From scratch to hatch

Updaten van het EMD in een groepspraktijk

Lieze Eecloo, KU Leuven

Promotor: Dr. Peter Pype, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2018

Eerst en vooral wil ik mijn promotor dokter Peter Pype, bedanken voor zijn advies en feedback. Hij heeft ons een volledig nieuwe manier van kwalitatief onderzoek leren toepassen.

Daarnaast wil ik mijn mede-haio Sander bedanken, om mee zijn schouders onder dit praktijkverbeterproject te zetten.

Ook mijn PO Reinhilde wil ik bedanken voor haar kritische blik op het project en collega's, Ria en Frank voor hun enthousiaste medewerking, zonder hun inspanningen zou dit project nooit geslaagd zijn.

Tot slot wil ik mijn Vriend Rutger bedanken voor de hulp bij de brainstormsessies, informaticagebruik en onuitputtelijke peptalk, wanneer de masterproef minder goed vlotte.

Abstract

Context

Het elektronisch medisch dossier wordt in veel praktijken slechts beperkt gebruikt om relevante medische gegevens samen te vatten. Ook in onze groepspraktijk wordt het EMD voornamelijk gebruikt om specialistenbrieven te raadplegen en medicatie voor te schrijven. Uit de literatuur blijkt dat een aantal van de barrières voor EMD-gebruik zich op het niveau van de huisartsenpraktijk zelf situeren. Zo groeide het idee om verschillende strategieën voor dossieroppuntstelling te implementeren en het effect in onze praktijk te evalueren.

Onderzoeksvraag

We willen nagaan welke interventies in onze praktijk daadwerkelijk bijdragen tot updaten van het EMD, met in het bijzonder de rubriek 'medische basisinformatie'. Daarom willen we onderzoeken wat het nut is van praktijkvergaderingen om artsen te ondersteunen bij updaten van het EMD, welke afspraken goed EMD-gebruik in de groepspraktijk bevorderen, wat de invloed van software-aanpassingen is, of het zinvol is om gedurende een aantal weken de nadruk te leggen op één specifiek item in het dossier, zogenaamde sensibiliseringsweken en hoe patiënten kunnen betrokken worden bij het updaten van hun dossier.

Methode

De masterproef bevat een procesanalyse van het systematisch aanmaken en samenvatten van medische dossiers in een groepspraktijk van drie artsen, twee haio's en twee secretariaatsmedewerksters. Via participatory action research werden verschillende interventiestrategieën geïmplementeerd om de artsen aan te zetten tot een intensiever EMD-gebruik. De interventies zijn zowel gebaseerd op barrières die in de literatuur gevonden worden als op hindernissen die in de praktijkvergaderingen aan bod kwamen. De uitgevoerde interventies zijn: praktijkvergaderingen over het EMD, adaptaties van het softwaresjabloon, sensibilisatie per thema, een campagne om patiënten op te roepen en interviews met de verschillende medewerkers. Uiteindelijk werd geëvalueerd welke interventies zouden behouden worden. Evaluatie gebeurde voornamelijk kwalitatief tijdens vergaderingen en door middel van semigestructureerde interviews van de vijf artsen en een secretariaatsmedewerkster.

Resultaten

De huisartsenpraktijk is een complex, dynamisch systeem en EMD-gebruik is afhankelijk van tal van variabelen, die niet allemaal in gelijke mate te beïnvloeden zijn. Zo wordt het EMD op verschillende wijze gebruikt door de vijf artsen in de praktijk. Praktijkvergaderingen rond EMD-gebruik waren onontbeerlijk om de praktijkvisie na te gaan, hindernissen en facilitatoren te bespreken en afspraken rond EMD-gebruik te formuleren. Er dienden afspraken te worden gemaakt in de volgende deeldomeinen: communicatie, taakverdeling en registratie van medische gegevens. Vergaderingen bleken ook nuttig zijn om het gebruik van health-one in te oefenen vanuit praktische problemen of specifieke casussen die met collega's besproken werden tijdens de vergadering. Tot slot dienden vergaderingen om de aandacht voor het EMD-gebruik niet te laten verslappen en niet in gewoontes te vervallen. Software-aanpassingen hadden een gunstige invloed op het gebruik van het EMD. De sensibilisatieweken rond één bepaald item van de medische basisinformatie bleken in onze praktijk succesvol. De beste manier om patiënten bij hun medisch dossier te betrekken, was door het computerscherm te draaien en de voorgeschiedenis expliciet te bevragen. Patiënten gingen niet in op specifieke uitnodiging via folders of het wachtzaalscherm had in onze praktijk.

Conclusie

We kunnen besluiten dat de interventies hebben geleid tot meer intensief gebruik van het EMD als groepspraktijk. Er zijn afspraken gemaakt rond communicatie. Alle acties met betrekking tot de artsen en het secretariaat werden positief onthaald. Vier interventies leidden tot beter EMD-gebruik en zullen dan ook behouden worden.

Inhoud

Abstract 3

Context 3

Onderzoeksvraag 3

Methode 3

Resultaten 3

Conclusie 3

1. Inleiding 5

1.1 Keuze van het onderwerp 5

1.2 Onderzoeksvraag 5

2. Oriënterend literatuuronderzoek 6

2.1 Zoekstrategie 6

2.2 Resultaten 6

2.2.1 Wat is de meerwaarde van het EMD? 6

2.2.2 De structuur en inhoud van een goed medisch dossier 7

2.2.3 Hindernissen en bevorderende factoren om het EMD goed te beheren 8

3. Onderzoeksopzet 10

3.1 Keuze en verantwoording van de onderzoeksstrategie 10

3.2 Methode 11

3.2.1 Onderzoekspopulatie 11

3.2.2 Studiedesign 11

3.3 Interventiedomeinen 12

3.3.1 Praktijkvergaderingen 12

3.3.2 Adaptatie softwaresjabloon 16

3.3.3 Sensibilisatie per thema 18

3.3.4 Patiënt-betrokkenheid 21

3.3.5 Interviews 23

4. Procesevaluatie en discussie 25

5. Besluit 27

6. Referenties 28

7. Bijlagen 29

1. Inleiding

1.1 Keuze van het onderwerp

Het elektronisch medisch dossier is niet meer weg te denken uit het huidig medisch zorglandschap. In Vlaanderen is het de taak van de huisarts om het globaal medisch dossier van zijn patiënten te bewaren en aan te vullen. Het beheer van het GMD vergt dus een inspanning van de behandelend arts. Er is voorlopig geen expliciete verplichting om het dossier op elektronische wijze bij te houden, maar dit wordt van overheidswege gestimuleerd via de telematicapremie en dergelijke initiatieven. Naar schatting gebruikt 74% van de Vlaamse huisartsen een EMD. De drie belangrijkste gebruikte softwarepakketten zijn Windoc, Medidoc en Health One. In het onderzoek van het KCE bevatte de steekproef echter huisartsen jonger dan 61 jaar, dus waarschijnlijk ligt het percentage EMD-gebruikers lager.[1] In de toekomst zullen alle relevante zorggegevens elektronisch beschikbaar en uitwisselbaar worden via optimalisatie van de regionale Hub/metaHUB-systemen en Vitalink. Veel mogelijkheden van het EMD worden niet voldoende benut omdat huisartsen hun gegevens onvoldoende gecodeerd in het EMD registreren. Op die manier wordt de coördinerende rol van de huisarts binnen de gezondheidszorg onvoldoende ondersteund. [1]

Het praktijkverbeterproject werd opgezet in een groepspraktijk bestaande uit drie artsen, twee haio's en twee secretaresses. Enkele maanden na de start van onze huisartsopleiding, is een van de artsen met pensioen gegaan. Dit zorgde voor een herverdeling van zijn patiëntendossiers over de drie andere artsen en de haio's. De gepensioneerde huisarts gebruikte het elektronisch dossier voornamelijk om specialistenbrieven te raadplegen en labogegevens te ontvangen. De medische gegevens van de patiënten waren niet altijd vlot terug te vinden omdat het sjabloon medische basisinformatie grotendeels onbenut was. Dit sjabloon kan in het EMD worden toegevoegd en heeft als doel alle relevante medische gegevens van een patiënt (medische antecedenten, probleemlijst, chronische medicatie…) samen te vatten. Health-One biedt een basissjabloon aan, maar dit kan door de gebruiker worden aangepast. Het gebrek aan een snel overzicht leidde soms tot praktische moeilijkheden zoals een fout adres bij een huisbezoek of verwarring omtrent allergieën en medicatielijsten. De aanleg van een gestructureerde medische basisinformatie drong zich dus op. Zo groeide het idee om verschillende strategieën voor dossieroppuntstelling te implementeren en te evalueren. De bevorderende factoren en barrières voor goed EMD-gebruik werden uit de literatuur en praktijkvergaderingen geïdentificeerd. We hebben er voor gekozen om in onze praktijk enerzijds een aantal facilitatoren te implementeren en een aantal barrières te minimaliseren en na te gaan welke interventies binnen onze groepspraktijk het meest succesvol waren.

1.2 Onderzoeksvraag

Welke interventies dragen in onze praktijk daadwerkelijk bij tot updaten van het EMD, met in het bijzonder de rubriek 'medische basisinformatie'.

Deelvragen:

Wat is het nut van praktijkvergaderingen om artsen te ondersteunen bij updaten van het EMD?

Welke afspraken bevorderen goed EMD-gebruik in de groepspraktijk?

Welke software-aanpassingen leiden tot intensiever EMD-gebruik?

Kan het nuttig zijn om gedurende een aantal weken de nadruk te leggen op één specifiek element in het dossier, zogenaamde sensibiliseringsweken?

Hoe kunnen patiënten betrokken worden bij het updaten van hun dossier?

2. Oriënterend literatuuronderzoek

2.1 Zoekstrategie

Voor de literatuurstudie werd het watervalprincipe gerespecteerd. De Domus Medica- en NHG-praktijkrichtlijnen met betrekking tot het (elektronisch) dossier werden geraadpleegd. Via de site van Domus Medica werd de richtlijn voor goede medische praktijkvoering, het onderzoeksrapport van Van der Stighelen et al. en een artikel over de organisatie van de Vlaamse huisartsenpraktijk geraadpleegd (1,2,3).

Voor secundaire bronnen werden de EMBASE- en MEDLINE-database gescreend aan de hand van volgende MESH terms:

De combinatie van de Mesh-termen 'electronic health record' en 'utilisation' leverde 52 systematic reviews op, hiervan werden drie systematic reviews weerhouden op basis van de titel (9,10,11). De MESH-termen 'shared electronic patient summary' en 'emergency' leverden 6 artikels op, twee hiervan werden weerhouden (4,5).

De zoekterm 'verwijsbrief' in het archief van Huisarts Nu leverde 23 resultaten op, hiervan werden twee artikels gebruikt (6,7).

2.2 Resultaten

2.2.1 Wat is de meerwaarde van het EMD?

Het nut van het EMD als kwaliteitsbevorderend instrument is nog niet bewezen. Toch kan het medisch dossier een belangrijke rol spelen in de centralisatie van medische gegevens. Het vormt een hulpmiddel bij de structurering van de veelheid aan inkomende informatie.[2] Patiënten komen omwille van toenemende specialisatie en subspecialisatie met zeer veel artsen in contact. Daarnaast is er een tendens naar toenemende taakverdeling op eerstelijnsniveau. Het EMD-gebruik verhoogt de kwaliteit van werk op tal van vlakken: de mogelijkheid tot gegevensuitwisseling, de mogelijkheid om patiënten te selecteren voor preventieve acties, kwalitatieve verwijsbrieven en sumehr's, beslissingsondersteunende tools,...[1] Een belangrijke voorwaarde voor deze preventieve of kwaliteitsbevorderende acties is natuurlijk een goede gegevensregistratie. Zonder up-to-date-medicatielijsten of gecodeerde probleemitems, is het niet mogelijk de ideale interventie-populatie uit het patiëntenbestand te selecteren. Het digitaliseren van patiëntengegevens opent nieuwe mogelijkheden voor kwaliteitsbevorderende initiatieven en kan de efficiëntie van de zorg verhogen.[1]

Groepspraktijken en praktijkstop

Onderzoek wees uit dat de meeste huisartsen nog voltijds werken. Dit zijn vooral jongere huisartsen, mannelijke artsen en solo-artsen. Slechts éénenveertig procent van de huisartsen werkt in een solo-praktijk. Ruim de helft van de huisartsen werkt in conventionele duo- of groepspraktijken, de overige artsen werken in losse samenwerkingsverbanden of wijkgezondheidscentra.[3] Dit impliceert dat patiënten bij verschillende artsen op consultatie komen. Eén derde van de respondenten op de enquête bij Vlaamse huisartsen maakte ooit de overweging om uit het beroep te stappen en ruim één derde gaf aan binnenkort met pensioen te gaan. [3] In deze situaties komt het belang van goede medische dossiers naar voor, om de patiëntenoverdracht vlot te laten verlopen en de continuïteit van zorg te garanderen.

Wachtposten en spoedgevallen

Dit is waarschijnlijk de setting waarin het belang van een accurate medische basisinformatie het meest naar voor komt. De medicatielijst en contra-indicaties vormen de meest essentiële informatie. Ook medische antecedenten, comorbiditeiten, allergieën en de belangrijkste psychosociale informatie zijn noodzakelijk voor het bieden van goede medische zorgen. Van tien tot dertig procent van de patiënten die op de spoedgevallen terecht komen, ontbreekt er relevante medische informatie.[4,5,6] Gebrek aan medische informatie over de patiënt

leidt tot een langer verblijf op de spoedgevallendienst en zorgt voor een extra stress voor zorgverleners en patiënt. [4,5]

Verwijsbrieven van patiënten die zich op spoedgevallen aanmelden bevatten vaak onvoldoende informatie.[5,6] De medicatielijst in verwijsbrieven is vaak onvolledig, net als geboortejaar, voorgeschiedenis en informatie over de psychosociale situatie van de patiënt.[6,7] Toch is deze informatie van cruciaal belang in een acute, oncologische of palliatieve setting, denk maar aan intoleranties of geneesmiddelen-interacties. Zowel voor specialisten als voor huisartsen vormen de huidige medicatielijst en medische voorgeschiedenis naast de beschrijving van het probleem en de reden van doorverwijzing de meest cruciale elementen van de verwijsbrief.[6] Deze informatie kan in het geval van een goed bijgehouden medische basisinformatie in het EMD, gemakkelijk in de verwijsbrief geïntegreerd worden.

2.2.2 De structuur en inhoud van een goed medisch dossier

Het EMD kan inhoudelijk worden ingedeeld in een administratief, medisch en ondersteunend gedeelte. De rubriek 'administratieve data' bevat minimaal volgende items: naam, voornaam, geslacht, geboortedatum en uniek identificatienummer.[2]

In de richtlijn van Domus Medica wordt het medisch deel in drie luiken opgesplitst: Gegevens uit de voorgeschiedenis en patiëntcontext, zorgcontact en onderzoeksresultaten. Voor de categorie 'gegevens uit de voorgeschiedenis en patiëntcontext' gebruiken wij in deze thesis de term 'medische basisinformatie' die in ons softwareprogramma, Health One, wordt gebruikt. Volgens Domus Medica hoort hier 'informatie die we willen meedelen aan derden'. Dit betreft zowel somatische als psychosociale gegevens.

De categorieën die Domus Medica vermeldt, zijn:

- Familiale voorgeschiedenis: alle aandoeningen bij familieleden die mogelijk belangrijk zijn voor de verdere hulpverlening. Hiertoe behoren zeker de erfelijke ziekten en risicoaandoeningen.
- Persoonlijke voorgeschiedenis: alle aandoeningen of gegevens die van belang zijn voor de verdere hulpverlening, zoals bepaalde ingrepen en aandoeningen die kunnen recidiveren.
- Probleemlijst: De probleemlijst geeft een overzicht van de items die continu de aandacht van de arts vragen.
- Allergieën en/of intoleranties.
- Risicofactoren: rookgedrag, ethylverbruik en sociaal risicogedrag.
- Chronische medicatie: medicatie die de patiënt voor een periode van meer dan zes maanden neemt.
- Vaccinatiestatus.

Of een item in de medische basisinformatie wordt opgenomen hangt af van de inschatting of het gegeven ooit een invloed zal hebben op de verdere hulpverlening. Domus Medica raadt aan de meest relevante onderzoeksresultaten te integreren in het medisch gedeelte van het dossier. Welke elementen als relevant worden beschouwd is niet concreet aangegeven.

Er zijn er geen vormvereisten voor dit elektronisch dossier. Een samenvatting of gecodeerde registratie van gegevens is niet verplicht. Veel huisartsen gebruiken hun EMD als een papieren dossier.[8,9] Artsen vinden het moeilijk om het complexe geheel van de consultatie in enkele gecodeerde termen samen te vatten.[1] We zien dan ook dat het EMD vaak niet op gestandaardiseerde wijze gebruikt, zodat een schat aan informatie onbenut blijft.[1]

2.2.3 Hindernissen en bevorderende factoren om het EMD goed te beheren

In het onderzoeksrapport van Van der Stighelen et al. worden de barrières en hefbomen op drie niveaus beschreven. Het microniveau situeert zich ter hoogte van de huisartsenpraktijk zelf. Mesoniveau beslaat het institutioneel niveau met onder andere softwarefirma's, kringen en universiteiten. Overheidsinstanties, ziekenfondsen en artsensyndicaten vormen het macroniveau. Wij zullen vooral focussen op microniveau, gezien onze interventie zich op dit vlak afspeelt. Grote implementatieprojecten in het buitenland lopen vaak stuk op het niveau van de artsenpraktijk zelf. [1,11]

	Micro (individuen)	Meso (organisaties)	Macro (maatschappij)
actoren	• Ha zelf (kennis, opleiding, attitude, …) • Collega's • patiënten	• Kring • Software firma's • Usergroepen • universiteiten	• overheid (praktijkfinanciering, prestatiebetaling, financiering kringen…) • ziekenfondsen • artsensyndicaten
factoren	• Tijd • Kost • Technische belemmeringen	• Programma software • Opleidingsaanbod	• Regelgeving(labeling) • Ondersteuning financieel

FIGUUR 1: DE ACTOREN EN FACTOREN DIE EMD-GEBRUIK BEÏNVLOEDEN. BRON: VAN DER STIGHELEN V., BURGGRAEVE P., GEUDENS L., VAN POTTELBERGH H. BAETEN R., CLAESSENS H., CORNELIS E., PAUWELS L. ICT-TOOLS EN GEBRUIK VAN EMD DOOR DE HUISARTS, HEFBOMEN EN BARRIÈRES BIJ HET GEBRUIK VAN EMD EN ELEKTRONISCHE COMMUNICATIE DOOR HUISARTSEN, ONDERZOEKSRAPPORT

Bij sommige artsen bestaat er een afkeer voor gebruik van informatica. Enerzijds is er angst voor onkunde in het gebruik en anderzijds zijn artsen niet snel geneigd een opleider in te schakelen om het EMD te leren gebruiken. Ze hebben angst voor de techniek en vrezen dat dit het patiëntcontact zal belemmeren. Veel artsen beschrijven een gebrek aan kennis over de basisstructuur en mogelijkheden van de gebruikte medische programma's. Verder is er angst voor een zekere kwaliteitscontrole op de praktijkvoering van overheidswege. Tot slot is er vrees voor verlies van het vertrouwelijk karakter van de opgeslagen medische gegevens. Deelname aan vergaderingen van gebruikersgroepen of volgen van opleidingen bevorderen de intensiteit van het EMD-gebruik. De opleiding gebeurt best van man tot man en interactief met het dossier. [1,9, 11]

De angst voor tijdverlies vormt een belangrijke barrière. Exploratie van de EMD-mogelijkheden vraagt een zekere tijdsinvestering, maar ook noteren tijdens of na een consultatie vergt extra tijd die niet aan de patiënt kan worden besteed. Het is niet eenvoudig om de aandacht te verdelen over EMD-gegevens en het verhaal dat de patiënt brengt. Anderzijds geeft een goed bijgehouden dossier snel toegang tot relevante informatie en bevordert dit een efficiënte werkwijze. [1]

Op patiënt-niveau vreest men dat de pc de aandacht weg houdt van het verhaal van de patiënt en dat er te veel naar het scherm wordt gekeken. Een reden is dat artsen niet altijd blind of snel kunnen typen. Een oplossing is draaien van het scherm, zodat de patiënt kan meekijken of de gegevens pas na de consultatie invoeren. [1]

In groepspraktijken ziet men dat de verschillende artsen niet op dezelfde manier registreren. Het vergt een inspanning om afspraken te maken en zich eraan te houden. Verder geeft de verschillende mate van vertrouwdheid met informatica problemen inzake communicatie en advies. Een gedeeld secretariaat of praktijkassistente wordt als bevorderlijk gezien voor het gestandaardiseerd inbrengen van gegevens. Er is een positieve correlatie tussen praktijkgrootte en EMD-gebruik. Ook opleidingspraktijken doen het gemiddeld beter. [1]

De aanschaf van hard- en software, eventuele bijscholingen dragen bij tot de kostprijs van EMD-gebruik en dit wordt slechts ten dele door premies gecompenseerd. [1,11]

Ook internationaal ziet men dat de EMD-implementatie en gebruik ondanks grootschalige investeringen in implementatie geen onverdeeld succes zijn. De barrières voor EMD-gebruik zijn dezelfde als in Vlaanderen: financiële drempels, technische moeilijkheden, weinig motivatie, beperkt gebruiksgemak, en familiariteit, slechte gegevensuitwisseling, vragen rond privacy, minder productiviteit en interactie met de patiënt, tijdsgebrek,… [1,9,10,11]

Lau et al. stelden in hun systematic review vast dat het EMD tot op heden slechts een beperkte positieve impact heeft binnen de artsenpraktijk. Het EMD-gebruik werd in zes domeinen opgedeeld: voorschrijfondersteuning, ziektemanagement, klinische informatie, praktijkwerk, preventieve zorg en arts-patiënt interactie. Ze identificeerden achtenveertig factoren die een invloed hadden op EMD-gebruik, waarvan drieëntwintig op microniveau. Goed gebruik is gebaseerd op robuuste EMD-eigenschappen, die de klinische praktijk ondersteunen zoals een praktische interface (templates en beslissingsondersteuning, snelheid) om snel patienteninformatie op te slaan en te gebruiken. Er is nood aan herorganisatie van de manier van werken, met optimaal gebruik van de EMD-ondersteuningsmogelijkheden zoals verwijsbrieven en praktijkverbeterprojecten. Boonstra en Broekhuis vermeldden eveneens gebrek aan leiderschap als een barrière voor EMD-gebruik. Een belangrijke rol van deze sleutelfiguren is het motiveren van de collega's om deel te nemen aan het veranderingsproces.[11] Financiële tegemoetkomingen moeten gericht zijn op ondersteuning van management van chronische aandoeningen en patiëntveiligheid door medicatiebewaking. Goed gebruik wordt eveneens bereikt door patiënten in het proces betrekken, door het EMD als communicatiemiddel en beslissingstool te gebruiken voor, tijdens en na de consultatie.[10]

Barrières voor EMD-gebruik op microniveau

▪ Informatica
  o Kennis van de mogelijkheden
  o Verminderd patiëntcontact
  o Vertrouwelijkheid van de informatie
▪ Tijdsverlies
▪ Verlies van klinische efficiëntie
▪ Angst voor kwaliteitscontrole
▪ Bedreiging voor arts-patiëntcontact
  o Weinig oogcontact
  o Afleider voor patiënt-verhaal
▪ Kost
▪ Verandering
▪ Gebrek aan motivatie
▪ Geen praktische implementatie.

Hefbomen voor EMD-gebruik op microniveau

▪ Ondersteuning van centrale plaats van huisarts in gezondheidszorg
▪ Vlot delen van gegevens
  o Tijdens wachtdienst
  o Verwijsbrieven
▪ Initiatief vanuit patiënten

- Actief betrekken van patiënt (door scherm te draaien)
- Praktijkassistente voor invoeren van gegevens
- Snelle toegang tot gegevens
- Beslissingsondersteuning en pop-ups
- Patiëntselectie voor preventieve acties
- Resultaten genereren voor onderzoek

3. Onderzoeksopzet

3.1 Keuze en verantwoording van de onderzoeksstrategie

De werking van een huisartsenpraktijk kan als een complex systeem beschouwd worden. Professor Smaling beschrijft dat een gecompliceerd systeem in tegenstelling tot het complex systeem niet volledig geanalyseerd kan worden in termen van elementen, variabelen en vaste relaties. Enkel aspecten ervan kunnen onderzocht worden. Een 'complex systeem' is open en dynamisch. Het ondervindt invloeden van buitenaf en adapteert hieraan. Aangezien een complex systeem niet volledig te kennen is, is het ook moeilijk om op voorhand te bepalen welke onderzoeksmethode de meest geschikte is. Er zijn verschillende methoden van kwalitatief onderzoek die aansluiting zoeken bij het complexiteitsdenken.[12] De methode die in deze thesis gebruikt wordt is triangulatie. Er wordt gestreefd naar methodentriangulatie door participerend onderzoek en interviews van de betrokkenen. Datatriangulatie wordt bereikt door kwalitatief onderzoek onder de vorm van interviews en verslagen van vergaderingen en kwantitatieve data. "In het kader van het complexiteitsdenken moeten we dan deze vormen van triangulatie niet zozeer zien als controlemiddelen voor betrouwbaarheid en validiteit, maar als middelen om meer aspecten van een verschijnsel op het spoor te komen en te onderzoeken. Anders gezegd: het gaat hier om validiteit in de zin van een zo ruim en rijk mogelijke dekking van een verschijnsel." [12]

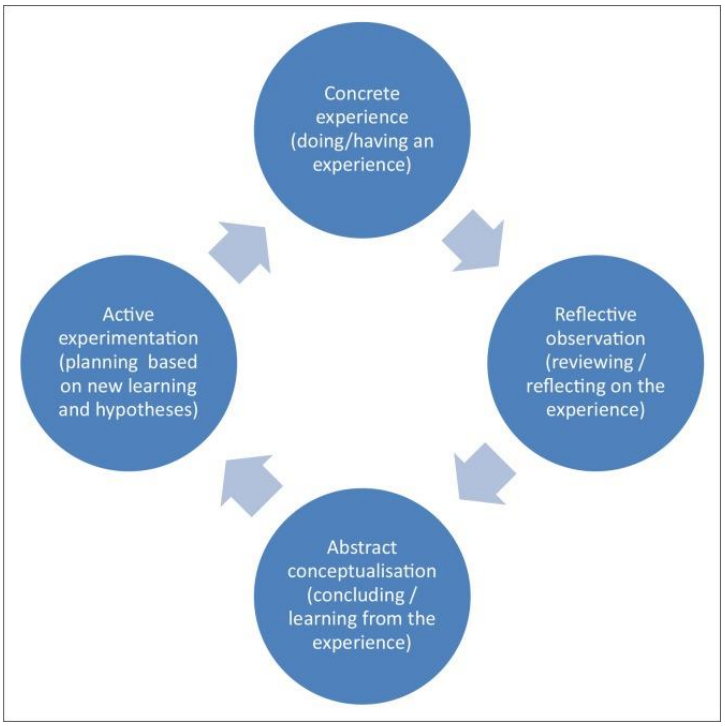
Twee vormen van kwalitatief onderzoek vinden best aansluiting bij onze praktijk. Actieonderzoek is een manier om kennis over een sociaal systeem te verwerven en het te veranderen. Bij participatief onderzoek werken (professionele) onderzoekers en betrokkenen nauw samen.

De kernelementen van participatief actieonderzoek (participatory action research, PAR) verschillen grondig van klassiek wetenschappelijk onderzoek. PAR focust op onderzoek dat onmiddellijk tot actie leidt. Het onderzoek beslaat een spiraal van stappen, telkens opgebouwd uit planning, actie, observatie/datacollectie en evaluatie van het proces. De evaluaties leiden vaak onmiddellijk tot aanpassing en verbetering van de ingevoerde interventie. Door kritische zelfreflectie leren de onderzoekers snel of de interventie al dan niet werkzaam is. De evaluatie wordt gedurende het hele proces continu gerapporteerd aan de deelnemers om het proces aan te passen. De theoretische kennis en adviezen worden uit de implementatie van de interventie gedistilleerd.[13]

Een ander belangrijk verschil met conventioneel onderzoek is dat de grens tussen onderzoeker en onderzoeksobject vervaagt. De proefpersoon neemt tegelijk de rol van investigator op. Ze zijn immers het best geplaatst om in via observatie van de eigen praktijk facilitatoren en hindernissen bloot te leggen en kunnen hiervoor zelf oplossingen aanbrengen. De evaluatie van het onderzoeksproces leidt tot relevante kennis en levert informatie op voor de praktijk .[13,14]

Een belangrijk nadeel van dit type onderzoek is dat het een grote tijdsinvestering vraagt en minder gestructureerd oogt.

Deze dynamische vorm van wetenschappelijk onderzoek sluit het best aan bij het beoogde doel van het praktijkverbeterproject. Er zijn vele mogelijke strategieën om dossierbeheer te optimaliseren, maar niet elke strategie is werkzaam in elke huisartsenpraktijk. We willen identificeren welke strategieën werkzaam zijn binnen onze praktijk. Zo bekomen we niet enkel meer volledig ingevulde dossiers, maar ook een strategie om de dossiers zo veel mogelijk up to date te houden.



FIGUUR 2 ACTIE-REFLECTIECYCLUS. BRON: MASH B. AFRICAN PRIMARY CARE RESEARCH: PARTICIPATORY ACTION RESEARCH. AFR J PRM HEALTH CARE FAM MED. 2014;6(1), ART. 585, 5 PAGES.

3.2 Methode

3.2.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle medewerkers van de praktijk. Dit zijn twee mannelijke artsen en drie vrouwelijke artsen. Twee van de artsen zijn de haio's die tevens het onderzoek leiden. De gemiddelde leeftijd van de artsen is vijvenveertig jaar, variërend van zesentwintig tot tweeënzestig jaar. Ook de twee secretariaatsmedewerksters namen deel aan het onderzoek. Alle deelnemers gaven toestemming om deel te nemen aan de interventie en interviews.

3.2.2 Studiedesign

De masterproef bevat een procesanalyse van het systematisch aanmaken en samenvatten van medische dossiers. De interventies zijn zowel gebaseerd op barrières die in de literatuur gevonden worden als hindernissen die in de vergaderingen aan bod komen. Via participatory action research worden de verschillende interventiestrategieën geïmplementeerd. Daarna evalueren we of de uitgevoerde interventies werkzaam zijn. Indien dit uit de evaluatie nodig blijkt, wordt de interventie herwerkt en opnieuw geïmplementeerd. De interventies zijn: praktijkvergaderingen over het EMD, adaptaties van het softwaresjabloon, sensibilisatie per thema, een campagne om patiënten op te roepen en interviews met de verschillende medewerkers. Uiteindelijk wordt geëvalueerd welke interventies de toekomst zullen behouden worden. Evaluatie gebeurt kwalitatief tijdens vergaderingen en door middel van semigestructureerde interviews van de vijf artsen en een secretariaatsmedewerkster. We kozen voor semigestructureerde interviews om zeker alle thema's aan bod te laten komen en tegelijk voldoende ruimte te laten voor de persoonlijke opvattingen van de artsen zelf. Per subthema werden een aantal prompt questions geformuleerd, maar er was ruimte om door te vragen en dieper in te gaan op de antwoorden van de artsen. Verschillende onafhankelijke variabelen worden geregistreerd, om hun invloed op het proces te identificeren.

Met de opgedane kennis willen we dan een aantal voorstellen van interventies formuleren om EMD-gebruik te bevorderen binnen de groepspraktijk. Het uiteindelijke doel hiervan is, zoals al gezegd, een betere kwaliteit van zorg via betere EMD's.

3.3 Interventiedomeinen

Er werden tijdens het praktijkverbeterproject vier grote interventies uitgevoerd. De praktijkvergaderingen vormden de belangrijkste interventie. Hier werden de hindernissen en facilitatoren van ons EMD-gebruik besproken en werden de andere interventies uitgewerkt. Twee deelinterventies die tijdens de praktijkvergaderingen aan bod kwamen zijn: aanleren van het EMD-gebruik en bespreking van zorgenkindjes. Dit zijn precaire patiënten, zoals palliatieve patiënten of mensen met veel ernstige comorbiditeiten die vooral door één arts worden opgevolgd, maar die bij afwezigheid van de behandelende arts soms met spoed door een andere arts gezien worden. De drie andere interventies zijn adaptatie van het software-sjabloon, thema-weken en de ontwikkeling van een folder en PowerPointpresentatie om patiënten bij het EMD te betrekken. De interventies werden enerzijds op de vergaderingen zelf op continue wijze geëvalueerd en anderzijds via semigestructureerde interviews van alle betrokkenen (artsen en secretariaatsmedewerkster).

3.3.1 Praktijkvergaderingen

Planning

Er werden in de tijdspanne van 4 november 2016 tot 1 december 2017 elf vergaderingen georganiseerd rond EMD-gebruik. De vergaderingen duurden gemiddeld 40 tot 60 minuten. Een van beide haio's nam de rol van moderator op zich, de andere haio nam notulen.

Tijdens de vergaderingen werden hindernissen en facilitatoren voor EMD-gebruik binnen de praktijk besproken. Een belangrijke hindernis bleek dat er in de praktijk niet gecommuniceerd werd over het EMD.

Zorgcontinuïteit kan enkel gegarandeerd worden als het beleid van de verschillende behandelende artsen op mekaar is afgestemd. Wanneer je een patiënt van een collega ziet, steun je voornamelijk op de gegevens die in het EMD zijn geregistreerd. In dit geval wordt goede continuïteit van zorg dus mogelijk door een goed bijgehouden EMD en medische basisinformatie. Sommige dossiers zijn echter zo complex dat ze een mondelinge toelichting vragen. Omdat deze informatie-overdracht niet altijd ad hoc mogelijk is, hebben we het thema 'zorgenkindjes' geïntroduceerd. Uit de vergaderingen bleek namelijk dat alle artsen het erover eens waren dat steeds meer patiënten gedeeld werden binnen de praktijk. De meeste artsen vonden het een geruststellende gedachte dat hun patiënt ook met een andere collega vertrouwd zou zijn. Bovendien was het niet altijd mogelijk dat 'vaste' huisarts tijd kon vrij maken voor een spoedhuisbezoek bij een precaire patiënt (palliatieve situatie, ernstig zieke rusthuisbewoners, sociale problemen). Daarnaast gaven sommige artsen aan dat ze moeilijke casussen graag samen met de collega's wilden doornemen om het diagnostisch landschap uit te breiden of de therapeutische mogelijkheden te overlopen. Een derde argument voor de 'zorgenkindjes' was dat het niet altijd even duidelijk was wie de eindverantwoordelijkheid voor een gedeelde patiënt opnam.

Ook uit de literatuurstudie leerden we dat continuïteit van zorg een belangrijke invloed heeft zowel op tevredenheid als op levenskwaliteit van chronische patiënten. Zorgcontinuïteit werd gedefinieerd als de proportie arts-patiëntcontacten met de meest frequent bezochte huisarts. Deze continuïteit lag lager in praktijken met meer artsen, zoals bij ons het geval is. Patiënten in groepspraktijken gaven aan minder tevreden te zijn over hun zorgcontinuïteit.[15] Een grote cross-sectionele studie in Engelse huisartsenpraktijken wees uit dat een hogere zorgcontinuïteit gepaard gaat met minder ziekenhuisopnames voor huisartsenpathologie. Patiënten met een hoge zorgcontinuïteit werden 12.49% minder opgenomen dan patiënten met lage zorgcontinuïteit. Deze associatie was zelfs nog sterker voor patiënten die frequenter een arts nodig hadden. Barker et al. suggereerden dat hogere zorgcontinuïteit artsen toeliet beter af te stemmen op noden en voorkeur van de patiënt en zorgde voor snellere detectie van acute events en voor betere opname van preventieve acties. [15] Het

doel van de bespreking van ‘zorgenkindjes’ was dus om ondanks patiëntencontact met meerdere artsen toch een hoger niveau van zorgcontinuïteit te bereiken en zo onnodige ziekenhuisopnames te vermijden en therapietrouw te bevorderen.

Actie

Tijdens de eerste vergadering werd het doel van de masterproef voorgesteld aan de collega’s en er werd toelichting gegeven bij de onderzoeksvorm. Er werd uitgelegd dat we verschillende interventies wilden uitbouwen om het EMD-gebruik binnen onze praktijk, Arcus, te intensiveren. De interventies zouden tijdens volgende vergaderingen en individuele interviews geëvalueerd worden. Tevens zou door de haio’s een steekproef van dossiers gecontroleerd worden om de toename aan geregistreerde gegevens in kaart te brengen.

Volgende onderwerpen kwamen tijdens de vergaderingen aan bod: visie op het EMD, huidig EMD-gebruik, registratie van zorgelementen, hindernissen voor gebruik, sjabloon voor medische basisinformatie, rol van de patiënt, rol van het secretariaat, exploratie van de technische mogelijkheden van het EMD, afbakening van de te plannen interventies. Tijdens één van de vergaderingen werd een verantwoordelijke van ons medisch programma health one uitgenodigd om software aanpassingen uit te voeren. Er werden twee vergaderingen gewijd aan de bespreking van ‘zorgenkindjes’ aan de hand van het dossier. Op deze manier werden vijftien patiënten besproken.

Observatie

Tijdens de vergaderingen werden een aantal praktijkafspraken gemaakt rond communicatie, taakverdeling en registratiewijze. De andere interventies die uit de vergaderingen zijn voortgevloeid worden in de volgende hoofdstukken besproken.

Afspraken m.b.t. communicatie

- Er wordt maandelijks een vergadering georganiseerd rond EMD-beheer, hierin worden problemen besproken en worden technische mogelijkheden van het medisch programma aangeleerd.
- De zorgenkindjes vormen wekelijks een item tijdens de vrijdagvergadering. Zowel wetenschappelijke als sociale problematiek zullen aan bod komen.
- Indien een arts tijdens een consultatie problemen ondervindt om vlot te werken omdat het patiëntendossier niet up-to-date is, kan hij dit dossier tijdens de vrijdagvergadering naar voor brengen om samen op punt te zetten.

Afspraken m.b.t. taakverdeling

- Identiteitskaarten worden zo veel mogelijk door het secretariaat ingelezen.
- De secretariaatsmedewerksters mogen op vraag van de arts bepaalde dossiers vervolledigen aan de hand van specialistenbrieven.
- Het secretariaat controleert de ontvangen wilsverklaringen en vroegtijdige zorgplanningen en registreert dit in de medische basisinformatie.
- De arts voert zelf identiteitskaartnummer van rusthuispatiënten in of bezorgt dit aan het secretariaat.
- De GMD-houder draagt de eindverantwoordelijkheid voor het patiëntendossier.

Afspraken m.b.t. registratie van medische gegevens

- Het item ‘probleem’ in medische basisinfo wordt schematisch ingevuld, indien meer informatie vereist is, wordt dit bij medische voorgeschiedenis genoteerd.
- De MDRD-GFR wordt met datum geregistreerd bij 75-plussers en andere relevante patiëntcategorieën.

- Het item ‘onderhoudsbehandeling’ wordt afgevoerd, enkel de term ‘chronische therapie’ wordt nog gebruikt.
- Indien een item bevraagd werd en het antwoord is negatief, wordt dit ook genoteerd.

  Bijvoorbeeld:

  1. Allergieën: geen gekende.
  2. Familiale voorgeschiedenis: blanco.
- Gevoelige informatie, die niet in de sumehr mag opgeladen worden, wordt in de rubriek ‘sociaal’ genoteerd.
- De GMD-houder laat bij huisbezoeken een uitprint van de medische basisinfo achter, zodat collega’s snel relevante problemen en voorgeschiedenis kennen.

Evaluatie

De evaluatie van de vergaderingen gebeurde tijdens de individuele interviews. Globaal werden de vergaderingen goed geëvalueerd. Enerzijds vonden alle artsen dat de communicatie rond het EMD verbeterd was anderzijds kwam er kritiek dat de vergaderingen soms onvoldoende de verschillen tussen de artsen aan bod lieten komen. Alle artsen bevestigden het belang van continue communicatie omtrent het EMD om het gebruik ervan niet te verwaarlozen. Ook gaf iedereen positieve feedback over teamvergaderingen waarbij we elkaar gegevens leerden invoeren en verschillende toepassingen van het EMD onder de loep namen (plannen van een actie, medicatieschema’s opstellen en printen, gebruik van de evidence-linker). De rol van de secretariaatsmedewerkster om extra uitleg te geven bij de technische mogelijkheden van het EMD werd verschillende keren aangehaald. Iedereen vond dat de vergaderingen belangrijk waren om niet in gewoontes te vervallen, de aandacht bij het EMD te houden en te blijven focussen op onderdelen van de medische basisinformatie die minder goed worden ingevuld. De meningen over het aantal en de inhoud van de toekomstige vergaderingen waren verdeeld.

> *Het heeft het niveau van mijn dossier verviervoudigd. (Lacht) De opgedane kennis van de software en de aansporingen hebben me goed vooruitgeholpen. [Arts 1]*
>
> *Hoe kunnen we je helpen het EMD zo goed mogelijk in te vullen? Door er verder zo rond te vergaderen en dingen te bespreken. Als we dingen zien die minder ingevuld zijn, er alert op blijven en op hameren in de vergaderingen. [Arts 2]*
>
> *Bespreek je soms de dossiers van patiënten met collega’s? Medische basisinfo en dergelijke? Vooral op de teamvergaderingen, maar eerder algemeen over hoe we dingen gaan noteren of registreren. [Arts 5]*
>
> *Ze houden me scherp, door er de aandacht op te vestigen. Door er mee bezig te zijn bouw je een soort reflex in bvb om familiale voorgeschiedenis te bevragen, dat verzwakt dan weer na een aantal weken, dus ik denk dat de vergaderingen goed zijn om de aandacht niet te laten verzwakken en af en toe andere zaken in de picture te plaatsen. [Arts 5]*

Eén arts bracht ter sprake dat de verschillende visies over het EMD en ook het gebruik ervan niet voldoende diepgaand besproken waren omdat we bang waren de confrontatie aan te gaan. De artsen namen niet evenveel tijd voor hun consultaties en er leek ook een verband te bestaan met de hoeveelheid informatie in het EMD. Toch verkozen de meeste artsen een schematisch ingevulde medische basisinformatie. Het was inderdaad zo dat alle artsen tijdens de interviews aangaven dat ze het niet aangenaam vonden om een patiënt van een collega te zien wiens dossier niet in orde was, maar toch was dit onderwerp nog niet tijdens de teamvergaderingen aan bod.

Ik vind dat we veel te weinig over visie spreken. Willen we eigenlijk wel hetzelfde? Wil iedereen wel. Ik denk dat veel artsen weinig tijd nemen om het dossier goed in te vullen. Zitten we daar wel op dezelfde golflengte? [Arts 3]

We hebben er al een paar gehad om de structuur van het dossier op punt te zetten. Ik vind dit goed als het over het EMD in het algemeen gaat. Om patiënten te bespreken denk ik dat we de efficiëntie zullen verliezen. [Arts 4]

Nee, spreek ik de collega's hier niet over aan, terwijl ik dat zou moeten doen. Ik denk dat ik niet beschuldigend wil overkomen, mijn dossiers zijn ook niet altijd perfect. [Arts 5]

Het concept zorgenkindjes zorgde ervoor alle artsen de fragiele patiënten binnen de praktijk kenden. Deze introductie van patiënten verliep bij drie artsen vlot a.d.h.v. de voorbereide medische basisinformatie. De meeste zorgenkindjes betroffen patiënten met polypathogie, een palliatief statuut of sociale problematiek. Eén collega opende tijdens de voorstelling frequent de verwijsbrieven van specialisten om gedetailleerde informatie te voorzien. De bespreking leidde tot een bredere kijk op het dossier en zorgde voor een gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid. Het gaf ook aanleiding tot wetenschappelijke uitbreiding, sommige artsen vonden dit een meerwaarde, andere artsen vonden dit overbodig. Één van de artsen vond dat de zorgenkindjes soms te veel over zeldzame pathologie gingen en minder relevant waren om met alle collega's te bespreken. Een arts zou graag afspraken maken rond het concreet delen van deze zorgenkindjes in chronische follow-up. De bezorgdheden die uit de interviews naar voor kwamen vormden de agendapunten tijdens de laatste vergadering die tijdens de registratieperiode van de masterproef georganiseerd werd.

Ja natuurlijk ik heb zo een aangeboren schrik voor 'vergaderitis' en daardoor zal ik wel nooit de hele enthousiaste persoon worden voor dat soort toestanden. Die bespreking van patiënten en zo da's allemaal weleens boeiend, maar soms wel wat tijdrovend. Soms is het een beetje etaleren, van luister eens hoe slim ik ben. Ik kan daar wel mee omgaan, maar soms heb ik eens het gevoel, we gaan hier weer eens horen hoe slim iemand is. Maar, ja dat is een beetje mijn… ja… ik ben een man van actie en niet van de vergaderingen vrees ik he. [Arts 1]

Misschien dat we toch al meer over mensen gesproken hebben. Dat we toch al meer mensen kennen door de zorgenkindjes en zo. We bespreken gemakkelijker. [Arts 2]

Het emd as such, neen. Wel in casusvorm. Ik heb gisteren op de skype voor de dokters gezet dat ik twee casussen wil bespreken vrijdag waar parathormoon een rol speelt en ik was aan het denken hoe ga ik die patiënten voorstellen en ik zou de medische basisinfo uitprinten. [Arts 3]

Ik vind dat een goed concept, maar ik vind dat we er te weinig diepgang en visie hebben ingestopt. We besproken zorgenkindjes, maar dat is niet genoeg gedragen in de praktijk. De zorgenkindjes die we willen delen. Delen we die nu ook echt? Ik vind dat we het zeker veel meer doen dan vroeger, ik zie daar echt een positieve evolutie in. Ik denk dat we er nog niet echt een systematiek in hebben. [Arts 3]

Dat vond ik heel handig. Het is goed om het eens met de 5 artsen te bespreken, zo komen pijnpunten naar boven, zoals onnodige medicatie. Je krijgt het gevoel dat je patiënt beter wordt verzorgd. Als je patiënt bij een collega terecht komt, gaan ze beter de delicate punten bij de patiënt kennen. [Arts 4]

Heeft de bespreking van de zorgenkindjes je manier van werken veranderd? Nee, het heeft mijn manier van werken niet veranderd, maar ik vind het wel een geruststelling en een meerwaarde dat de complexe dossiers gedeeld worden. Zo kun je de verantwoordelijkheid wat meer delen en krijg je vaak een andere invalshoek, een breder diagnostisch landschap. Een van de dokters grijpt deze bespreking vaak aan om een wetenschappelijk thema uit te diepen. Dat was aanvankelijk niet de bedoeling, maar is daarom niet minder interessant. [Arts 5]

3.3.2 Adaptatie softwaresjabloon

Planning

Bij de vergaderingen kwamen een aantal tekortkomingen van ons sjabloon 'medische basisinformatie' naar voor. Om het sjabloon gebruiksvriendelijker te maken werden een aantal items verwijderd of toegevoegd.

Actie

Verwijderde items:

- 'Onderhoudsbehandeling'

De term 'onderhoudsbehandeling' leidde tot dubbele registratie van medicatie en werd in tegenstelling tot de term 'te herhalen voorschrift' zeer weinig geüpdatet, wat zorgde voor verwarring over de medicatielijst van de patiënt.

Toegevoegde items:

- 'eGFR'

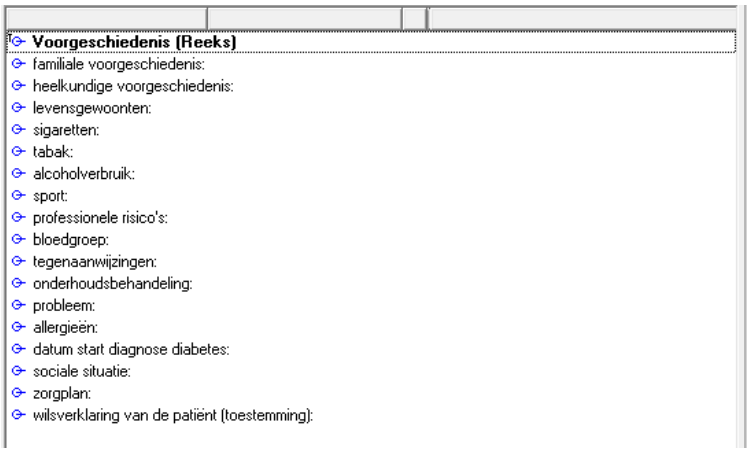
Het is belangrijk om snel de nierfunctie van patiënten te kennen, wanneer bepaalde medicatie overwogen wordt. Vooral op huisbezoek werden al eens te snel ontstekingsremmers of nitrofuranen voorgeschreven bij patiënten met een significant verminderde nierfunctie. Wanneer er voor deze gegevens naar het secretariaat gebeld werd, nam het vrij veel tijd in beslag om de GFR terug te vinden. Er werd dus werd beslist om bij diabetespatiënten en 75-plussers de nierfunctie in de medische basisinformatie te registreren. De datum van registratie wordt ook genoteerd zodat de artsen weten wanneer de waarde laatst geüpdatet werd. Er werd overlegd met een afgevaardigde van Health-One over mogelijke automatische invulling van het item in de medische basisinformatie, aangezien dit bij bloedgroepen al gebeurt. Helaas was de software hiervoor nog niet ontwikkeld.

- 'DNR-code' en 'wilsverklaring van de patiënt'

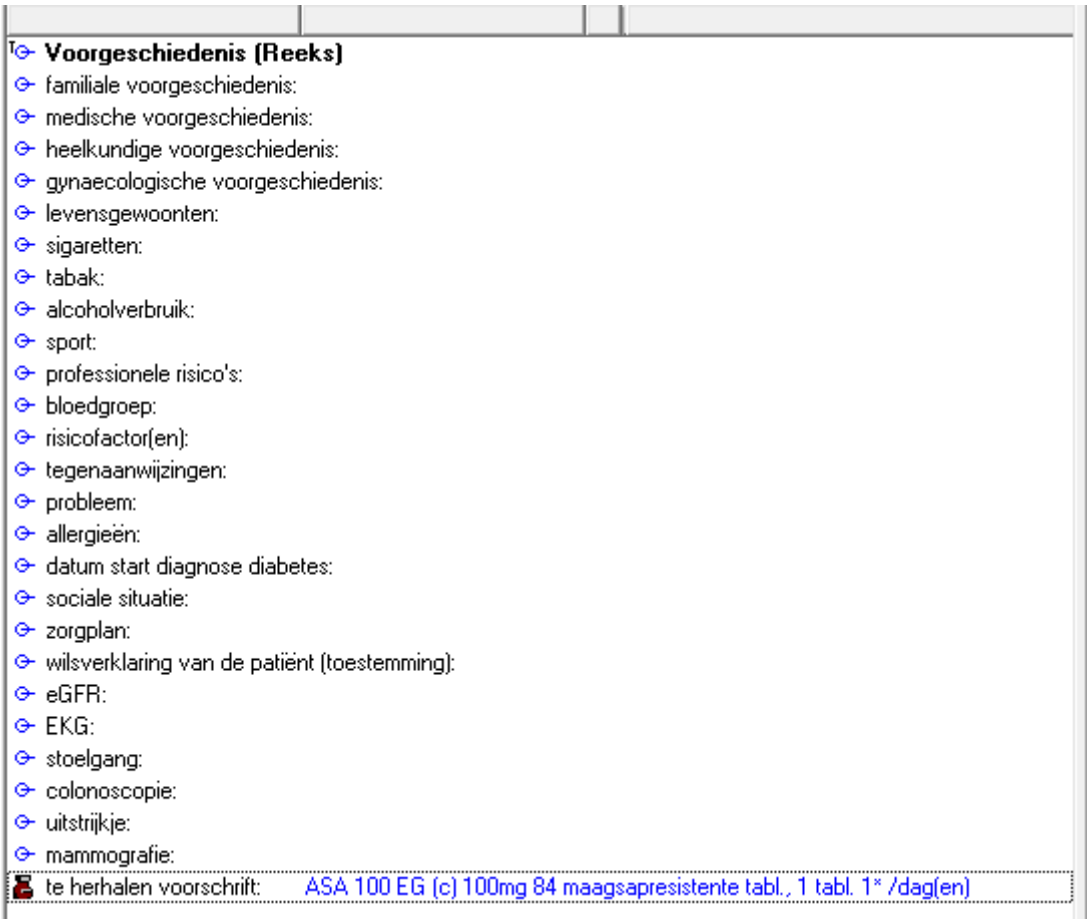
Er werden praktijkafspraken gemaakt rond registratie van de DNR-code. Wanneer de patiënt een code of wilsverklaring had, werd de papieren versie in het secretariaat geklasseerd. De DNR-code wordt nu ook met cijfer 1, 2 of 3 in het dossier genoteerd. Bij het item 'wilsverklaring van de patiënt' wordt enkel 'ja' genoteerd, wanneer deze in de praktijk aanwezig is. Het bleek tot op heden nog niet mogelijk om deze code ook in de Sumehr mee te sturen.

- 'Preventie' met als subthema's: EKG, stoelgangsstaal (iFOBT kon niet als term gekozen worden in het sjabloon van Health One), colonoscopie, uitstrijkje, mammografie

Er bestaat een tabblad 'GMD-plus' in Health-One. Dit bleek bij bespreking op de vergadering echter ongebruikt nadat de subsidies waren afgevoerd. Er was wel interesse om deze gegevens te registreren, maar dan in één centraal tabblad, samen met de medicatie en relevante voorgeschiedenis. Daarom hebben we deze items toegevoegd aan de medische basisinformatie.



FIGUUR 3: OUD SJABLOON MEDISCHE BASISINFORMATIE



FIGUUR 4: NIEUW SJABLOON MEDISCHE BASISINFORMATIE

Observatie

Het item GFR werd intensief gebruikt. De registratie van de GFR werd ook gecontroleerd in de steekproef die op het einde van de interventieperiode gecontroleerd werd. Er was bij 69% van de 75+'ers uit de steekproef een GFR ingevuld (33/48). Daarnaast was de GFR bij zeven patiënten uit jongere leeftijdscategorieën ingevuld (diabetespatiënten, nefrotoxische medicatie, lupus). De DNR-codes daarentegen waren niet ingevuld. Het preventieschema werd ingevuld, maar niet systematisch.

Evaluatie

De artsen waren het unaniem eens over het nut van de software-aanpassingen. Het maakte het sjabloon medische basisinformatie meer gebruiksvriendelijk en uniform. Het stimuleerde de artsen meer om medische gegevens te noteren omdat het sjabloon meteen opviel in het dossier en minder muisklikken vergde dan bijvoorbeeld het preventiedossier.

> *Ja eh, vroeger deed ik het via dat sjabloon rechts, dat was niet goed, nu doe ik het via het icoon medische basisinfo, dat is veel uitgebreider. Dus nu ga ik het niet meer veranderen, dat vind ik prima. Ik heb het lang verkeerd gedaan en daarmee marcheerde het niet goed he. Maar nu heeft Edith het mij nog eens getoond. Als je daarop dat icoontje ging, als er al een basisinfo was, kon je dat sjabloon met die items niet meer krijgen, ik had al veel dingen gebrekkig aangevuld en ik kon dat niet meer verbeteren, maar Edith heeft mij dat een keer getoond en nu doe ik het op de correcte manier he denk ik. [Arts 1]*
>
> *We hebben een zeer mooi sjabloon opgemaakt voor de medische basisinfo en er een preventiedossier aan toegevoegd, dat zijn allemaal dingen die anders nooit zouden ingevuld worden. Hoe soepeler en gemakkelijker het invullen gaat, hoe meer we ertoe geneigd zullen zijn om alles in te vullen en dat was een belangrijke versterkende factor. [Arts 4]*

Het preventiedossier in de medische basisinformatie werd gebruikt, maar slechts in beperkte mate. Het zorgde er wel voor dat preventieve screening vaker besproken wordt met patiënten, maar de invoer van gegevens was voor de meeste artsen te tijdrovend om systematisch toe te passen. Hoewel de artsen van goede wil waren en dit zo veel mogelijk probeerden in te vullen, lukte dit niet steeds wegens van tijdsgebrek. Er werd tijdens de interviews door een aantal dokters gesuggereerd dat het secretariaat hierin een rol zou kunnen spelen. Er waren artsen die voor de invoering van het preventiesjabloon al screeningsvragen stelden, bijvoorbeeld bij een pilvoorschrift, maar dit niet noteerden in het dossier, omdat het gebruik van het GMD-plus nog meer tijdrovend was dan gebruik van de medische basisinformatie en minder in het oog sprong. DNR-code werd niet geregistreerd, voornamelijk omdat er nog geen code was opgesteld, omdat de artsen er niet aan dachten of omdat de DNR-code van rusthuispatiënten ter plaatse bewaard werd.

> *Eigenlijk zou je het moeten doen als het toekomt via Hector, maar dat doe ik dus niet, dat is weer heel veel werk he. Het is jammer dat dat niet automatisch gebeurd, bijvoorbeeld bij mensen van 50+ dat dat direct geïntegreerd wordt he. Maar dat is niet voor ons, dat is softwarematig. Het zou moeten kunnen bij iFOBt en mammo, het lukt wel bij bloedgroep. Want dat is een beetje stom werk he. Ofwel moeten we vragen of de secretaresses dat zien zitten, maar dan moeten ze telkens die brieven overlopen. Dat zou ik willen beter doen, maar ik weet niet goed hoe dus dat zou ik eens willen bespreken. [Arts 2]*
>
> *Ja, ook als het niet altijd correct ingevuld is. Ik gebruik dat wel meer, maar het bestaat nog niet zolang bij ons. Vroeger vroeg ik die dingen ook na, bij een pilvoorschrift, of als ze voor een checkup komen, een bloedname, dan kijk ik ook voor preventie-opvolging. Ook als we dat nog niet hadden. [Arts 3]*
>
> *Ik vind dat we een goede kapstok hebben gemaakt, zo vraag ik nu wel na wanneer er een uitstrijkje is gebeurd en soms vloeit daar dan ook een volgende consultatie uit. Ook is het vaak een aanleiding tot een gesprek over screening of rookstop. GFR vind ik ook een nuttig item, jammer dat het niet automatisch geüpdatet wordt in de medische basisinfo, want ik heb schrik dat de items niet zullen geüpdatet worden bij bijvoorbeeld recentere bloednames. [Arts 5]*

3.3.3 Sensibilisatie per thema

Planning

Omdat tijdsgebrek tijdens de consultatie vaak naar voor kwam als argument voor niet ingevulde medische basisinfo, besloten we de aandacht gedurende één week op een bepaald item te vestigen. Deze items werden

dan zoveel mogelijk ingevuld bij patiënten die in deze periode op consultatie kwamen. De thema's waren: familiale voorgeschiedenis, allergieën, alcoholgebruik en rookstatus. Er werd gekozen voor deze thema's omdat het weinig tijd kost om deze na te vragen en in te vullen, niet omdat ze belangrijker zijn dan medische antecedenten. De chronische medicatielijsten werden afgelopen maanden spontaan beter geregistreerd sedert de invoering van Recip-e.

Actie

Er werd aan de artsen gevraagd om gedurende een week bij zo veel mogelijk patiëntcontacten de familiale voorgeschiedenis te bevragen. Er werden een herinnering aan het computerscherm (Post-it) en in de centrale ruimte gehangen. Op de vergaderingen werd frequent geëvalueerd hoe de registratie ging. Gedurende de drie volgende weken kwamen de andere items achtereenvolgens aan bod (allergieën, alcoholgebruik en rookstatus).

Observatie

Uit alle patiënten die van 09/10/17 tot 3/11/17 gezien werden in de praktijk of op huisbezoek, werden als steekproef de dossiers gehaald die het jaar voordien nog een GMD hadden bij de collega die op pensioen gegaan is. Het betrof 205 dossiers.

De steekproef was idealiter een representatieve weergave van 1302 GMD's die de gestopte huisarts had in september 2016 (Ten opzichte van 4690 voor de totale praktijk). Strikt genomen betekent dit een steekproefgrootte van 297 dossiers bij een betrouwbaarheidsinterval van vijfennegentig procent en een foutmarge van vijf procent (bron Baarda). Gezien de beperkte registratieperiode werden slechts 205 patiënten gezien die aan het criterium voldeden.

Zoals uit onderstaande tabel blijkt, werd voor alle items een toename van de invulstatus bereikt. Vooral allergieën, rookstatus en alcoholgebruik werden geregistreerd. Het item familiale voorgeschiedenis werd veel minder bevraagd dan de andere onderwerpen.

Allergieën voor interventie	8,43%
Allergieën na interventie	48,54%
Familiale voorgeschiedenis voor interventie	6,27%
Familiale voorgeschiedenis na interventie	19,69%
Rookstatus voor interventie	13,24%
Rookstatus na interventie	53,93%
Alcoholgebruik voor interventie	12,94%
Alcoholgebruik na interventie	52,13%
GFR voor interventie	0,00%
GFR na interventie	14,94%

Figuur 5 invulstatus EMD-items voor en na interventie, steekproef dossiers.

Evaluatie

Een andere mogelijk observatie was om de dossiers te controleren van alle de patiënten die in de interventieperiode een arts-patiëntcontact hadden gehad, dus niet enkel van de patiënten die voorheen een GMD bij de gestopte arts hadden, maar dit was praktisch onmogelijk. Een tekortkoming van dit kwantitatief onderzoek is dat de thema's over verschillende weken gespreid werden en dat van de patiënten die in week één op consultatie gekomen zijn dus vaker slechts één item goed ingevuld zal zijn. Idealiter zou er per week een controle gebeurd zijn van het betreffende thema van de week.

De thema's hebben op alle artsen een invloed gehad, maar niet alle artsen werden even erg gestimuleerd. Een deel van de artsen geeft aan meer gegevens in het dossier aan te vullen, sedert de thema's van de week. Ze overlopen vaker systematisch verschillende items van de medische basisinformatie, eerder dan één bepaald item. Vaak kenden de artsen al de rookstatus van de patiënt, maar vulden ze dit niet in, door de thema's van de week gingen ze hier anders mee om. De arts die reeds het meest tijd voor haar patiënten nam, gaf aan dat ze het minst door deze thema's beïnvloed werd. Dat bij zestig procent van de dossiers geen rookstatus, allergieën of alcoholgebruik werd ingevuld, heeft ten dele te maken met het feit dat sommige patiënten enkel bij de eerste interventieweek op consultatie kwamen, maar ook met het gegeven dat rookstatus bij kinderen of bejaarden natuurlijk irrelevant is, zoals één van de artsen opmerkte tijdens het interview.

> *Zo in het begin daar, item van de week, dat was wel goed omdat je daardoor alerter bent wanneer het niet is ingevuld. Als er niet ingevuld is 'geen allergie', ga ik het rap nog eens navragen en invullen. Ook familiale, ik moet wel zeggen, ik vergeet het sneller omdat het niet bij de het kader met de Sumehr staat. [Arts 2]*
>
> *Nee. In zekere zin wel, bijvoorbeeld, ik weet dat rookstatus… in het verleden ging ik de relevante dingen eerst invullen, zoals medicatie en voorgeschiedenis. Rookstatus bij een kind of een dementerende bejaarde in het rusthuis is niet relevant voor mij, dus die dingen waren dan vaak ook niet ingevuld. [Arts 3]*
>
> *Positief, ik vind het een positieve stimulans, ik let meer op het dossier en probeer meer dingen aan te vullen. Ik zie ook dat het bij collega's meer gebeurd. Bij de thema's van de week doe je een extra inspanning, als je ziet dat het bij collega's ook gebeurd is dat een extra stimulans. De weekthema's hielpen me om er een soort routine in te krijgen. Allergieën, rookstatus, familiale banden navragen verloopt veel automatischer terwijl ik dat vroeger niet zou gedaan hebben. [Arts4]*

Navragen van de familiale voorgeschiedenis leverde vaak relevante informatie op, ook voor een huisarts die de patiënt al jaren kent. Vaak zorgde navragen van de familiale voorgeschiedenis voor belangrijke informatie over de sociale context van de patiënt: Een zus met een hersentumor, angst voor dementie,… Toch werd dit item tijdens de interventieweken het minst goed ingevuld. Een mogelijke verklaring is dat dit minder relevant is voor kinderen of oudere mensen. Daarnaast volgden hier ook minder snel korte interventies zoals motiverende gespreksvoering uit. Dit was bij rookstatus en alcoholgebruik wel het geval. Dit item werd ook vaker vergeten omdat het niet bij het sjabloon in het startscherm van Health-One staat, maar je specifiek naar het tabblad 'Medische basisinformatie' moest gaan.

> *Omdat je dan rookstop wil initiëren. Misschien deed ik dat te weinig, kleine dingen waar ik probeer op te letten, sedert dat we die teamvergaderingen hebben. Het is inderdaad zo dat iets wat ik vanzelfsprekend vind omdat ik die patiënt ken. Dan is het toch belangrijk dat wanneer die patiënt bij iemand anders komt, dat ook die zaken ingevuld zijn. Ook al heb ik dat niet altijd relevant gevonden, daar probeer ik om te letten. Ik probeer dat volledediger in te vullen. [Arts 3]*
>
> *Die familiale, daar verschiet ik nog iedere keer van, wat eruit komt als je het navraagt. Dit speelt mee in het beleid, bijvoorbeeld bij hevige angst voor kanker, je moet weten vanwaar de angst komt, is er een familiale achtergrond. Dat is soms belangrijker dan de medische basisinfo en allergieën. [Arts 4]*

3.3.4 Patiënt-betrokkenheid

Planning

Er waren verschillende interventies om patiënten bij de dossieroppuntstelling te betrekken. De artsen bespraken de medische basisinformatie meestal met de patiënt. Daarnaast werden een aantal strategieën geïmplementeerd om de patiënt actief bij zijn dossierbeheer te betrekken.

Actie

In één interventie werden patiënten opgeroepen om actief deel te nemen aan de registratie van hun medische basisinformatie. Er werd vanaf 2 mei 2017 tot 2 oktober 2017 een PowerPointpresentatie getoond op het televisiescherm van in de wachtzaal en er werden op dit moment dertig folders aan de receptie gelegd. De folders bevatten verduidelijkende informatie rond het belang van een goed dossier en een uitnodiging tot een gratis consultatie om het dossier te overlopen.



FIGUUR 6: PATIËNTENFOLDER DOSSIERCONSULT

Observatie

De patiënten van onze praktijk waren niet geneigd om proactief het dossier te bespreken. Hoewel alle folders werden meegenomen, heeft geen enkele patiënt hierover een arts aangesproken. Zeven patiënten vroegen tijdens de consultatie meer uitleg over de geprojecteerde oproep. Slechts 2 patiënten stelden actief voor om in te gaan op de oproep en een dossierconsult te plannen.

De artsen haalden de informatie voor de medische basisinformatie van een patiënt hoofdzakelijk uit specialistenbrieven. Toch vonden ze dat overlopen van de gegevens met de patiënt zelf een bron van complementaire informatie was. De artsen hechtten bij navragen vooral belang aan de familiale gegevens en sociale achtergrond van de patiënt. De vaste artsen konden in tegenstelling tot de haio's gegevens zoals rookstatus vaak zonder navragen invullen. De haio's vinden het overlopen van de medische basisinformatie een goede manier om de patiënt te leren kennen. Bij navragen van allergieën bleek het belangrijk om na te gaan wat de patiënt hiermee precies bedoelde. Op deze manier werden veel vermeende allergieën ontkracht.

> *De specialistenbrieven zijn heel goed voor de medische basis en allergieën. Maar ik zoek de meerwaarde in de sociale achtergrond. De patiënt vertelt dikwijls een verhaal als je de voorgeschiedenis navraagt, dat vind je niet terug in specialistenbrieven. De sociale info in de brieven klopt vaak niet, terwijl kennis van de sociale achtergrond van de patiënt juist de sterkte is van de huisarts. Dit speelt mee in het beleid, bijvoorbeeld bij hevige angst voor kanker, je moet weten vanwaar de angst komt, is er een familiale achtergrond. Dat is soms belangrijker dan de medische basisinfo en allergieën. [Arts 4]*
>
> *Ik heb er werk van gemaakt om bij de meeste patiënten die ik van hem heb overgenomen in één van de eerste consultaties medische basisinfo te overlopen. Ik vond dat vrij tijdrovend. Dat was voor mij ook een goede manier om de patiënten wat te leren kennen. [Arts 5]*

Uit de interviews bleek dat de artsen heel vaak zelf het initiatief nemen om de medische basisinformatie te overlopen met de patiënt. Een deel van hen deed dit tijdens één van de eerste patiëntencontacten, maar meestal niet onmiddellijk, aangezien men niet zeker was of de patiënt zou blijven komen. Enkele technieken die gebruikt werden, zijn: draaien van het computerscherm, het gebruik van open vragen, verwijzen naar de nieuwe collega's (haio's) en naar de inhoud van de Sumehr's. Er werd ook verwezen naar de oproep op het televisiescherm en vaak bleek dat patiënten deze toch gelezen hadden.

> *Dan zeg ik het tegen de patiënt ja, veelal kijken ze een beetje raar, want veelal ken ik de patiënt al meer dan dertig jaar. Maar dan zeg ik, we moeten het dossier een beetje in orde brengen want er moet nu een medische basisinfo zijn, je hebt dat gezien op tv waarschijnlijk he, ik verwijs naar die oproep op tv en dan overloop ik het eens, roken, alcoholgebruik, sport, familiale antecedenten. Een deel ervan kan ik uit mijn hoofd invullen en ja eigenlijk gaat dat bij mij redelijk rap moet ik zeggen. Dat heeft denk ik binnen een consultatie maar een bijkomende belasting van een 3à4 minuten. [Arts 1]*

> *Soms wel, bijvoorbeeld roken en drinkgedrag vraag ik en sport ja dat moet ik vragen, dat weet ik niet altijd he. En soms vraag ik dan een keer: 'zijn er nog dingen waarvan jij denkt die erin moeten?'. Ja, dan vertellen ze soms iets dat ik nog niet wist, bijvoorbeeld dat ze op kinderleeftijd iets gehad hebben. Het gebeurt weleens dat ze met iets voor de dag komen dat ik nog niet wist. [Arts 1]*

> *Jaja! Ik zeg dat zo, we gaan dat hier eens rap overlopen in het kader van de nieuwe dokters enzovoort. En de meeste mensen zijn blij, ik heb nog niemand gehad die daar raar over doet. Ik denk naar hen toe geef je een signaal van we volgen goed op en we werken er met velen aan en proberen goed samen te werken door te structureren. Ik toon dan mijn scherm en de basisinfo en toon dat de dokters dit dan zo zien. Ik zeg, nu is dat nog niet het geval, maar naar de toekomst toe is het ook om voor andere dokters te gebruiken, voor als je in het weekend eens op de spoed terecht komt. Als je allergieën of medicatie navraagt vinden mensen dat altijd interessant he, en op zich is dat ook interessant als het helemaal op punt staat. Iedereen is zeer bereid om daaraan mee te werken, ik heb nog niemand gehad die het ambetant vond denk ik. [Arts 2]*

De patiënten reageerden enthousiast op de uitnodiging van de arts om de medische basisinformatie samen te overlopen. Er waren zelfs mensen die zelf informatie aanbrachten die ze vergeten te vermelden waren in de consultatie. Slechts één patiënt had bezwaar tegen registratie in het EMD uit schrik voor hacking van de software in de praktijk.

Meestal werd het dossier tijdens de consultatie zelf besproken en tegelijk ingevuld. Sommige artsen vulden dit op een moment los van de consultatie aan, om het bij een volgende consultatie te bespreken. Andere artsen verspreidden deze taak over verschillende consultaties. De artsen namen soms belangrijke informatie op in het dossier, zonder dit met de patiënt te bespreken, bijvoorbeeld om hun collega's te waarschuwen voor agressie of verslavingsproblematiek.

> *Misschien door de patiënten wat meer te betrekken. Patiënten willen ook niet dat alles in hun dossier staat denk ik terwijl, sommige dingen wel belangrijk zijn om te weten. Ik denk dat we een dossier maken om zelf te gebruiken en niet voor de patiënt om in te kijken. Ik denk dat er daar wel een zekere drempel moet zijn. De patiënt heeft een rol in het bewaken van de medische basisinfo, maar het volledige dossier, ik heb er mijn bedenkingen bij als een patiënt dit ongenuanceerd zou kunnen inkijken. [Arts 4]*

> *Allergieën zijn belangrijk, maar de patiënt zegt snel dat hij allergisch is aan een bepaald medicament, ik merk dat je best eens de reactie navraagt om zeker te zijn. Sociale achtergrond vind ik ook zeer belangrijk, je ziet dat patiënten het leuk vinden als je iets persoonlijks navraagt, je toont dat je oprecht geïnteresseerd bent in de mens voor u. de werksituatie, ouders die onder bijzondere omstandigheden overleden zijn, een dochter met middelenmisbruik, ik vind dat het sociale element de huisarts ook onderscheid van de specialist. [Arts 5]*

Evaluatie

Wanneer de arts initiatief neemt om de patiënt bij zijn dossier te betrekken wordt dit steeds positief onthaald. Acties om de patiënt specifiek uit te nodigen om het dossier te overlopen zijn niet effectief binnen onze praktijk. Een oproep in de wachtzaal kan de arts ondersteunen in het initiatief om de medische basisinformatie met de patiënt te bespreken, maar zal de patiënt er niet toe aanzetten om zelf een gesprek over zijn dossier aan te gaan.

3.3.5 Interviews

Planning

Tijdens de vergaderingen kwamen wel enkele opmerkingen op de interventies, maar een diepgaande evaluatie kwam onvoldoende aan bod. Het belangrijkste doel van de interviews was dus om de voorgaande interventies te evalueren en aan te passen. Daarnaast werd gepeild naar het eigen EMD-gebruik en het gebruik binnen de groepspraktijk. Ook de positieve en negatieve ervaringen van samenwerking rond de EMD-optimalisatie werden bevraagd. De interviews vormden op zich dus ook een interventie. De informatie die uit de interviews bekomen werd, werd opnieuw in een vergadering besproken om de interventies aan te passen en te herimplementeren. Om de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek te garanderen werden de interviews voorgelegd aan de promotor, dokter Peter Pype.

Actie

De interviews werden afgenomen door één van de onderzoekers. Alle artsen gaven toestemming om het interview op te nemen. Er werd één secretariaatsmedewerkster geïnterviewd. De interviews werden volledig getranscribeerd en daarna door twee onafhankelijke lezers inductief gecodeerd. De bevindingen werden verkregen via open en axiale codering van de interviews. De interviews zijn terug te vinden in de bijlage van deze masterproef.

Observatie

De artsen gebruiken het EMD en de medische basisinfo allemaal. De meeste artsen vonden het EMD vooral voor zichzelf een handig extern geheugen. Iedereen vond de samenwerking binnen de groep een extra drijfveer om de medische basisinformatie op punt te stellen, vooral de aanwezigheid van da haio's en hun motiverende acties waren een positieve stimulans. De artsen zijn vragende partij om een aantal interventies rond het dossier op regelmatige basis te herhalen. Er kwamen ook een aantal voorstellen naar voor, zoals jaarlijks de medische basisinformatie updaten bij de GMD-verlenging en inschakelen van het secretariaat voor invullen van het preventiedossier. Deze voorstellen werden op de praktijkvergadering besproken.

> *Sinds de intrede van de twee haio's en de vooruitzichten dat jullie blijven is het natuurlijk belangrijker en de bedoeling van meer een groepspraktijk te zijn waarin patiënten gemakkelijker eens bij de een en de ander kunnen gaan, is zoiets veel belangrijker geworden dan vroeger. Dat heeft nog een tijdje geduurd eer ik dat inzag, dat dat moest gebeuren of dat ik de energie had om dat te doen, maar ik denk dat de laatste tijd ik serieus gemotiveerd ben om dat in orde te brengen en die samenvatting volgens jullie instructies in orde te brengen hé. [Arts 1]*

Er kwamen een aantal moeilijkheden in de samenwerking rond het EMD naar voor. De vijf artsen hebben een zeer verschillende manier van registreren, van kernwoorden tot volzinnen gekopieerd uit specialistenbrieven. Iedereen vond het moeilijker om een medische basisinformatie te gebruiken, die door een collega was opgesteld. Alle artsen vonden het vervelend om een patiënt te zien, die een uitgebreide voorgeschiedenis had, die niet in het dossier genoteerd was. Toch vonden ze het moeilijk om hierover te communiceren met hun collega's omdat ze vreesden dat dit niet geapprecieerd zou worden. Bovendien vonden ze dat het niet hun verantwoordelijkheid was om dat dossier aan te vullen. Er werden ook vragen gesteld naar het onderhouden van een goed dossier en de rol die de GMD-houder en het secretariaat hierin kon spelen.

Ja, ik denk het wel, eh, ik denk dat X het minder invult, of summierer, en dokter Y zeer uitgebreid soms. Dat is soms ambetant voor iemand die die patiënt niet kent. Ik heb liever een of twee woorden zodat je rap ziet wat er aan de hand is. [Arts 2]

Maar ik ben nu in de praktijk al diegene die het meest tijd per patiënt neemt, dus ik wil daar ook niet nog meer de outsider in zijn, ik probeer terug te trekken naar het gemiddelden. Sommige dingen worden misschien niet au fond besproken omdat we niet de confrontatie met elkaar willen aangaan. Dan komen onze verschillen plots heel sterk tot uiting he en dat proberen we een beetje te vermijden omdat het delicaat is. [Arts 3]

Het is moeilijk, iedereen heeft zijn systeem en ik heb de indruk dat iedereen het best werkt met zijn eigen systeem. Voor patiënten die ze hoofdzakelijk zelf zien, wil ik niets veranderen. Bij gedeelde patiënten zou ik een wat uniformere manier van werken voorstellen. Maar ik zie het als mijn taak zelf de synthese van hun dossier te zien. Mijn collega's zullen ook niet altijd mijn dossier het beste vinden en mogen hun aanpassingen doen? [Arts 4]

Evaluatie

Uit de interviews kunnen we besluiten dat er tijdens de interventie een mentaliteitswijziging was omtrent het EMD. Het instrument werd door alle artsen intensiever gebruikt en de medische basisinformatie vormde de hoeksteen voor het delen van patiënten. De interviews leverden informatie supplementair aan de groepsvergaderingen. De artsen gaven eerlijk hun mening, ook als dit kritiek was op de werkwijze van een collega. De informatie die bekomen werd uit de interviews vormde de basis voor de afsluitende vergadering in deze masterproef.

De afsluitende vergadering leidde tot volgende afspraken:

- Op de eerste vrijdag van de maand wordt in de vergadering het EMD-gebruik geoefend, iedereen kan problemen aanbrengen. Indien geen oplossing voor aangebrachte problemen gevonden wordt, zal de verantwoordelijke van de week contact opnemen met health One.
- De 'zorgenkindjes' vormen wekelijks een kort agendapunt. Iedereen krijgt de kans om zijn precaire patiënten toe te lichten. Dit zal ongeveer vijftien minuten in beslag nemen.
- Indien een arts een patiënt van een collega ziet en het dossier is niet ingevuld en hierdoor problemen ondervindt tijdens de consultatie, bespreekt hij dit dossier als 'zorgenkindje'.
- Aansluitend op de 'zorgenkindjes' wordt een wetenschappelijke vergadering gehouden. Hier worden richtlijnen en informatie uit bijscholingen besproken of worden paramedici uitgenodigd.
- Iedereen probeert n.a.v. de jaarlijkse EMD-verlenging ook de medische basisinformatie met de patiënt te overlopen.
- Indien een arts zelf geen tijd heeft om de medische basisinformatie van een nieuwe patiënt in te vullen, kan het secretariaat dit voorbereiden.
- De DNR-codes zullen niet in de medische basisinformatie geregistreerd worden, aangezien dit zeer tijdrovend is en niet als meerwaarde gezien wordt ten opzichte van DNR-codes in het rusthuis.
- Voor thuispatiënten worden de medicatiefiche en de medische basisinformatie afgedrukt en meegenomen op de eerstvolgende huisbezoeken, de secretariaatsmedewerksters zullen de artsen hieraan herinneren.
- Er worden in de zomer nieuwe thema's van de week georganiseerd. Dezelfde thema's zullen opnieuw aan bod komen, net als de preventieve items (EKG, stoelgangsstaal, colonoscopie, uitstrijkje, mammografie).

4. Procesevaluatie en discussie

Deze masterproef had tot doel na te gaan welke interventies zouden bijdragen tot intensief en kwalitatief EMD-gebruik binnen onze groepspraktijk. De huisartsenpraktijk is een complex, dynamisch systeem en EMD-gebruik is afhankelijk van tal van variabelen, die niet allemaal in gelijke mate te beïnvloeden zijn. Zo wordt het EMD op verschillende wijzen gebruikt door de vijf artsen in de praktijk. Iedereen heeft een ander werkritme en andere prioriteiten m.b.t. het EMD-gebruik. De interventies die in onze praktijk werkzaam bleken, zullen een ander effect hebben in groepspraktijken waar een andere visie heerst of waar men niet beschikt over een secretariaat.

De vergaderingen rond EMD-gebruik vormden de hoeksteen van de interventie. Deze waren onontbeerlijk om de praktijkvisie na te gaan, hindernissen en facilitatoren te bespreken en afspraken rond EMD-gebruik te formuleren. Nadat de hindernissen voor goed EMD-gebruik geïdentificeerd waren, werd via brainstormsessies naar oplossingen gezocht. Het bleek belangrijk om de agendapunten reeds voor de vergadering te bepalen en notities te nemen van de besproken onderwerpen. Een verantwoordelijke zorgde voor meer gestructureerde vergaderingen en voorkomt dat er te ver wordt afgeweken van de onderwerpen.

Tijdens de vergaderingen werden afspraken gemaakt in volgende deeldomeinen: communicatie, taakverdeling en registratie van medische gegevens. Het was belangrijk om na te gaan welke taken volgens de verschillende artsen aan het secretariaat konden worden toebedeeld. In het onderzoeksrapport van Van der Stighelen kwam naar voor dat artsen in groepspraktijken vaker op verschillende manieren registreerden, dit vormde inderdaad een belangrijke opmerking die bij verschillende artsen tijdens de interviews aan bod kwam.[1] Door praktijkafspraken probeerden we alles zo uniform mogelijk te registreren, met ruimte voor eigen accenten. Net als in de richtlijn van domus medica is ons dossier opgedeeld in administratieve en medische data.[2] Er werd afgesproken dat het secretariaat zo veel mogelijk administratieve data zou registreren (ID-kaart inlezen, telefoonnummer en contactpersonen registreren), maar ook medische gegevens kunnen in eerste instantie door secretariaatsmedewerksters ingevuld worden. Tijdens de vergaderingen werden geïmplementeerde interventies geëvalueerd en bijgestuurd. Omdat zowel uit de literatuur als uit de vergaderingen bleek dat onkunde in het gebruik van de medische software een belangrijke barrière vormde voor EMD-gebruik, werd dit tijdens een aantal vergaderingen ingeoefend.[1,8,9,10] Iedereen vond de vergaderingen waarbij elkaar het gebruik van Health-One aanleerden een grote meerwaarde voor het EMD-gebruik.

Alle artsen waren het erover eens dat de vergaderingen moesten blijven bestaan om niet in gewoontes te vervallen en te blijven focussen op onderdelen van de medische basisinformatie die minder goed worden ingevuld. Gebrek aan movitatie om het EMD te beheren bleek in de literatuur een belangrijke hindernis, die we door middel van de vergaderingen en thema-weken probeerden te beperken.[9,10] De vergaderingen werden volledig door de Haio's geleid. Een veranderproces is natuurlijk zeer sterk afhankelijk van de motiverende kracht van de projectleider.[11] Vermoedelijk zal deze motivatie en stimulatie een deel van het succes van de implementatie het nieuwe EMD-gebruik verklaren.

Uit de literatuurstudie bleek dat zorgcontinuïteit een belangrijke invloed heeft op de kwaliteit van de geleverde zorg. Zorgcontinuïteit kan best door één arts geleverd worden, maar in groepspraktijken is dit niet altijd mogelijk.[15] Om binnen onze groep toch een zo hoog mogelijk niveau van continuïteit te garanderen, werd het concept 'zorgenkindjes' geïntegreerd. De bespreking van 'zorgenkindjes' leidde tot een gedeelde verantwoordelijkheid en kan de continuïteit van zorg ten goede komen, wanneer de vaste huisarts afwezig is. De 'zorgenkindjes' vormden eveneens een manier om direct en indirect de aandacht omtrent het medisch dossier niet te laten verslappen.

De complexiteit en weinig gebruiksvriendelijke interface van de huidige medische programma's vormt een grote verzuchting bij veel artsen, die ook tijdens de interviews veelvuldig aan bod kwam .[1,8,9,10] Door de aanpassingen van het softwaresjabloon, werd het tabblad 'medische basisinformatie' gebruiksvriendelijker. Dit stimuleerde alle artsen om meer informatie over de patiënt te registreren. Onnodige items werden verwijderd en de items 'eGFR', 'DNR-code' en het preventiesjabloon werden toegevoegd. Vooral het item 'eGFR' werd intensief gebruikt. Het werd niet als een meerwaarde beschouwd om de DNR-code van rusthuispatiënten in het EMD te registreren.

Registratie van de aanwezigheid van een wilsverklaring werd aan het secretariaat toevertrouwd. Hoewel we een aantal aanpassingen konden doorvoeren, botsten we ook op tekortkomingen van ons softwareprogramma. Zo is het jammer genoeg niet mogelijk om laboresultaten meteen in de medische basisinformatie te integreren.

Een tweede belangrijke hindernis voor artsen is dat het goed beheren van een EMD tijdrovend is. .[1,8,9,10] Met de invoer van de sensibilisatieweken hebben geprobeerd veel informatie te registreren zonder tijdens de consultatie een significante tijdsbelasting op te leggen. De sensibilisatieweken rond één bepaald item van de medische basisinformatie bleken in onze praktijk succesvol. Een deel van dit succes kan verklaard worden door het beperkte tijdsverlies, wanneer slechts één item moet bevraagd en/of geregistreerd worden. Een andere verklaring is dat artsen er tijdens een consultatie vaak gewoon niet aan dachten om gegevens zoals rookstatus of familiale voorgeschiedenis te bevragen. Door deze thema-weken kwamen de items één voor één onder de aandacht.

Patiënten bij hun medisch dossier betrekken, zou volgens de literatuur een positieve invloed hebben op het EMD-gebruik. In de gebruikte artikels wordt echter niet gespecifieerd hoe patiënten bij hun dossier moeten betrokken worden.[1,10] We hebben de patiënten via folders en een powerpoint de mogelijkheid geboden om proactief hun dossier te bespreken, maar het verspreiden van folders en een oproep op het televisiescherm zorgden in onze praktijk niet voor de gewenste bewustmaking rond het dossier en leidden er niet toe dat de patiënt zelf zijn medische basisinformatie met de arts wou bespreken. De beste manier om tijdens de interventie patiënten te betrekken, was door het computerscherm te draaien en de voorgeschiedenis expliciet te bevragen.

De hoofdzakelijk kwalitatieve benadering van het praktijkverbeterproject bood de mogelijkheid om in te gaan op de belangen en visie van alle betrokken artsen en om hun individuele ervaringen m.b.t. de praktijkveranderingen en interventies na te gaan. Zo konden de interventies op maat van de praktijk herwerkt worden. Het bleek nuttig om interviews af te nemen. Een voordeel van de interviews, die uit de masterproef naar voor kwam is dat de artsen bij de interviews in tegenstelling tot bij de vergadermomenten wel duidelijke individuele standpunten durfden of konden innemen. Soms was tijdens de vergaderingen onvoldoende tijd voorzien om hier dieper op in te gaan. Bovendien werden tijdens de interviews de onderwerpen voor de volgende vergadering m.b.t. het EMD aangereikt.

De tekortkomingen van dit praktijkverbeterproject zijn de tekortkomingen van actieonderzoek. De interventies zijn gegroeid uit hindernissen voor EMD-gebruik binnen onze eigen groepspraktijk. De aandacht voor EMD-oppuntstelling is gegroeid uit de herverdeling van patiënten wiens medische gegevens slechts beperkt geregistreerd waren. Het is dus niet mogelijk om de besluiten omtrent werkzaamheid te veralgemenen naar andere praktijken. Praktijkvergaderingen zijn onontbeerlijk in participatief onderzoek, net als afspraken rond communicatie, taakverdeling en registratiewijze. Interventies die in onze praktijk noodzakelijk waren, zoals de invoer van vergaderingen, aanpassingen van de software en sensibilisatieweken, zullen in andere praktijken tot een ander resultaat leiden. Bovendien kan de gedragswijziging onder de artsen voor een substantieel deel verklaard worden door de stimulerende aanwezigheid van de haio's, die tevens het praktijkproject leidden. Artsen die zelf niet zo'n grote winst zien in de oppuntstelling van dossiers, zijn toch gemotiveerd om hier aandacht aan te besteden, wanneer dit voor hun collega's belangrijk blijkt.

De kwantitatieve gegevens betroffen een steekproef van dossiers van patiënten die voorheen een GMD hadden bij de gestopte arts en die in de sensibilisatieweken minstens éénmaal op consultatie gekomen waren. Een meer gedetailleerde controle van de interventieweken zou zijn wanneer de invulstatus van bijvoorbeeld het item 'familliale voorgeschiedenis' van alle dossiers in de groepspraktijk voor en na de sensibilisatieweek gecontroleerd zou zijn. Dit was gezien het gebrekkige codeersysteem van onze software echter onmogelijk.

5. Besluit

We kunnen besluiten dat de interventies hebben geleid tot meer intensief gebruik van het EMD als groepspraktijk. Er zijn afspraken gemaakt rond registratie en communicatie. Alle acties met betrekking tot de artsen en het secretariaat werden positief onthaald. Vier interventies leidden tot beter EMD-gebruik en zullen dan ook behouden worden. Er wordt wekelijks een deel van de vergadering aan het EMD-gebruik gewijd.

Er is slechts weinig onderzoek gebeurd naar de variabelen die de dynamiek en het registratiegedrag binnen groepspraktijken beïnvloeden. Er is nog verder onderzoek naar om de invloed van praktijkvergaderingen en praktijkafspraken op EMD-gebruik en registratie te meten.

6. Referenties

1. Van der Stighelen V., Burggraeve P., Geudens L., Van Pottelbergh H. Baeten R., Claessens H. ,Cornelis E., Pauwels L. ICT-tools en gebruik van EMD door de huisarts, Hefbomen en barrières bij het gebruik van EMD en elektronische communicatie door huisartsen, onderzoeksrapport.

2. Patrick Verdonck, Johan Strobbe, Jozef Steenackers, Paul Van Royen, Peter De Naeyer, Frans Govaerts, Frank Smeets: Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Het elektronisch medisch dossier. Huisarts Nu maart 2004; 33(2)

3. B. Schoenmakers, B. Aertgeerts, F. Buntinx, et al. De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering, Tijdschrift voor Geneeskunde, 70, nr. 12, 2014 657

4. Stiell, Forster, Stiell, van Walraven, Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes, Canadian Medical Association Journal; Nov 11, 2003; 169, 10; 1023-1028

5. Remen VM, Grimsmo A, Closing information gaps with shared electronic patient summaries—How much will it matter? International Journal of Medical informatics 80 (2011) 775–781

6. Hillemans K, De Lepeleire J. Hoe ziet een goede verwijsbrief eruit en maakt het gebruik ervan een verschil in kwaliteit? Huisarts Nu 2007;36(4):171-176

7. Hompes T, De Lepeleire J. De verwijsbrief. Beschrijvende analyse van verwijzingen naar spoedgevallen door huisartsen. Huisarts Nu. 2007;36(3):119–24.

8. Price M, Singer A, Kim J, Adopting electronic medical records Are they just electronic paper records? Canadian Family Physician 2013;59: e322-9

9. McGinn C A, Grenier S, Duplantie J, Shaw N, Sicotte C, Mathieu L, Leduc Y, Légaré F, Gagnon M, Comparison of user groups' perspectives of barriers and facilitators to implementing electronic health records: a systematic review, BMC Medicine 2011, 9:46

10. Lau F, Price M, Boyd J, Partridge C, Bell H, Raworth R, Impact of electronic medical record on physician practice in office settings: a systematic review, BMC Medical Informatics and Decision Making 2012, 12:10

11. Boonstra A, Broekhuis M, Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions, BMC Health Services Research 2010, 10:231

12. Adri Smaling, Complexiteitsdenken en kwalitatief onderzoek, KWALON 2013 (18) 2, 89-98

13. Hockley J., Froggat K., Heimerl K. Participatory Research in Palliative Care: Actions and reflections. Oxford University Press, 2013, p.208

14. Fran Baum, Colin MacDougall, Danielle Smith, Participatory action research, Journal of Epidemiology and Community Health 2006;60:854–857

15. Barker Isaac, Steventon Adam, Deeny Sarah R. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data BMJ 2017; 356: j84

7. Bijlagen

Bijlage 1: Semigestructureerd interview artsen/secretariaatsmedewerksters: Elektronische dossiers binnen onze groepspraktijk

Doel: Hoe gaan de artsen binnen onze groepspraktijk om met het EMD? Hoe zien ze het huidige en toekomstige ***EMDgebruik. Heeft de interventie een invloed gehad op het EMD-gebruik?***

Thema	Subthema	Prompt question
Opinie	Eigen gebruik In de groepspraktijk	✓ Wat is het EMD voor jou? ✓ Wat vind je van het gebruik van de medische basisinformatie in Arcus? ✓ Wie is volgens jou verantwoordelijk voor het updaten van de medische basisinformatie?
Gebruik	Eigen gebruik Patiëntbetrokkenheid Als groepspraktijk	✓ Kun je ons vertellen hoe je zelf het EMD gebruikt? o Codeer je? waarom wel/niet o Welke info in het EMD vind je het belangrijkst? o Zijn er elementen in het EMD die je niet nuttig vindt? ✓ Zou je iets willen veranderen aan je EMD-gebruik? ✓ Bespreek je de medische basisinfo met de patiënt? o Waarom wel/niet? o Is dit relevant voor het invullen van het dossier? ✓ Speelt het EMD een rol binnen onze groepspraktijk? ✓ Bespreek je de medische basisinfo van sommige patiënten met collega's? o Waarom? ✓ Zou je iets willen veranderen aan het EMD-gebruik van je collega's? ✓ Wat denk je van teamvergaderingen over het EMD? o Wat zou je dan willen bespreken?
Interventie		✓ Welke invloed hebben de teamvergaderingen op je EMD-gebruik?

		✓ Hoe hebben de recente software-aanpassingen jou EMD-gebruik veranderd? ✓ Hoe hebben de weekthema's jou EMD-gebruik beïnvloed? ✓ Hoe heeft de bespreking van zorgenkindjes jou EMD veranderd?
Optimalisatie		✓ Zijn er nog dingen die je liever anders had gezien i.v.m. het EMD-gebruik in Arcus? ✓ Hoe denk je dat we in Arcus het gebruik van de medische basisinfo -kunnen optimaliseren? ✓ Hoe kunnen we jouw eigen situatie mbt invullen van EMD optimaliseren?

Doel: Hoe gaan de secretariaatsmedewerksters binnen onze groepspraktijk om met het EMD? Hoe zien ze het huidige en toekomstige EMD-gebruik

Thema	Subthema	Prompt question
Opinie	Eigen gebruik Arcus	✓ Hoe gebruik jij het EMD? ✓ Wat vind je van het gebruik van de medische basisinformatie in Arcus? ✓ Wat zijn je positieve ervaringen met het EMD? ✓ Wat zijn je frutstraties mbt het EMD? ✓ Wie is volgens jou verantwoordelijk voor het updaten van de medische basisinformatie?
Gebruik	Eigen gebruik	✓ Welke rol speelt het secretariaat volgens jou in de aanleg van dossiers? ✓ Is jullie takenpakket veranderd? ✓ Wat denk je van de werkbelasting van deze taken?
	Optimalisatie	✓ Zijn er nog dingen die je liever anders had gezien i.v.m. het EMD-gebruik in Arcus? ✓ Hoe denk je dat we in Arcus het gebruik van de medische basisinfo kunnen optimaliseren? ✓ Hoe kunnen we jouw eigen situatie mbt invullen van EMD optimaliseren?

Bijlage2: Informed consent artsen en secretariaatsmedewerkers

Medische dossiers efficiënt aanmaken: de code gekraakt.
INFORMATIE VOOR DE ARTS

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van onze master-na-master-opleiding huisartsgeneeskunde starten we binnen de groepspraktijk Arcus met een onderzoek naar de beste methode om een medisch dossier van patiënten samen te vatten. Dit onderzoek gebeurt in de periode van september 2016 tot en met september 2017, onder toezicht van de Universiteit Gent met als promotor professor Peter Pype.

Indien U toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zullen wij, Dr. Eecloo en Dr. Hooghe u vragen naar uw ervaringen en mening bij het coderen van dossiers. Wij zullen u vragen bij een aantal consulten systematisch het dossier te overlopen met een patiënt, en hierna een blad in te vullen. Op dit blad wordt gepeild naar de gebruikte tijd om het dossier in orde te brengen, en eventuele gevolgen van deze dossieraanpassing (zoals een vervolgconsult, een opgeladen Sumehr,...) aan te duiden. Wij zullen achteraf deze ervaringen samenvatten en hieruit werkpunten opstellen. Wij zullen ook een deel van de aangepaste dossiers evalueren en kwantitatieve gegevens hiervan verzamelen.
Tijdens tussentijdse vergaderingen over de dossieraanpassing zal naar uw mening gevraagd worden, en zullen er eventueel specifieke aandachtspunten meegegeven worden bij het overlopen van de dossiers met de patiënt. Er zal van u een interview worden afgenomen om uw bevindingen bij dit praktijkverbeterproject te bevragen.

Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk verwerkt worden, in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer. Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil ook zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor u. Deelname aan deze studie zal voor u geen financieel voordeel of nadeel met zich meebrengen.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u steeds contact met ons opnemen via het nummer 056/650 150. Wij danken u voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten, Dr. Lieze Eecloo en Dr. Sander Hooghe, in naam van groepspraktijk Arcus.

Medische dossiers efficiënt aanmaken: de code gekraakt.
INFORMATIE VOOR ADMINISTRATIEF MEDEWERKERS

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van onze master-na-master-opleiding huisartsgeneeskunde starten we binnen de groepspraktijk Arcus met een onderzoek naar de beste methode om een medisch dossier van patiënten samen te vatten. Dit onderzoek gebeurt in de periode van september 2016 tot en met september 2017, onder toezicht van de Universiteit Gent met als promotor professor Peter Pype.

Indien U toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zullen wij, Dr. Eecloo en Dr. Hooghe u vragen naar uw ervaringen en mening bij het aanmakenvan dossiers. Wij zullen u vragen een aantal gegevens van van patiënten systematisch te overlopen en in te vullen in het dossier. Hierbij denken wij vooral aan contactgegevens en -personen en het inlezen van de identiteitskaart. Tijdens tussentijdse vergaderingen over de dossier aanpassing zal naar uw mening gevraagd worden, en eventueel specifieke aandachtspunten meegeven bij het overlopen van de dossiers met de patiënt. Op het einde van de onderzoeksperiode zal een interview afgenomen worden.

Alle gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk verwerkt worden, in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer. Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil ook zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor u. Deelname aan deze studie zal voor u geen voordeel of nadeel opleveren.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u steeds contact met ons opnemen via het nummer 056/650 150. Wij danken u voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten, Dr. Lieze Eecloo en Dr. Sander Hooghe, in naam van groepspraktijk Arcus.

Bijlage 3: Informed consent patiënten

Toestemmingsformulier

Naam: …….

1. Ik bevestig dat Dr. Eecloo Lieze/Dr. Hooghe Sander (schrap wat niet past) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk).
In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in de notities van mijn ervaringen en gesprekken met de uitvoerders van de studie om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de informerende arts te ondertekenen en te dateren.
Datum……. Handtekening……..

Door de medewerker te ondertekenen en persoonlijk te dateren.
Datum……. Handtekening……..

Bijlage 4: Informatiefolder dossierconsult voor patiënten

Het dossierconsult

Wat is het?

Een vrijblijvende afspraak bij een van de nieuwe artsen van ongeveer 20 minuten.

Samen overlopen we uw dossier en bespreken we de aandachtspunten over uw gezondheid. We controleren ook uw vaccinatiestatus.



Dit consult is **gratis**.
U hoeft alleen een klevertje van de ziekenkas en uw identiteitskaart meebrengen. .

Maak meteen uw afspraak:

1. Kies bij het secretariaat een beschikbaar moment.
2. Vul op voorhand het contactformulier in (te vinden bij het secretariaat).
3. Breng het contactformulier mee naar uw afspraak.

Let op:

Tijdens het dossierconsult behandelen wij geen klachten en geven we geen voorschriften mee. Gelieve hiervoor een gewone consultatie aan te vragen.



Het dossier-consult

Maak vrijblijvend een gratis afspraak!

Wat staat in mijn dossier?

- Mijn contactpersonen in geval van nood
- Mijn langdurige medicatie
- Mijn allergieën
- Mijn medische voorgeschiedenis
- Mijn bloedgroep
- Mijn familiale voorgeschiedenis
- Mijn risico op hart- en vaatziekten
- Een eventuele wilsverklaring



Wat zijn de voordelen voor mij?

- ✓ *Persoonlijke aanpak van mijn gezondheid.*
- ✓ *Zorg op maat.*
- ✓ *Efficiënters hulp bij noodgevallen*
- ✓ *Snelle en betere analyse van mijn dossier en gezondheid.*
- ✓ *Andere artsen kunnen mijn dossier inkijken bij afwezigheid van mijn arts.*
- ✓ *Vlotte communicatie, zowel telefonisch als digitaal*

Wat moet ik voorbereiden?

Mijn gegevens:

- identiteitskaart
- naam
- telefoon- of gsm-nummer:
- e-mailadres

Gegevens van mijn contactpersonen

- naam/namen:
- telefoon- of gsm-nummer(s):

Bijlage 5: Powerpointpresentatie dossierconsult







Bijlage 6: Protocol Ethisch Comité

op

KU LEUVEN — UNIVERSITEIT GENT — Universiteit Antwerpen — Vrije Universiteit Brussel

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

FROM SCRATCH TO HATCH/ DE CODE GEKRAAKT

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PETER PYPE
- FUNCTIE: PETER PYPE MD, PHD
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE AND PRIMARY HEALTH CARE
- TELEFOONNUMMER:093323312
- FAX: 093324967
- E-MAIL: PETER.PYPE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM: DIEGO SCHRANS
- FUNCTIE: DOCTORAATSSTUDENT UGENT, HUISARTS
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE AND PRIMARY HEALTH CARE
- TELEFOONNUMMER: 093323312
- FAX: 093324967
- E-MAIL: DIEGO.SCHRANS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): JAN DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: LIEZE EECLOO (EN SANDER HOOGHE)
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: KULEUVEN
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0477371462
- E-MAIL: EECLOO.LIEZE@GMAIL.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: REINHILDE ZWAENEPOEL
- ADRES: BEKAERTSTRAAT 13B
- TELEFOONNUMMER0497315223
- E-MAIL:
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam onderzoeker

1

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: MAART 2017 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: MAART 2018

7. SOORT ONDERZOEK

- ☐ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ☐ VRAGENLIJSTEN
  - ☐ INTERVIEW
- ☐ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ☐ WELKE PERIODE: ....
- ☐ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ☐ FASE I
    - ☐ FASE II
    - ☐ FASE III
    - ☐ FASE IV
    - ☐ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ☐ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ☐ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
  - ☒ PARTICIPATORY RESEARCH

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Deze Manamathesis is een onderdeel van een tweeluik, twee thesissen met eenzelfde basis. Dossiers worden op punt gesteld binnen een groepspraktijk, er wordt een protocol ontwikkeld om dit te doen, en er wordt binnen de praktijk overlegd wat er aangepast moet worden. Via een participatory research model (wij nemen zelf deel aan het onderzoek en kijken gaandeweg wat concrete uitkomstmaten kunnen worden) zullen we verschillende rode draden uit dit proces halen.

Dit deel van het tweeluik zal vooral gaan over de dossieroppuntstelling. Hoe kunnen we dit zo efficiënt mogelijk laten verlopen, voor een groepspraktijk waar er plots veel dossiers bijkomen? Een concreet doel hierbij is om een soort draaiboek te maken voor andere praktijken die met een gelijkaardig probleem zitten. We hopen zoveel mogelijk facilitatoren en moeilijkheden bij dit proces te kunnen identificeren en beschrijven. De inbreng en ervaring van de verschillende partijen (artsen, secretariaat, patiënten) zal worden geregistreerd en geëvalueerd. We plannen ook een panelgesprek met een groep huisartsen uit de regio en verwerken ook hun ervaringen.

De concrete vraagstelling bij dit deel is:
Hoe kunnen we efficiënt een medisch dossier van patiënten van een stoppende collega aanmaken en samenvatten? Wat zijn hier de hindernissen en de facilitatoren?

- ☐ MORFOLOGISCH
- ☐ THERAPEUTISCH
- ☐ FYSIOPATHOLOGISCH
- ☒ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ☐ JA
- ☒ NEEN

INDIEN JA

- ☐ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ☐ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN

  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN)..... (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

☒ JA
☐ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : ...

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

☐ JA
☒ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: ...

D. LEEFTIJD : ...

E. GESLACHT : ...

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? ...

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

☑ JA
☐ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

☒ JA
☐ NEEN

MONDELING :

☐ JA
☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

☐ JA
☐ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? ...

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? ...

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

☐ JA
☒ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

☐ JA
☐ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

☐ JA
☒ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

☐ JA
☐ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

☐ JA
☐ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

☒ JA
☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

☒ JA
☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

☒ JA
☐ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

☐ JA
☒ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF

TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

☐ JA
☒ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

☒ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
☐ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

☐ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

....

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

☐ JA
☒ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? ...

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

☐ JA
☐ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

☐ JA
☐ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? ...

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

...

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

☐ JA
☒ NEEN

ZO JA: ...

A. LANGS WELKE WEG ? ...

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : ...

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? ...

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

☐ JA

WELKE ? ...

☐ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

☐ JA
☐ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : ...

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ❑ NIET VAN TOEPASSING
- ❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ❑ ERELOON:
  - ❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 7/11/2016
NAAM : Eccloo Lieze
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 7/11/2016
NAAM :
HANDTEKENING :
Zwaenepoel Reinhilde

PROMOTOR

DATUM : 18/11/2016
NAAM :
HANDTEKENING :
Pype Peter

CO-PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

Opmerkingen-Antwoorden

1. Algemeen: Patiëntenenquête ontbreekt.

   Wij hebben besloten om interviews af te nemen, waarvan de topic lijst in de bijlage van deze mail te vinden is. Het is een sjabloon, met ruimte voor de patiënt om zelf een inbreng te leveren.
   We verwerken deze interviews anoniem in het kwalitatieve luik van onze thesis. De patiënten vormen een steekproef uit het patiëntenbestand van op punt gestelde patiënten. We beginnen ieder interview met het vragen van de toestemming aan de patiënt, en laten de patiënt een informed consent tekenen. Voor de duidelijkheid steken we de informed consent in de bijlage.

2. Opmerkingen mbt het advies aanvraagformulier

Puntje 7: Dus het gaat, vermoeden wij, om prospectief onderzoek?

Het gaat om een prospectief onderzoek. Het onderzoekstype is meerbepaald participatory research (ook gekend als action research). Dit betekent dat wij zowel onderzoeker als observator zijn.
Dit omvat verschillende cycli van interventies, elk ingedeeld in planning, actie, observatie en evaluatie van de individuele acties. Wij zoeken zo de hindernissen en facilitatoren om een structurele verbetering in dossiercodering en aanmaak aan te brengen.
Dit is een praktijkverbeterend project.

Puntje 8: Hoe gebeurt de recrutering van de deelnemers? Hoe worden de artsen bevraagd (vragenlijst, interview…)? Hoe wordt alles verwerkt (gecodeerd/geanonimiseerd)?

Recrutering deelnemers: Wij zien eerder het artsenteam (inclusief onszelf) als proefpersoon, naast de patiënten die instemmen voor het interview. Alle patiënten die een bijdrage leveren, via het interview of via persoonlijke aanvullingen in het dossier, tekenen een informed consent.
Voor het kwantitatieve aspect (aantal GFR's, allergieën) worden de gegevens volledig anoniem verwerkt. Wij hebben geen informed consent opgesteld voor deze puur kwantitatieve metingen in het dossier. Er wordt geen persoonlijke info van de patiënten opgevraagd. (Vb aantal geregistreerde GFR's, niet de specifieke GFR-waarden).

Puntje 12: Aantal proefpersonen, leeftijd, geslacht en recrutering zijn niet aangegeven.

De proefpersonen bestaan uit de 5 artsen uit de praktijk (inclusief onszelf), en de 2 secretaresses.
We verzamelen ook ervaringen over de dossiers die we coderen, daar kunnen we trachten een 100-tal dossiers op punt te stellen. Het gaat dan ook meer over de kwalitatieve benadering van het overlopen van dossiers, dan de kwantitatieve resultaten hieruit. We gaan een 10-tal patiënten interviewen, hier maken we dan ook telkens een informed consent aan.

Puntje 13/a: Er is niet aangegeven of de proefpersonen al dan niet mondeling worden ingelicht.

Er gebeurt bij ieder patiënteninterview een mondelinge toelichting en een schriftelijke informed consent.
In de wachtzaal ligt ook een blad met informatie voor de patiënten die hier spontaan aan willen meewerken. Indien de patiënt zich spontaan hiervoor aanmeldt wordt opnieuw een mondelinge toelichting en een schriftelijke informed consent getekend.
Er wordt ook via een folder in de wachtzaal met een mogelijkheid om een specifiek consult te besteden aan het overlopen van het dossier. Tot nu toe hebben wij hier nog geen respons op gehad, maar wanneer dit voorvalt zullen we opnieuw een mondelinge toelichting en onze schriftelijke informed consent laten invullen. Ook de patienten die via de folder spontaan op consultatie komen om hun dossier op punt te stellen, tekenen de informed consent.

Ppuntje 16: Verzekering UGent “no fault”.

Onze promotor, Peter Pype, is verbonden aan de universiteit Gent, en wij vermoeden dat de verzekering dan ook via de universiteit Gent verloopt.

Puntje 17: Is niet ingevuld.

Wij vonden geen gelijkaardig opgezette studies met een participatory research model rond dossiercodering. Er zijn verschillende manama's geschreven rond dossiersamenstelling en Sumehrs, maar wij denken dat wij een nog niet eerder toegepast model hiervoor gebruiken.

Bijlage 7: Goedkeuring Ethische Commissie

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Att: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Mathys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Dr. Peter PYPE
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0300	11-mei-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
From scratch to hatch / De code gekraakt (MaNaMa Lieze Eeckoo)

Belgisch Registratienummer: B670201731777

* Adviesaanvraagformulier dd. 24/02/2017 (volledig ontvangen dd. 07/03/2017)
* Antwoord onderzoekers via mail Dr. L. Eeckoo dd. 03/05/2017 (ontv. 04/05/2017) op opmerkingen EC dd. 16/03/2017
* Informatie- en toestemmingsformulier voor patiënten (versie ontv. 4/05/2017)
* Wachtzaalblad contactgegevens (versie ontv. 4/05/2017)
* Informatie- en toestemmingsformulier voor secretariaat (versie ontv. 4/05/2017)
* Informatie- en toestemmingsformulier voor artsen van panelgesprek (versie ontv. 4/05/2017)
* Informatie- en toestemmingsformulier voor artsen praktijk (versie ontv. 4/05/2017)

Advies werd gevraagd door:
Dr. P. PYPE ; Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 5/05/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 5/05/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**
Voorafgaand het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Rimetra Clinics (09/332 95 00).

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 5/05/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 5/05/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**
Before initiating the study, please contact Rimetra Clinics (09/332 95 00).

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/05/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/05/2017**

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0300	11-mei-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0300

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

i.o. Prof. dr. R. Rubens

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Dr. P. PYPE - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg