, weinig tijd vraagt en eenvoudig up-to-date blijft. Er is een gezamenlijke positieve ingesteldheid dat het uitwerken van de EMD's en de papieren thuisdossiers volgens dit stappenplan een verbetering zou geven.
In de opstartperiode zullen na een maand een vijftal dossiers willekeurig geselecteerd worden. Hiermee zullen we een SWOT opmaken om te evalueren waar nog bijgestuurd dient te worden om van een optimale verbetering te kunnen spreken. Na de opstartperiode van zes maanden zal ik opnieuw steekproefsgewijs ongeveer negen dossier nakijken en evalueren of ze werkelijk zijn behandeld volgens het gedetailleerd stappenplan. Hieruit kunnen eventueel al moeilijkheden afgeleid worden. Vervolgens zal ik interviews afnemen bij de betreffende artsen die op huisbezoek gaan en zo hun tevredenheid over dit nieuwe proces van werken bevragen: Vinden zij de verandering efficiënt?, Hoe ervaren zij de tijdsinvestering?, Zijn er grote moeilijkheden om het dossier up-to-date te houden?, Welke aanpassingen stellen zij nog voor?…. Als zij de veranderingen op verschillende te bevragen gebieden als een vooruitgang beoordelen, dan kunnen we spreken van een verbetering.
Ook willen we de mening van de patiënt evalueren in dit project. Zes maanden na de opstart plannen we een rondvraag door middel van een korte enquête met een vijftal vragen waarin we de tevredenheid van de patiënten evalueren. Verder in dit dossier vindt u een eerste opmaak van deze enquête.

3. <u>Welke veranderingen kunnen we allemaal uitvoeren die zullen leiden tot een verbetering?</u>

De veranderingen zullen ondernomen worden in de vorm van plan-do-study-act (PDSA) cycli volgens het IHI model for improvement.
De 'plan'-fase omvat het volgende: een vergadering met de vier dokters en mezelf om zo concreet mogelijk te formuleren wat ons doel wordt. Gebaseerd op deze vergadering wordt een gedetailleerd stappenplan opgesteld dat per geïncludeerd patiëntendossier moet doorlopen worden.
In de 'do'-fase verdelen we de geïncludeerde patiënten over de twee huisartsen van de locatie Nieuwmoer en mezelf. Vervolgens werkt elke arts vijf tot zeven patiëntendossiers uit volgens het gedetailleerde stappenplan binnen een periode van zes weken.
Na zes weken gaan we over in de 'study'-fase en koppelen we een eerste keer terug. We maken een SWOT analyse en er komt een nieuwe vergadering waarin de dokters hun opmerkingen kunnen geven over de toepassing van het gedetailleerde stappenplan.

Vervolgens vertaal ik deze vergadering naar eventuele concrete aanpassingen en zo doorlopen we verder de PDSA cyclus. Na zes maanden zullen de hierboven reeds aangehaalde interviews met de dokters plaatsvinden om de conclusie te trekken of de artsen deze verandering ook als een verbetering kunnen beschouwen.

- De interventie en metingen , welke + aantal

We beginnen met een update van de medische voorgeschiedenis in het EMD. Op basis van de kennis van de huisarts en de verslagen van ziekenhuisspecialisten wordt een correcte en relevante voorgeschiedenis opgesteld dewelke gecodeerd wordt ingegeven onder de hoofding 'Zorgelementen' in het EMD. Onder de hoofding 'documenten' wordt een nieuw sjabloon gemaakt: 'Thuisdossier van de chronische patiënt'. Hier wordt deze voorgeschiedenis automatisch overzichtelijk verzameld in een PDF. Dit ingevulde sjabloon kan worden uitgeprint.
Daarnaast wordt de medicatie correct ingegeven. Hierbij wordt eerst een lijst opgesteld op basis van de huidige gegevens in het medisch dossier, deze lijst zal bij het eerstvolgende reeds ingeplande consult geverifieerd en aangevuld worden. Er vinden dus geen extra patiëntencontacten plaats. Na dit huisbezoek wordt deze lijst meteen door de huisarts die het huisbezoek deed, correct ingegeven in het EMD. Het ingeven van deze medicatie gebeurt met die nauwkeurigheid dat een Vitalink medicatieschema gegenereerd kan worden (belang van juiste dosering, frequentie, tijdstip van inname en duur van de behandeling). Dit schema wordt gesynchroniseerd in Vitalink en uiteindelijk afgedrukt.
Vervolgens wordt een eenvoudig dun A4 kaftje voorzien voor de patiënt. Hierin worden (zie bijgevoegde demodossier) de uitprint van de medische voorgeschiedenis en het uitgeprinte Vitalink medicatieschema bewaard, daarnaast een blad met een tabel met op te volgen laboparameters en blanco papier waarop registraties van de consulten genoteerd kunnen worden. Dit kaftje blijft vervolgens altijd bij de patiënt thuis en kan daar aangevuld worden.

Hieronder vindt u dezelfde instructies in een gedetailleerd stappenplan waaruit verschillende plan-do-study-act cycli zullen worden afgeleid om het beoogde resultaat te bekomen en te optimaliseren.

10. *Selecteren testpopulatie*
    a. *Inclusiecriteria:*
        i. *> 70jaar*
        ii. *Steeds thuis bezocht*
        iii. *Onafhankelijk van: polyfarmacie of chronische aandoeningen*
        iv. *Zelfstandig wonend: thuis, serviceflat*
    b. *Exclusiecriteria*
        i. *Rusthuisbewoners*

11. *In kaart brengen van huidige staat van EMD*
    a. *Aantal medicaties correct geregistreerd:*
    b. *Aantal elementen in voorgeschiedenis correct geregistreerd:*
    c. *Datum laatste bloedname:*
    d. *INR - DM t2 - Cardiaal belast - Renaal belast*
    e. *Frequentie van systematische huisbezoeken*
    f. *Frequentie geplande labo's*

12. *Tegen de vergadering van 2 maart een viertal EMD's in orde maken en demokaftjes samenstellen zodat deze geëvalueerd kunnen worden en eventuele zwakke punten al snel duidelijk worden.*

13. *Aanvullen identiteitsgegevens patiënt in EMD*
    a. *Care connect vraagt ID-kaartnummer en rijksregisternummer. Deze zijn handmatig in te voeren of dmv inscannen barcode op eID*

14. *Aanvullen van contactpersoon in nood in EMD*
    a. *Telefoonnummer en naam van wie gecontacteerd kan worden.*

15. *Registratie van de medicatie in EMD*
    a. *Alle gebruikte medicatie: chronische en sporadisch, voorgeschreven en OTC*
    b. *Met die nauwkeurigheid dat een vitalink schema gegenereerd kan worden:*
        i. *Juiste toedieningsvorm, dosis en posologie*
        ii. *Er kunnen weekschema's geregistreerd worden voor bijvoorbeeld methotrexaat, Vit D, …*
        iii. *In geval van variërend weekschema (vb INR) kan bij posologie het huidige schema genoteerd worden*
        iv. *Ook medicatie die slechts elke 3 , 6 , 12 maanden toegediend moet worden: Xgeva, Aclasta..*
    c. *Synchroniseren van het medicatieschema met Vitalink*

16. *Update relevante voorgeschiedenis, gecodeerd in EMD*
    a. *Alle relevante medische antecedenten*
    b. *Belang van juiste jaartal te registreren. Indien exacte datum niet gekend, kies 1 januari van het juiste jaartal.*
    c. *Zo nodig aanvullende informatie vermelden. Bijvoorbeeld frequentie van opvolging eventuele complicaties, …*
    d. *In geval van oncologisch antecedent: ook toegepaste behandelingsstrategieën te vermelden: radiotherapie, chemotherapie, heelkunde, wel of geen meta's, huidig follow-up schema…..*

17. *Registreren van <u>actieve chronische ziekten</u>*
    a. *Nierinsufficiëntie - Diabetes mellitus - COPD – Astma - Cardiovasculair belast - Recente oncologische aandoening met nog frequente follow-up*
    b. *Duidelijk te registreren: ernst van de aandoeningen, frequentie van opstoten of acute achteruitgang, frequentie controle specialist, op te volgen labo-parameters*

18. *Registreren van allergieën en intoleranties*

19. *Tabel met op te volgen laboparameters*
    a. *Te bekomen door in care connect onder labo de gewenste parameter aan te klikken, dit geeft een overzicht van die ene parameter uit alle labowaarde. Dit overzicht kan eenvoudig afgedrukt worden.*

20. *Opstellen van een kaftje:*
    a. *Voorblad is het sjabloon: 'voorblad thuisdossier' met gegevens van onze praktijk, patiënten identificatie en de vermelding: 'Medisch dossier, strikt vertrouwelijk'*
    b. *Ingevuld sjabloon 'thuisdossier van de chronische patiënt'*

c. *Tabel met correct Vitalink medicatieschema*
d. *Blad met tabel voor opvolging laboparameters*
e. *Blad voor opvolging klinische parameters: BD, LG*
f. *Blanco papieren voor registraties van contact => drie contacten per A4*

- Wijze van rekruteren

De deelnemende patiënten worden gerekruteerd vanuit het afsprakensysteem 'Digitale wachtkamer'. Alle huisbezoeken die werden uitgevoerd in de periode september 2016 tot en met december 2016 worden door genomen. Uit deze lijst wordt een onderscheid gemaakt tussen de patiënten die systematisch thuis worden bezocht en patiënten die ook nog naar de praktijk komen. Alle patiënten die ouder zijn dan 70 jaar, niet meer naar de praktijk komen maar wel zelfstandig wonen, worden geïncludeerd. Dit is onafhankelijk van het feit of deze patiënten met vastgestelde regelmaat worden bezocht, bijvoorbeeld elke maand, of dat patiënten zelf bellen als bijvoorbeeld hun medicatie bijna op is. Inclusie is ook onafhankelijk van het al dan niet lijden aan chronische aandoeningen. Patiënten die in een woonzorgcentrum verblijven, worden geëxcludeerd.

- Omvang van de groep

Een eerste telling brengt ons op 48 patiënten op de locatie in Nieuwmoer die voldoen aan de inclusievoorwaarden.

- Duur van de studie

Het doel van ons kwaliteit verbeterend project is uiteraard het invoeren van een nieuw systeem dat haar voordelen kan bewijzen en om die reden gedurende jaren zal worden volgehouden. We streven dus naar een levenslange duur van dit project. Ik kan wel enkele deadlines schetsen die we vooropstellen om het project efficiënt te laten starten. Voor de opstartfase waarin alle EMD's ge-update worden en het kaftje bij de patiënt thuis wordt gelegd, voorzien we zes maanden. Als de opstart goed verloopt is het vervolgens de uitdaging om deze EMD's en de informatie thuis up-to-date te houden.
Daarnaast is het ook zeker de bedoeling om na de opstartfase van zes maanden dit systeem ook te introduceren bij patiënten die na deze periode ook niet langer tot de praktijk zullen komen maar steeds thuis bezocht zullen worden.

- Voordeel van de patiënt

Het voordeel van een correct medisch dossier hoeft geen betoog. Dit is ook een recht van de patiënt, beschreven in de wet van de rechten van de patiënt[1]. Een elektronisch medisch dossier biedt nog extra voordelen, zeker nu met de recente mogelijkheden van Sumehr en Vitalink. Deze nieuwe opties creëren handige instrumenten waarmee belangrijke informatie zoals voorgeschiedenis en medicatieschema vlot en veilig digitaal ter beschikking gesteld kan worden voor artsen die een therapeutische verband met de patiënt kunnen aantonen, dit is bijvoorbeeld een wachtdokter of een ziekenhuisspecialist.
De patiënt haalt ook rechtstreeks voordeel uit dit praktijk verbeterend project. Een eenduidig medicatie schema maakt dat de medicatie steeds correct kan worden klaargezet door de patiënt zelf, zijn familie of de thuisverpleegkundigen.

- Statistische verwerking

We zullen cijfers verzamelen over het aantal huisbezoeken in de praktijk, het totaal aantal contacten, de leeftijden van de patiënten die thuis worden bezocht en de frequentie waarmee chronische patiënten worden bezocht. We willen ook evalueren bij hoeveel patiënten we belangrijke verbeteringen hebben kunnen aanbrengen in het EMD. Hiervoor is tabel 1 in de bijlage opgesteld die voor, tijdens en na het updaten van EMD en thuisdossier ingevuld moet worden. Daarnaast zullen we interviews afnemen bij de artsen en enquêtes verdelen onder de patiënten om te peilen naar de tevredenheid over het nieuwe systeem.

- Ethische overwegingen en veiligheid (pt rechten, waar en hoe data bewaren)

Een belangrijk aspect waar we in dit project rekening mee moeten houden betreft het veilig bewaren van de medische informatie bij de patiënt thuis. De informatie die verzameld wordt, wordt bewaard in een kaftje. Om te voorkomen dat onbevoegden het kaftje inkijken zal vooraan een blad voorzien worden met het opschrift: 'Medische informatie, strikt vertrouwelijk'. Het blijft moeilijk om in dergelijke thuissituaties te garanderen dat onbevoegden deze informatie niet zullen inkijken. Anderzijds is het wel belangrijk dat dit eenvoudig toegankelijk is voor bijvoorbeeld een dokter van wacht die bij de patiënt thuis komt. De informatie die thuis wordt verzameld blijft ook beperkt. De basis van het medisch dossier blijft de elektronische versie, de kaft thuis bevat enkel belangrijke informatie terwijl de gedetailleerde ziekenhuisverslagen en uitgebreide labo uitslagen elektronisch worden bewaard.

- Verzekering van het UZA

Dit kwaliteit verbeterend project is gedekt door de verzekering van de Universiteit van Antwerpen, dit is de universiteit waaraan mijn promoter, dokter Sibyl Anthierens verbonden is. Er werd geen andere verzekering afgesloten.

Literatuur

1. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Welke zijn de rechten van de patiënt. Wet van 22 augustus 2002, Laatste update van deze pagina: 30/03/2016; beschikbaar via: http://www.health.belgium.be/nl/welke-zijn-de-rechten-van-de-patient#5. Geraadpleegd op 15/02/2017