Hoe kan een huisartsenpraktijk zorgen voor een zo volledig mogelijke voorgeschiedenis bij zijn patiëntenpopulatie?

Een kwaliteitsverbeterend project

Kelly Van de Velde, arts

Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Roy Remmen, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Huisarts-in-opleiding: Kelly Van de Velde, arts (Universiteit Antwerpen)
Promotor: Prof. Dr. Roy Remmen (Universiteit Antwerpen)
Praktijkopleider:

- September 2017- December 2018: Dr. Marc Dusauchoit
- Januari 2019 – Augustus 2019: Dr. Nicolas Tahon

Context
Een patiëntendossier met een volledig aangevulde voorgeschiedenis biedt veel voordelen. Het systematisch navragen en aanvullen van deze voorgeschiedenis in het elektronisch medisch dossier (EMD) leidt tot een betere patiëntenzorg in de dagelijkse huisartsenpraktijk. Het speelt een belangrijke rol in de continuïteit en veiligheid van de patiëntenzorg. Een volledig EMD vormt een goede basis voor het Sumehr, het Summarized Electronic Health Record (3-5). Er is nood aan correcte en volledige patiëntendossiers (11). Het aanvullen van de persoonlijke voorgeschiedenis in het EMD is echter tijdrovend (12).

Onderzoeksvraag
De kernvraag is hoe huisartsen dit voor hun patiëntenpopulatie kunnen realiseren. De algemene doelstelling van deze masterproef is daarom het ontwikkelen van een haalbare en duurzame strategie die in de opleidingspraktijk kan bijdragen tot een zo volledig mogelijke registratie van de persoonlijke voorgeschiedenis in het EMD van de patiënt.

Methode
Er werd gestart met het uitvoeren van een literatuuronderzoek. De volgende voorbereidende stap was het in kaart brengen van de patiëntenpopulatie en het doornemen van de handleiding van het gebruikte softwarepakket. Tijdens de studie werd voor 81 patiënten de voorgeschiedenis in het EMD bekeken. Voor 10 patiënten werd deze voorgeschiedenis gecontroleerd en aangevuld.

Resultaten
Een aantal items waren ondergeregistreerd in de dossiers van de geïncludeerde patiënten. Het aanvullen van de persoonlijke voorgeschiedenis voor de 10 geselecteerde patiënten nam gemiddeld 34 minuten per patiënt in beslag.

Conclusie
Het is belangrijk om de persoonlijke voorgeschiedenis aan te vullen in het medisch dossier. Het aanvullen van de persoonlijke voorgeschiedenis kost veel tijd. Voor de volledige opleidingspraktijk zou enkel het aanvullen van alle dossiers al 283 fulltime werkdagen in beslag nemen. Het is daarom belangrijk om op te merken dat het aanvullen van de dossiers op een gepaste manier en een gepast tijdstip dient te gebeuren. In de conclusie worden enkele concrete aanbevelingen geformuleerd om dit op een continue manier in het dagelijkse werkritme in te passen. Deze tips zijn toepasbaar op de opleidingspraktijk en mogelijks ook op andere praktijken. Deze aanbevelingen hebben als doel om de persoonlijke voorgeschiedenis van de patiënt up to date te houden, en het dossier zo mee te laten groeien met de patiënt.

Voorwoord

Ik had deze masterproef niet kunnen schrijven zonder de steun van de mensen rondom me. Daarom wil ik graag alle mensen bedanken die me geholpen hebben tijdens het schrijven van deze masterproef.

Mijn promotor, Roy Remmen, voor de hulp bij het uitwerken van het concept van deze masterproef, het grondige nalezen en de goede bereikbaarheid.

De collega's uit de opleidingspraktijk, voor hun motiverende woorden, koekjes en koffie tijdens het schrijven. Verder wil ik hen ook bedanken voor de fijne samenwerking de afgelopen twee jaar. Deze masterproef was ook niet mogelijk zonder de medewerking van de patiënten uit de opleidingspraktijk.

De collega HAIO's in onze seminariegroep en in het bijzonder onze STACO, Dr. Hans Wouters, voor de tips en motivatie. Met deze geweldige groep deelde ik niet alleen het schrijven van deze masterproef maar ook het volledige avontuur van het HAIO-schap.

Het secretariaat van het ICHO voor de snelle en duidelijke antwoorden op mijn vragen.

Als laatste wil ik graag mijn vrienden, familie en lieve partner bedanken voor de steun en motivatie tijdens het schrijven van deze masterproef.

Lijst met afkortingen en begrippen

CoZo	Collaboratief Zorgplatform
EMD	Elektronisch Medisch Dossier
GMD	Globaal Medisch Dossier. Dit wordt beheerd door de huisarts. (2)
HAIO	Huisarts-in-opleiding
Health One	Het softwareprogramma dat in de opleidingspraktijk gebruikt wordt om de elektronische patiëntendossiers te beheren
ICHO	Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding
ICPC	Internationale code voor eerstelijns zorg. Het is een codering die het voor huisartsen mogelijk maakt om de reden voor contact (de klachten) en het ziektebeeld (de diagnose) vast te leggen
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
PICO	Model voor het opstellen van een onderzoeksvraag. ‘P’ staat voor probleem of patiënt, ‘I’ voor interventie, ‘C’ voor comparison (vergelijking) en ‘O’ voor outcome (uitkomst)
STACO	Stagecoördinator
Sumehr	Summarized Electronic Health Record. Dit is een samenvatting van de gezondheidstoestand van een patiënt opgemaakt volgens de specificaties opgesteld door het eHealth-platform
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

Inhoudstafel

1. Inleiding 1
2. Literatuuronderzoek 2
2.1 Zoekstrategie literatuuronderzoek 2
2.2 Selectie van de masterproeven 2
2.3 Bespreking van de masterproeven 3
2.4 Besluit van de literatuurstudie 8
3. Methodologie 9
3.1 Beschrijving van de patiëntenpopulatie 9
3.2 Gebruikte EMD: Health One 11
3.3 Doelstelling 12
3.4 Opzet kwaliteitsverbeterend project 12
3.5 Onderzoeksprotocol en ethische overwegingen 14
4. Resultaten 15
4.1 Patiëntencontacten gedurende onderzoeksperiode 15
4.2 Geïncludeerde patiënten 16
4.3 Analyse van de dossiers van de geïncludeerde patiënten 18
4.4 Interventie bij 10 patiënten 19
5. Discussie 21
5.1 Patiëntencontacten gedurende onderzoeksperiode 22
5.2 Geïncludeerde patiënten 22
5.3 Analyse van de dossiers van de geïncludeerde patiënten 23
5.4 Interventie bij 10 patiënten 25
5.5 Beperkingen studie 27
6. Besluit 28
7. Bijlagen 30
Bijlage 1: Screenshots Health One 30
Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité 31
Bijlage 3: Goedgekeurd protocol 34
Bijlage 4: Goedgekeurd informatie- en toestemmingsformulier NL 38
Referenties 41

1. Inleiding

Tijdens de stages in de opleiding geneeskunde werd ik geconfronteerd met verwijsbrieven of patiëntendossiers waarin belangrijke elementen in de persoonlijke voorgeschiedenis ontbraken. Als stagiair had ik in vele gevallen de tijd om deze voorgeschiedenis aan te vullen aan de hand van vorige consultatie-, hospitalisatie- en operatieverslagen in combinatie met een grondige anamnese. Na enkele maanden werken als HAIO merkte ik dat het bijhouden van een volledig patiëntendossier niet altijd goed lukt.

Een patiëntendossier met een volledig aangevulde voorgeschiedenis biedt veel voordelen. Het systematisch navragen en aanvullen van deze voorgeschiedenis in het EMD leidt tot een betere patiëntenzorg in de dagelijkse huisartsenpraktijk. Communicatie met andere zorgverleners wordt hierdoor ook vollediger. Een volledig EMD vormt een goede basis voor het Sumehr, het Summarized Electronic Health Record (3-5). Dit is een digitale samenvatting van de gezondheidstoestand van de patiënt. Het Sumehr kan in principe door elke behandelende arts opgeladen worden op een digitaal platform. In praktijk wordt dit het vaakst gedaan door de huisarts die het GMD beheert omdat van hem verwacht wordt een beeld te hebben van de volledige gezondheidstoestand van de patiënt (6). Het Sumehr werd ingevoerd door de Belgische regering in 2005. Het aantal opgeladen Sumehrs speelt mee in de bepaling van het bedrag van de geïntegreerde praktijkpremie (7, 8). Dit is een premie die huisartsen jaarlijks ontvangen ter ondersteuning van hun praktijk en het gebruik van elektronische diensten (waaronder elektronisch voorschrijven, elektronisch factureren en het opladen van Sumehrs). Het volledige overzicht van de voorwaarden is te vinden op de website van het RIZIV (9).

Het Sumehr kan door de patiënt zelf geraadpleegd worden en ook door andere behandelde artsen mits toestemming van de patiënt. Dit kan via vitalink. Vitalink omschrijft zichzelf als ‘een systeem waarmee zorgverleners digitale gegevens over hun patiënten eenvoudig en veilig met elkaar kunnen delen’. Vitalink deelt gegevens over vaccinaties, medicatie, bevolkingsonderzoeken en een samenvatting van het patiëntendossier van de huisarts. De patiënt geeft daarvoor eerst toestemming, bepaalt zelf wie de gegevens kan zien en kan op elk moment de gegevens bekijken. Dankzij Vitalink kunnen de zorgverleners beter samenwerken en hun patiënten de best mogelijke zorg en begeleiding geven. Vitalink is ontwikkeld door de Vlaamse overheid en wordt beheerd door zorgverleners en patiënten. (10). Met deze toenemende mogelijkheden tot digitale communicatie is het belangrijk dat we stilstaan bij de inhoud van deze communicatie. Een lege of onvolledig ingevuld Sumehr is mogelijks nog nuttelozer en gevaarlijker dan geen Sumehr.

Er is nood aan correcte en volledige patiëntendossiers (11). Het aanvullen van de persoonlijke voorgeschiedenis in het EMD is echter tijdrovend (12). De kernvraag is hoe huisartsen dit voor hun patiëntenpopulatie kunnen realiseren. De algemene doelstelling van deze masterproef is daarom het ontwikkelen van een haalbare en duurzame strategie die in de opleidingspraktijk kan bijdragen tot een zo volledig mogelijke registratie van de persoonlijke voorgeschiedenis in het EMD van de patiënt. De bevindingen kunnen in de toekomst toegepast worden in de opleidingspraktijk en mogelijks dienen als inspiratiebron voor andere huisartsenpraktijken.

2. Literatuuronderzoek

2.1 Zoekstrategie literatuuronderzoek

Voor de start van dit kwaliteitsverbeterend project was het belangrijk om te weten wat reeds gekend was rond dit onderwerp. Enerzijds wilde ik meer te weten komen over de vorm en de inhoud van het medisch dossier en het delen hiervan. Anderzijds wilde graag weten welke moeilijkheden en verbeteringen reeds in andere masterproeven naar voren kwamen.

Er werd gezocht naar voorgaande masterproeven in de master-na-master huisartsgeneeskunde rond de volledigheid van het EMD. Deze werden gezocht in de masterproef databank van het ICHO (13).

Gezien de verschillen in structuur en organisatie van de gezondheidszorg tussen verschillende landen werd niet in buitenlandse databanken gezocht.

Aangezien het gaat om een verkennend literatuuronderzoek werd gekozen om niet met een PICO te werken. In de masterproeven databank werd eerst gezocht op ICPC-codes. Daarna werd gezocht op trefwoorden. Bij het zoeken op trefwoorden gaf de zoekmachine een duizendtal resultaten aan waarvan slechts de eerste 100 zichtbaar waren. Deze eerste 100 resultaten werden nagekeken. Er is een kans dat sommige masterproeven op deze manier gemist werden. Aangezien er via twee zoekstrategieën gezocht werd lijkt deze kans echter verwaarloosbaar. Tabel 1 toont de zoektermen, het aantal gevonden resultaten en het aantal relevante resultaten.

Tabel 1: Literatuurstudie van masterproeven in de ICHO databank: gebruikte zoektermen, aantal resultaten en aantal relevante resultaten

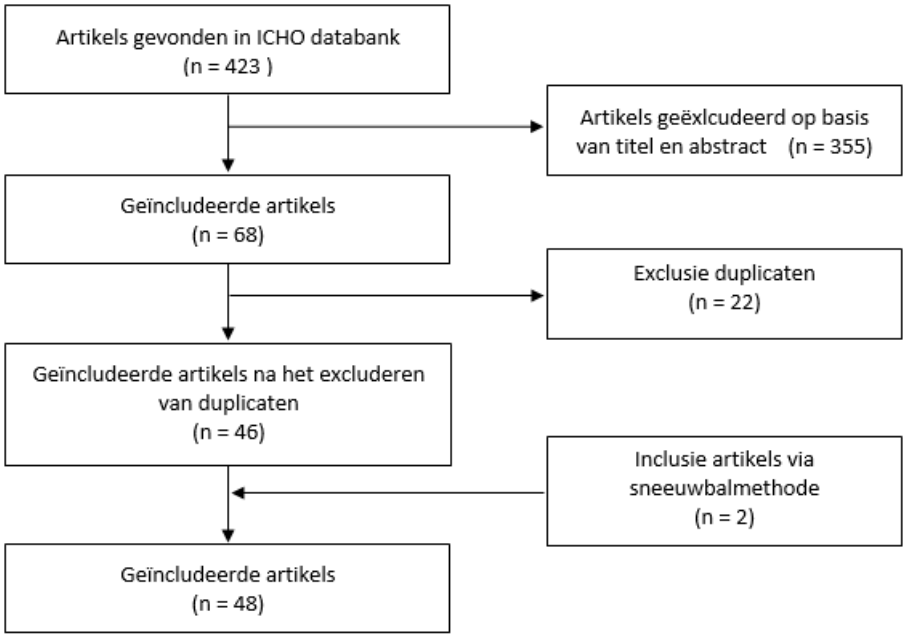
Zoekterm	**Aantal resultaten**	**Aantal relevante resultaten**
ICPC code C – huisartsgeneeskundige theorie	95	13
ICPC code I – Samenwerking	44	7
ICPC code J-manager	36	7
ICPC code O-levenslang leren	29	2
ICPC code V- Professional/persoonlijk functioneren	19	0
EMD	> 100	23
Elektronisch medisch dossier	> 100	16

2.2 Selectie van de masterproeven

De gevonden masterproeven werden in eerste instantie gefilterd op basis van de titel. Indien de titel interessant leek of geen duidelijkheid bracht werd verder gekeken naar het abstract. De relevante masterproeven werden opgelijst en dubbele masterproeven werden geschrapt. Indien tijdens het lezen van de geïncludeerde masterproeven nog relevante masterproeven gevonden werden, werden deze ook geïncludeerd. Dit gaat om referenties binnen een masterproef of masterproeven met dezelfde auteur of promotor. Deze methode wordt de sneeuwbalmethode genoemd. Figuur 1 toont een flowchart van de inclusie.

Er werden geen criteria opgesteld rond de leeftijd van een masterproef. De meeste masterproeven (35 van de 48 inclusies) zijn minder dan 5 jaar oud en dateren van academiejaren na academiejaar 2013-2014. De oudste masterproef werd geschreven in academiejaar 2008-2009.

Van 7 masterproeven was enkel het abstract beschikbaar in de ICHO databank. Via de contactgegevens werden de betreffende studenten en promotoren gecontacteerd. Voor 3 van de 7 masterproeven leidde dit tot het verkrijgen van de volledige tekst. Indien de volledige tekst niet verkrijgbaar was werd verder gewerkt met het abstract.



Figuur 1: Flowchart inclusie literatuurstudie van masterproeven in de ICHO databank

2.3 Bespreking van de masterproeven

Door de ruime zoekstrategie werden ook artikels gevonden die niet rechtstreeks gaan over het aanvullen van de persoonlijke voorgeschiedenis in het EMD. Toch brachten een aantal van deze artikels interessante zaken aan het licht, onder andere over de ethische aspecten van het elektronische patiëntendossier. De gelezen masterproeven zijn geen grootschalige studies en laten bijgevolg niet toe om conclusies te trekken over de volledige Vlaamse patiëntenpopulatie. Toch kunnen ze waardevolle inzichten bevatten voor deze masterproef.

E-health: Van EMD naar Sumehr

Het Belgische zorglandschap is de laatste decennia sterk geëvolueerd met een toenemend belang van elektronische communicatie. Hieronder vallen het elektronisch delen van de voorgeschiedenis door middel van het Sumehr, elektronisch doorsturen van verslagen, elektronisch voorschrijven, delen van vaccinatie overzichten en medicatieschema's,…

Zoals reeds vermeld kan het EMD de basis vormen voor het Sumehr, een digitale samenvatting van de gezondheidstoestand van de patiënt. In de geregistreerde softwarepakketten zit de mogelijkheid om het Sumehr op een eenvoudige manier op te laden vanuit het EMD (6). Kennis van het gebruikte software programma is een belangrijke voorwaarde voor het goed registreren van de persoonlijke

voorgeschiedenis in het EMD en het opladen van Sumehrs (6, 14-16). Deze kennis zorgt voor een maximale structurering van dossiers met een minimum aan administratieve tijd. Opleidingen spelen hier een belangrijke rol in. Verder is de gebruiksvriendelijkheid en kwaliteit van het softwarepakket ook van belang (16-18)

De inhoud van het Sumehr is geen statisch gegeven, maar evolueert mee met de patiënt. Daarom wordt er vanuit de geregistreerde softwarepakketten een melding gegeven wanneer de voorgeschiedenis in het EMD aangepast werd en het aangewezen lijkt om een nieuwe versie van het Sumehr op te laden (8). Toch blijft het belangrijk om het Sumehr niet op te laden zonder de inhoud na te kijken, om zo het risico op onvolledige of foutieve Sumehrs te verkleinen. (4, 6, 8, 19).

De verwijsbrief: communicatie tussen eerste en tweede lijn

Communicatie tussen eerste lijn (huisartsen) en tweede lijn (specialisten, spoedartsen) loopt bij voorkeur door middel van een verwijsbrief. Ook hierbij is de aanwezigheid en volledigheid van de medische voorgeschiedenis belangrijk. (20-22)

Specialisten verwachten van de huisarts een verwijsbrief met een duidelijke vraagstelling, een volledige voorgeschiedenis en een recente medicatielijst (23). Spoedartsen werken in de meeste gevallen met urgenties. Onvoldoende informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt leidt hier tot een bijkomende werkbelasting en vertraagde diagnostiek en therapie (19, 20). Toch laat de kwaliteit van een verwijsbrief vaak te wensen over (19). Een goed aangevulde voorgeschiedenis in het EMD kan hier een mogelijkheid tot verbetering bieden (20, 24). Bij voorkeur wordt gebruik gemaakt van sjablonen in het gebruikte softwareprogramma. Deze sjablonen integreren de medische voorgeschiedenis automatisch in de verwijsbrief (20). De NHG geeft hierover adviezen in hun richtlijn rond informatie overdracht tussen huisarts en specialisten (25).

Wachtdienst

De vergroting van wachtgebieden heeft over het algemeen geleid tot een verlaagde werkbelasting voor de huisarts. Anderzijds krijgt de wachtarts hierdoor vaker te maken met patiënten waarvan hij de medische voorgeschiedenis niet kent (4, 26). Deze schaalvergroting zorgt voor een toenemend belang van de beschikbaarheid van medische informatie, om zo de continuïteit en veiligheid van de zorg te garanderen (4). Beschikbaarheid van patiënteninformatie vormt immers de basis van geïnformeerde continuïteit van zorg (27). Bij huisbezoeken tijdens de wachtdienst stelt het gebrek aan informatie over de medische voorgeschiedenis zich nog meer (19, 26).

Het thuisdossier

Een thuisdossier vertrekt ook vanuit een goed EMD (19). Er werd al een masterproef uitgevoerd naar het bijhouden van de medische voorgeschiedenis op huisbezoeken (28). Hier speelt het papieren dossier onder vorm van een kaftje bij de patiënt thuis een grotere rol, al dan niet in combinatie met een EMD. Er is echter een grote discrepantie tussen het nut dat ervaren wordt van dit thuisdossier en het aantal artsen dat actief aan een thuisdossier voor hun eigen patiënten werken (19). In de thuissetting missen we vaker de technische tools om een dossier goed aan te vullen.

Het aanvullen van de medische voorgeschiedenis in het thuisdossier van de patiënt valt buiten deze masterproef. Toch kan de informatie vanuit deze masterproef in combinatie met goede technische

ondersteuning (laptops en tablets met medische software) invloed hebben op de kwaliteit van het thuisdossier.

Het EMD en rol in preventieve geneeskunde

Een aantal masterproeven gaan over de rol van het EMD in preventieve geneeskunde (29-40). Het EMD kan een belangrijke rol spelen in de preventieve geneeskunde. Dit valt echter buiten deze masterproef. Thema's die volgens Domus Medica onder preventieve geneeskunde vallen worden samengevat in de 'gezondheidsgids'. De thema's die aan bod komen in 'de gezondheidsgids' zijn: cardiovasculair risico, opsporen van diabetes, opsporen kanker (screening voor borstcarcinoom, cervixcarcinoom en colorectaal carcinoom), vaccinaties (voor tetanus, griep en pneumokokken), levensstijl (roken, voeding, beweging, alcoholgebruik) en misbruik van alcohol en medicatie. De registratie van vaccins gebeurt reeds via vaccinnet. De andere thema's worden bij voorkeur ook in het EMD geïntegreerd. Hiervoor bestaan in sommige softwareprogramma's zogenaamde preventiemodules. Elektronische herinneringen die op het moment van consultatie op het scherm verschijnen of aanwezig zijn, zijn een middel om op een eenvoudige, goedkope manier artsen te ondersteunen en stimuleren tot het uitvoeren van bepaalde (preventieve) handelingen (32). Eén masterproef geeft zelfs aan dat het mogelijk is om levensstijl en sociale determinanten te noteren in het EMD om zo geïndividualiseerde preventiecampagnes op te stellen of wetenschappelijke verbanden te zoeken tussen bepaalde determinanten en diagnoses (34).

Ethiek

Bij het delen van medische informatie kunnen drie grote vragen gesteld worden: 'Welke informatie wordt gedeeld?', 'Met wie wordt de informatie gedeeld?' en 'Hoe wordt de informatie gedeeld?'. De gelezen masterproeven gaven informatie over elk van deze aspecten.

Welke informatie wordt gedeeld?

De meningen over welke informatie gedeeld mag worden zijn verschillend. Patiënten zijn over het algemeen bereid om informatie te delen over chronische ziekten, medicatielijst, allergieën en vaccinaties (11, 41). Informatie over psychische problemen en geslachtsziekten wordt door sommige patiënten liever niet gedeeld, omdat ze als delicaat en persoonlijk beschouwd worden(4, 11). Wachtartsen zouden in het thuisdossier van een patiënt graag ook risicofactoren (usus, sociaal gedrag,…) en ernst van allergieën en toleranties vinden (19). Gebruik van medische coderingen kan helpen om gegevens gestandaardiseerd te noteren (6, 11, 21, 42). Indien nodig kan hier dan in vrije tekst nog verduidelijking aan toegevoegd worden (6).

Met wie wordt de informatie gedeeld?

Patiënten en artsen hechten belang aan het beroepsgeheim van de medici en paramedici die omgaan met hun informatie (11, 41, 42). Toch vinden ze niet dat elke zorgverlener evenveel recht heeft op hun medische informatie en dat er verschillende rechten zijn per discipline (11, 41, 42).

Een voorwaarde voor toegang tot medische informatie is de therapeutische relatie (19). Deze verkrijgt de arts door toestemming te vragen in combinatie met de elektronische identiteitskaart. Zowel artsen als patiënten geven aan dat verzekeringsartsen deze

therapeutisch relatie niet hebben en bijgevolg geen toegang mogen hebben tot de gedeelde informatie (4, 11, 41, 42).

Om na te gaan wie welke gegevens geraadpleegd heeft bestaat een 'logging' systeem. Patiënten kunnen via vitalink nagaan wie hun gegevens geraadpleegd heeft en wanneer dit gebeurde (10).

Patiënten vinden het belangrijk om hun eigen medische gegevens te kunnen bekijken. Over de mogelijkheid tot het aanvullen van de medische gegevens door de patiënt bestaat discussie (11, 41). Volgens de wet op de patiëntenrechten heeft de patiënt recht op inzage van zijn medisch dossier (43). In praktijk kan de patiënt vragen aan zijn arts om bepaalde informatie te verwijderen uit de medische gegevens. Dit gebeurt best na overleg tussen arts en patiënt. In deze masterproef wordt gewerkt met een situatie waarbij de patiënt wel toegang heeft tot de medische gegevens maar deze zelf niet kan aanpassen.

Hoe wordt de informatie gedeeld?

Patiënten en artsen vinden het belangrijk dat de gegevens op een veilige manier gedeeld worden, met respect voor de privacy (11, 42).

Het Sumehr wordt onder geëncrypteerde vorm opgeladen op het vitalink platform. Hierdoor is de informatie onbruikbaar indien deze door de verkeerde personen onderschept wordt. Enkel indien de ontvanger over de juiste rechten beschikt kan hij de informatie decrypteren en zo omzetten naar leesbare medische informatie. De controle hiervan gebeurd via de elektronische identiteitskaart in combinatie met de bijhorende pincode.

Iedere huisarts is verantwoordelijk voor de veiligheid van het door hem bijgehouden patiëntendossier (43, 44). Over deze beveiliging en eventuele verbeterpunten werd reeds een masterproef geschreven (45).

<u>Nut van een volledige persoonlijke voorgeschiedenis</u>

Een aantal masterproeven benoemen in hun studie de mogelijke voordelen van het goed registreren en vooral van het delen van de persoonlijke voorgeschiedenis in het EMD. Deze zijn:

- Beschikbaarheid van informatie in acute situaties of tijdens de wachtdienst (4, 11, 19, 26, 41, 42)
- Beschikbaarheid van informatie voor alle artsen in een groepspraktijk (5)
- Veiligere patiëntenzorg (4)
- Verbetering van interdisciplinaire samenwerking (11, 41)
- Minder dubbele onderzoeken met hierbij horend minder onnodige kosten voor de patiënt en de maatschappij (11, 41)
- Tijdsbesparing bij een volledige voorgeschiedenis (11, 21, 42)
- Betere opvolging van chronische ziekten (41)
- Registratie van wilsverklaringen en vroegtijdige zorgplanning maakt de wil van de patiënt op het einde van zijn leven duidelijk (19, 42)
- Vlotte overdracht van dossiers bij het veranderen van huisarts omwille van onder andere verhuis van de patiënt of pensioen van de huisarts (46, 47). Hierbij geldt wel de opmerking dat het Sumehr geen volledige dossieroverdracht kan vervangen en enkel ter aanvulling dient (6, 47)

Moeilijkheden/Valkuilen

De moeilijkheden die benoemd worden bij het goed registreren en vooral van het delen van de persoonlijke voorgeschiedenis in het EMD zijn:

- Tijdrovend aspect en vrees voor hogere werkbelasting (4, 11, 12, 15, 19, 21, 31, 41, 42, 46, 48)
- Verminderd contact met patiënt tijdens de consultatie (46)
- Verkeerde of onvolledige informatie (4, 8, 11, 19, 26, 41, 49)
- Technische problemen of gebrek aan kennis bij het invoeren en delen van informatie (6, 8, 11, 15, 19, 21)
- Informatie die beschikbaar is maar alsnog niet gebruikt wordt door andere (para)medici (42)
- Technische problemen of gebrek aan kennis bij het raadplegen van de beschikbare medische informatie (8, 19)
- Controle van dossiers door de overheid of collega's, al dan niet met juridische gevolgen (4, 21, 42, 50)

Strategieën

Een aantal masterproeven benoemen dat het goed bijhouden van het EMD een extra belasting kan vormen voor de huisarts (12, 48). Uit deze literatuurstudie kunnen we al een aantal concrete tips weerhouden.

In één masterproef (46) wordt het werken met sensibilisatieweken rond een bepaald item van de medische voorgeschiedenis als positief ervaren. Verder bleek het in die praktijk ook te helpen om het computerscherm te draaien en samen met de patiënt de medische voorgeschiedenis te overlopen. In dezelfde masterproef werd ook gewerkt met een 'dossier-consult', een gratis consultatie waarbij aandacht besteed werd aan de volledigheid van het EMD.

In een andere masterproef (30) vroeg men de cardiovasculaire risicofactoren na tijdens een consult voor herhaalvoorschriften of een bloedafname. Dit werd ineens ingegeven in het EMD. Er werd gekozen voor deze momenten om de tijdsdruk te verminderen.

Een van de gelezen masterproeven (8) geeft tips over het concreet invullen van een aantal vakken. Voor de vakken in het EMD waarvan geen informatie beschikbaar is of die nagevraagd werden en blanco zijn wordt dit best ook zo aangegeven in het EMD. Dit kan door middel van de vermeldingen 'niet bevraagd', 'blanco' en of 'geen gekend'. Hierdoor wordt duidelijk of het item al dan niet bevraagd werd.

Eén masterproef (51) suggereert ook de mogelijkheid om informatie vanuit inkomende brieven automatisch te integreren in de EMD's. Hier stoot men echter op veel praktische en technische tekortkomingen van de medische software. Voor zover mij bekend is hier momenteel nog geen mogelijkheid toe.

2.4 Besluit van de literatuurstudie

Enerzijds is het is duidelijk dat het op meerdere vlakken belangrijk en nuttig is om de persoonlijke voorgeschiedenis goed te registreren. Anderzijds zien we dat dit nog onvoldoende in praktijk omgezet wordt. Het optimaal gebruik van medische softwarepakketten speelt een belangrijke rol in dit proces. Deze masterproef focust zich vooral op de kwaliteit en volledigheid van de medische informatie die gedeeld wordt. De wijze waarop en met wie vallen hierbuiten maar is belangrijke achtergrondinformatie. Er werden al enkele strategieën ter vervollediging van de persoonlijke voorgeschiedenis aangehaald. Met behulp van de informatie uit deze literatuurstudie zal nagegaan worden welke strategieën haalbaar zijn in de opleidingspraktijk waar ik werkte in de periode 01/09/2017-31/08/2019.

3. Methodologie

Voor de uitwerking van deze masterproef werd begonnen met het in kaart brengen van de patiëntenpopulatie om zo de doelgroep te kunnen definiëren. Hierna werd de handleiding van het gebruikte EMD doorgenomen om de mogelijkheden van het gebruikte software pakket optimaal te gebruiken. Rekening houdend met de informatie verkregen uit deze twee punten werd een onderzoeksprotocol opgesteld en voorgelegd aan een ethische commissie om toestemming te verkrijgen voor het uitvoeren van deze studie. De bedoeling van dit praktische deel van de thesis was om na te gaan wat de huidige staat van het EMD in de opleidingspraktijk is en om na te gaan hoe ik dit in de toekomst kan verbeteren. Hierdoor wil ik bijdragen aan een volledigere en efficiëntere patiëntenzorg.

3.1 Beschrijving van de patiëntenpopulatie

De opleidingspraktijk is een groepspraktijk met 3 huisartsen en 1 HAIO. Het gaat om 2 mannelijke huisartsen, 1 vrouwelijke huisarts en 1 vrouwelijke HAIO. De opleidingspraktijk bevindt zich in Temse, een middelgrote gemeente in de provincie Oost-Vlaanderen met ongeveer 29 500 inwoners (52). De patiëntenpopulatie is erg gevarieerd, zowel op vlak van leeftijd, pathologie, etniciteit, moedertaal en opleidingsniveau. De opleidingspraktijk werkt met een telesecretariaat, dit betekent dat de telefoons op een andere locatie opgenomen worden en er op geen enkel moment een secretaresse fysiek aanwezig is op de praktijk. Het telesecretariaat schakelt zo nodig de patiënt door met de artsen. Het telesecretariaat heeft toegang tot de online agenda van de artsen en kan afspraken inplannen. Er zijn afgesproken momenten waarop de artsen rechtstreeks bereikbaar zijn voor de patiënten. De praktijk heeft in het verleden wel gewerkt met een secretaresse die aanwezig is op de praktijk. Dit was enkele jaren voordat ik begon als HAIO in deze praktijk.

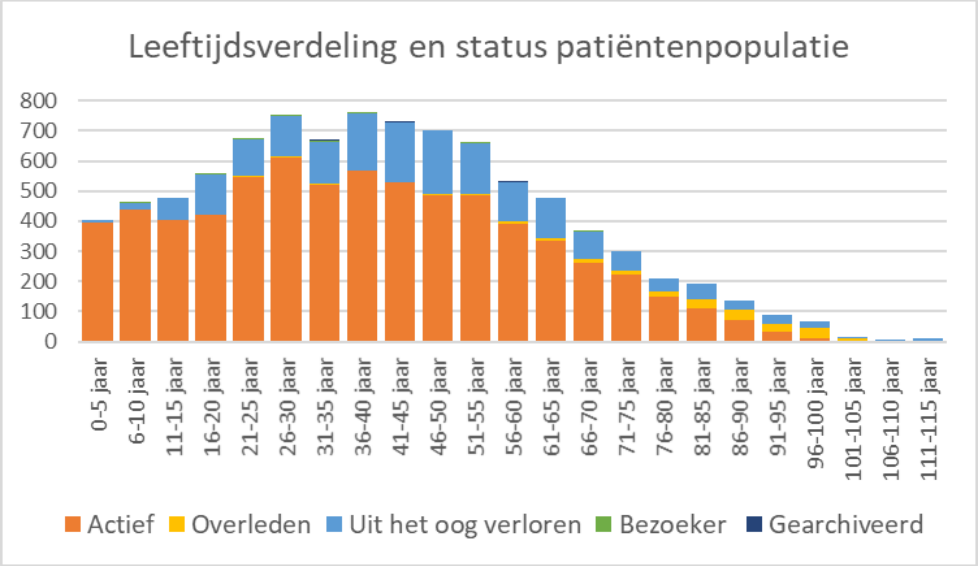
De opleidingspraktijk in bovenstaande vorm werd stopgezet eind december 2018, omwille van beëindigen van de carrière van de oudste mannelijke collega en tegelijkertijd mijn praktijkopleider. Vanaf januari 2019 werd op een nieuwe locatie verdergewerkt met de overblijvende mannelijke en vrouwelijke collega. De medische dossiers werden mee overgezet naar de nieuwe praktijk. Aangezien dit gebeurde na het afnemen van de informed consents en het verzamelen van de data vormde dit in principe geen probleem voor het verdere verloop van dit project.

De eerste stap in dit kwaliteitsverbeterend project was het in kaart brengen van de patiëntenpopulatie. Zo kon gekozen worden welk deel van de populatie in dit project betrokken werd. Hiervoor werd een overzicht gemaakt van het aantal patiënten per geboortejaar. Deze werden onderverdeeld volgens de status die ze in Health One hadden: namelijk actief en inactief. De groep inactief is verder verdeeld in: ‘overleden’, ‘uit het oog verloren’, ‘vertegenwoordiger’, ‘gearchiveerd’ en ‘bezoeker’.

Bij het maken van het overzicht werden eventuele dubbele dossiers samengevoegd. De dubbele dossiers ontstonden door het automatisch importeren van onderzoeksresultaten. Indien de persoonsgegevens hiervan niet volledig of licht afwijkend waren, kon Health One deze niet automatisch samenvoegen met bestaande dossiers. De dossiers werden gesorteerd op geboortedatum, waarna dossiers met dezelfde geboortedatum en naam werden samengevoegd. De redenen voor meerdere dossiers van dezelfde persoon bleken de volgende: schrijffouten in de voor- of achternaam, omwisselingen van voor- en achternaam, aan- of afwezigheid van een tweede of

derde voornaam, ontbreken van het geslacht of adreswijzigingen. Bij twijfel werd de inhoud van de verschillende dossiers vergeleken. In de meeste gevallen bleek één van beide dossiers slechts één onderzoeksresultaat te bevatten. Dit kon gekoppeld worden aan de desbetreffende consultatie in het andere dossier. Na deze opschoning werd een nieuw overzicht gemaakt van de dossiers per leeftijd en categorie. Op deze manier werd het geschetste beeld van de patiëntenpopulatie zo realistisch mogelijk. Er werden 433 dubbele dossiers samengevoegd. Van de patiënten die volgens de geboortedatum ouder dan 100 jaar waren werd nagegaan of ze nog in leven waren. Indien in het dossier een vaststelling van overlijden stond werden ze aangeduid als 'overleden'. De overige patiënten werden aangeduid als 'uit het oog verloren' indien er geen consultaties of onderzoeksresultaten meer vindbaar waren van de laatste 12 maanden.

De patiëntenpopulatie bestaat dus uit 9242 patiënten, waarvan 6997 de status 'actief' hebben en 2245 'inactief'. Op jaarbasis zijn er ongeveer 19500 patiëntencontacten door de vier artsen. Er zijn ongeveer 4000 GMD's op jaarbasis. Uitgaande van startdatum 01/01/2018 werden patiënten op basis van geboortedatum in categorieën verdeeld. Voor het overzicht werden patiënten per 5 jaar ingedeeld. Het histogram in figuur 2 toont hoeveel patiënten in elke leeftijdscategorie zitten, hoeveel patiënten actief zijn en hoeveel inactief. Als we kijken naar de geslachtsverdeling zien we dat deze bijna gelijk verdeeld is, met een kleine meerderheid aan vrouwelijke patiënten (51%).



Figuur 2: Leeftijdsverdeling en status van de patiëntenpopulatie in de opleidingspraktijk

Voor dit onderzoek werd gekozen om te focussen op patiënten geboren tussen 01/01/1948 en 31/12/1967. Dit zijn patiënten die (bij benadering) 50 tot 70 jaar oud zijn. Concreet gaat dit om 1471 patiënten met een status 'actief' in het patiëntendossier. Van deze 1471 patiënten worden alle patiënten geïncludeerd die bij de HAIO op consultatie komen in de periode 01/11/2018 tot en met 31/12/2018. Het is moeilijk om een voorafgaande schatting te maken van het percentage van deze 1471 patiënten dat geïncludeerd zal worden.

Er werd gekozen voor deze leeftijdscategorie omdat deze patiënten in vele gevallen reeds een uitgebreide voorgeschiedenis hebben. Patiënten uit deze leeftijdscategorie zijn meestal nog in staat om op de consultatie te komen. Het was niet mogelijk om de hele praktijkpopulatie te includeren. De

bevindingen die naar voren komen in dit onderzoek kunnen in de toekomst ook toegepast worden op de rest van de praktijkpopulatie.

3.2 Gebruikte EMD: Health One

Het gebruikte softwareprogramma in de opleidingspraktijk is Health One. In januari 2018 werkten we met versie 8.6.0.2310. Ondertussen werd in 2019 overgeschakeld naar versie 8.7.2.2531. Zoals uit de literatuurstudie reeds bleek is het belangrijk om de mogelijkheden van het softwareprogramma te kennen en zo optimaal mogelijk te gebruiken. Hiervoor werd de handleiding van Health One gelezen. Sommige onderwerpen bleken minder relevant voor de structurering van het EMD (bijvoorbeeld het gebruik van tarificatiemodules). Deze werden toch doorgelezen om zo de kennis van het EMD en de kwaliteit van de zorgverlening als praktijk te verbeteren. De interactieve online bijscholingen die georganiseerd worden door Health One werden gevolgd en eventuele bijkomende vragen werden daar gesteld.

De meeste functionaliteiten van Health One waren door het dagelijkse gebruik reeds goed gekend bij mezelf en de collega's. De tips die ik kon weerhouden uit de handleiding werden besproken met de collega's. Enkele kleine aanvullingen zorgen nu voor een sneller en efficiënter gebruik van het programma. Een efficiënt gebruik van het EMD zorgt voor tijdswinst waardoor meer tijd vrijkomt voor interactie met de patiënt en vragen naar de voorgeschiedenis.

Een masterproef (17) uit 2014 over de EMD-software gaf aan dat documentatie over de Sumehr-functionaliteit beschikbaar moet zijn in de helpfunctie. In de meeste onderzochte pakketten was dit volgens de onderzoeker nog niet of onvoldoende aanwezig. In de handleiding van Health One is deze informatie beschikbaar onder het hoofdstuk 'Export van documenten'.

Hieronder wordt kort de basisstructuur van het EMD in Health One uitgelegd, wat van belang is bij het registreren van de voorgeschiedenis. Het EMD is opgebouwd uit drie grote onderdelen: een administratief gedeelte, een medisch gedeelte en een ondersteunend gedeelte. Screenshots van deze opbouw van het EMD zijn beschikbaar in bijlage 1.

- Het administratieve gedeelte zorgt voor de identificatie van de patiënt met de noodzakelijke contact- en andere gegevens (bijvoorbeeld adres, telefoonnummer, mutualiteitsgegevens).

- Het medische gedeelte bestaat uit de medische informatie van de patiënt. Hier vinden we de medische basisinformatie, voorgaande consultaties, de huidige consultatie en geïntegreerde informatie van andere hulpverleners (resultaten of verslagen van laboratoriumonderzoeken, specialisten en spoedartsen). De transactie 'medische basisinformatie' is de plaats waar de voorgeschiedenis genoteerd wordt. Dit is ook steeds de eerste in de lijst van transacties in een patiëntendossier. In Health One is deze visueel snel beschikbaar in het 'Notabene' venster, dat op elk moment zichtbaar is aan de rechterzijde van het beeldscherm. Informatie die in de transactie 'medische basisinformatie' wordt ingevoerd is zichtbaar in het 'Notabene' venster en omgekeerd.

- Het ondersteunende gedeelte bestaat uit informatie die niet specifiek aan één patiënt verbonden is. Hier vinden we onder andere sjablonen voor verwijsbrieven, attesten, richtlijnen, bijsluiters van medicatie en patiëntenfolders. Dit gedeelte is oproepbaar via verschillende iconen in de takenbalk.

3.3 Doelstelling

In dit praktische deel van de masterproef wilde ik de registratie van de voorgeschiedenis in het EMD verbeteren. Tijdens het verloop van deze masterproef wilde ik dit doen voor de geselecteerde patiënten. Gedurende dit proces wilde ik de huidige moeilijkheden bij het registreren van de voorgeschiedenis benoemen. Om van deze masterproef een duurzaam kwaliteitsverbeterend project te maken wilde ik concrete en haalbare tips uitwerken waarmee ik in de toekomst kan bijdragen tot een betere registratie van de voorgeschiedenis voor alle patiënten in de opleidingspraktijk. Ik hoop deze tips te kunnen integreren in mijn dagelijkse manier van werken. Deze tips zullen gedeeld worden met collega's in en buiten de opleidingspraktijk om ook daar bij te dragen aan een betere registratie van de voorgeschiedenis in het EMD.

3.4 Opzet kwaliteitsverbeterend project

Om een kwaliteitsverbeterend project op te zetten werd vertrokken vanuit het FOCUS- stappenplan. Hieronder worden de verschillende stappen van het FOCUS-stappenplan uitgelegd en toegepast op deze masterproef.

Find the problem

De eerste stap bestond uit het vinden van een geschikt onderwerp. Het onderwerp moest relevant zijn voor de dagdagelijkse huisartsenpraktijk. Er moesten voldoende mogelijkheden zijn tot verbetering. De registratie van de voorgeschiedenis in het EMD leek mij een geschikt onderwerp omdat het van toepassing is op elke patiënt en omdat elk van de artsen hier op regelmatige basis mee geconfronteerd wordt.

Organise a meeting

Om het probleem volledig in kaart te brengen was het belangrijk om samen te zitten met de betrokken personen om zo elkaars visie op het probleem te leren kennen. Ook konden eventuele ideeën voor verbetering hier reeds aangebracht worden. Ik besprak het onderwerp voor deze masterproef met de collega's tijdens de wekelijkse praktijkvergadering. Zij waren het eens met het belang van een goede registratie en gaven aan hier al inspanningen voor te leveren.

Clarify the problem

Het probleem dat ik wenste aan te pakken met deze masterproef is dat het registreren van de persoonlijke voorgeschiedenis in het EMD ondanks onze inspanningen niet altijd even volledig is.

Understand/Uncover the problem

Er werd een verkennende literatuurstudie uitgevoerd om na te gaan wat reeds gekend is met betrekking tot het registreren van de voorgeschiedenis in het EMD. De moeilijkheid ligt in het feit dat is de persoonlijke voorgeschiedenis een dynamisch en steeds groeiend gegeven is. Binnen het tijdskader van een consultatie is het niet altijd evident om dit volledig na te kijken en aan te vullen met nieuwe informatie. De wil om dit goed te doen is er, maar het is praktisch niet altijd even haalbaar. Er is sprake van barrières op vlak van tijd en beschikbaarheid van informatie.

Start the improvement

Ga van start met het project door het invoeren van een verbetering. Deze werd ingevoerd aan de hand van de PDCA-cyclus.

Na het doorlopen van het FOCUS-stappenplan wordt het project concreet uitgewerkt aan de hand van de PDCA-cyclus.



Figuur 3: PDCA-cyclus

Plan: Plan verbeteringen

Tijdens deze masterproef werd voor een deel van de patiëntenpopulatie gefocust op de inhoud en de verbetering van de registratie van de voorgeschiedenis in het EMD. De doelgroep werd gekozen zoals beschreven in hoofdstuk 3.1 'beschrijving van de patiëntenpopulatie'.

In deze periode werd voor elk patiëntencontact met een patiënt uit de doelgroep volgende methode toegepast. Tijdens de consultatie werd de patiënt geïnformeerd over de masterproef en wordt zijn toestemming geregistreerd door middel van het ondertekenen van het informed consent formulier. Na de consulatie werd voor patiënten uit bovenstaande leeftijdscategorie nagekeken hoe volledig de registratie van de voorgeschiedenis in het EMD is. Er werd gekeken naar volgende parameters:

1) Heelkundige voorgeschiedenis
2) Aantal medicaties
3) Aan- of afwezigheid van allergieën
4) Rookgedrag
5) Aan- of afwezigheid van ziekenhuisopnames in het laatste jaar
6) Aan- of afwezigheid van diabetes mellitus (type 1 of 2)
7) Aan- of afwezigheid van essentiële hypertensie
8) Aan- of afwezigheid van oncologische persoonlijke voorgeschiedenis
9) Aan- of afwezigheid van familiale oncologische voorgeschiedenis

Deze informatie werd bijgehouden in een gecodeerd Excel document door de onderzoeker. Het doel was om tijdens de studieperiode voor een 100-tal patiënten deze stappen uit te voeren.

Vervolgens werd voor 10 patiënten het dossier zo goed mogelijk aangevuld aan de hand van schriftelijke en mondelinge informatie. Deze 10 patiënten werden at random gekozen door het toekennen van een tijdelijk volgnummer. Op basis van dit tijdelijk volgnummer werden 10 nummers gekozen met behulp van een online 'random number generator'. Deze 10 patiënten werden gecontacteerd met de vraag of ze langs konden komen of de onderzoeker bij hen mocht langskomen om hun medische voorgeschiedenis te bespreken. Bij weigering

werd een nieuw nummer gegenereerd. Deze extra consultatie werd op geen enkele manier aangerekend aan de patiënt of de mutualiteit.

Voorafgaand aan de mondelinge bespreking verzamelde de onderzoeker schriftelijke informatie. Deze schriftelijke informatie was te vinden in het dossier en op het 'Collaboratief Zorgplatform', afgekort tot CoZo. Deze informatie bestond uit onder andere consultatieverslagen, operatieverslagen, hospitalisatieverslagen, spoedverslagen, resultaten van bloedafnames en van medische beeldvorming. De mondelinge informatie werd aan de patiënt gevraagd tijdens de consultatie. Deze fase ging door van 01/01/2019 tot en met 31/01/2019.

Na de studieperiode werd uitgezocht hoeveel informatie ontbrak/aanwezig was in de 10 uitgewerkte dossiers. Er werd gekeken wat de tijdsinvestering was per patiënt en wat haalbare strategieën waren voor het aanvullen van de persoonlijke voorgeschiedenis bij patiënten in de opleidingspraktijk. Indien mogelijk werden concrete tips geformuleerd die bruikbaar zijn voor andere huisartsenpraktijken.

Do: Voer uit wat gepland werd

Dit wordt besproken bij het onderdeel 'Resultaten'.

Check: Evalueer het lopende project

Na de studieperiode worden volgende zaken besproken in de onderdelen 'Resultaten' en 'Discussie'.

- Hoeveel % van de patiënten uit de doelgroep werd gezien in deze periode?
- Hoe goed kwam de voorgeschiedenis van de 10 uitgewerkte patiënten overeen met wat er in het dossier genoteerd stond bij de start van het onderzoek?
- Hoeveel % van de geziene patiënten uit de doelgroep had reeds een volledig ingevulde persoonlijke voorgeschiedenis voor de start van het onderzoek?
- Wat is de tijdsinvestering per patiënt gebaseerd op de 10 uitgewerkte patiënten?
- Welke concrete tips kunnen gebruikt worden om de registratie van de persoonlijke voorgeschiedenis te verbeteren in de opleidingspraktijk en mogelijks ook andere huisartsenpraktijken?

Act: Bekijk wat je met het project doet

De verdere opvolging en gevolgen voor de dagelijkse huisartsenpraktijk worden besproken in de onderdelen 'Discussie' en 'Besluit'.

3.5 Onderzoeksprotocol en ethische overwegingen

Rekening houdend met deze stappenplannen werd een onderzoeksprotocol opgesteld dat werd voorgelegd aan het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Op 5/11/2018 werd toestemming verkregen voor de studie met registratienummer B300201837913. Het gunstig advies, het goedgekeurd protocol en het goedgekeurde informatie- en toestemmingsformulier zijn te vinden in bijlage 2,3 en 4.

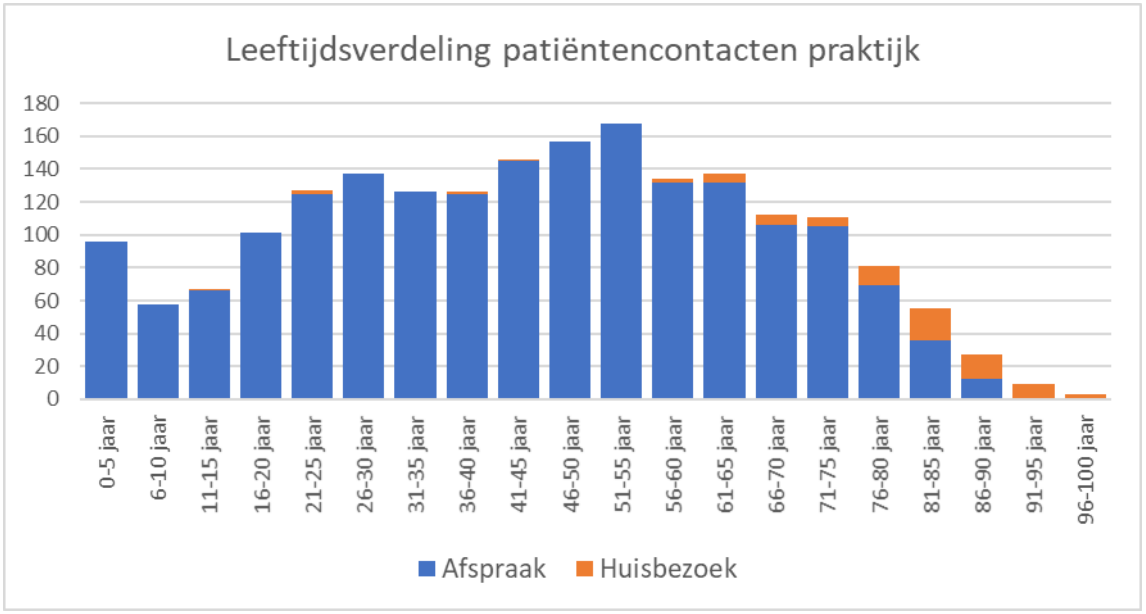
4. Resultaten

4.1 Patiëntencontacten gedurende onderzoeksperiode

Gedurende de onderzoeksperiode werden door de vier artsen in de praktijk (inclusief HAIO) in totaal 2919 consultaties en 194 huisbezoeken uitgevoerd. De HAIO voerde hiervan 646 consultaties en 79 huisbezoeken uit. Dit komt overeen met 22,1 % van de consultaties en 40,7% van de huisbezoeken. In de gehele praktijk is het percentage huisbezoeken ten opzichte van het totale aantal patiëntencontacten 6,2 %. Voor de HAIO is dit 10,8 %.

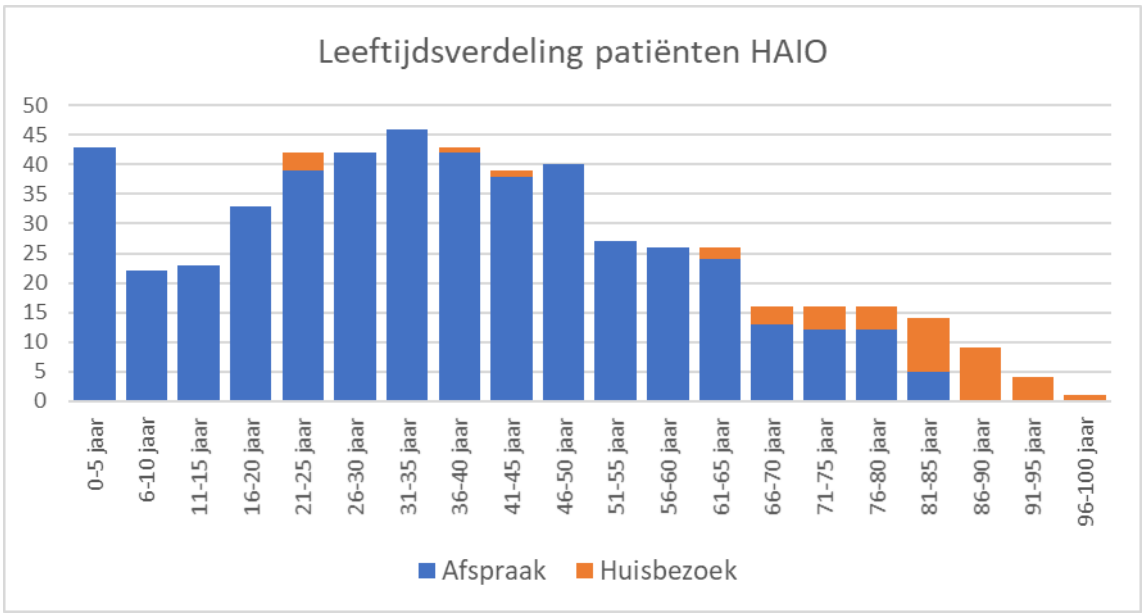
Eénzelfde patiënt kon tijdens de onderzoeksperiode meerde keren op consultatie komen of een huisbezoek vragen. Om een realistisch beeld te krijgen van het aantal geziene patiënten werden meerdere consultaties en/of huisbezoeken bij dezelfde patiënt slechts éénmaal meegeteld. Het is immers niet mogelijk om een patiënt meerdere keren te includeren in het onderzoek. Indien een patiënt zowel op de praktijk op consultatie gezien werd, werd deze enkel meegeteld bij de consultaties op de praktijk. Hiervoor werd gekozen omwille van het feit dat er in één van de patiëntencontacten wel toegang was tot het EMD van de patiënt op de praktijk.

De vier artsen (inclusief HAIO) in de praktijk zagen gedurende de onderzoeksperiode in totaal dus 1978 verschillende patiënten, waarvan 1898 op consultatie en 80 op huisbezoek. Figuur 4 toont de leeftijdsverdeling van de patiënten gezien door de vier artsen in de praktijk (inclusief HAIO). De gemiddelde leeftijd van de patiënten gezien gedurende de studieperiode door de vier artsen was 45 jaar. De leeftijd van patiënten gezien op consultatie door de vier artsen varieerde tussen 0 en 96 jaar. De leeftijd van patiënten gezien op huisbezoek door de vier artsen varieerde tussen 12 en 96 jaar. 77,5% van de huisbezoeken werd uitgevoerd voor patiënten ouder dan 70 jaar.



Figuur 4: Leeftijdsverdeling van de patiënten gezien gedurende de studieperiode door de vier artsen

De HAIO zag gedurende de studieperiode 528 patiënten, waarvan 487 op consultatie en 41 op huisbezoek. Figuur 5 toont de leeftijdsverdeling van de patiënten gezien door de HAIO. De gemiddelde leeftijd van de patiënten gezien gedurende de studieperiode door de HAIO was 42 jaar. De leeftijd van patiënten gezien op consultatie door de HAIO varieerde tussen 0 en 83 jaar. De leeftijd van patiënten gezien op huisbezoek door de HAIO varieerde tussen 21 en 96 jaar. 75,6 % van deze huisbezoeken werd uitgevoerd voor patiënten ouder dan 70 jaar.

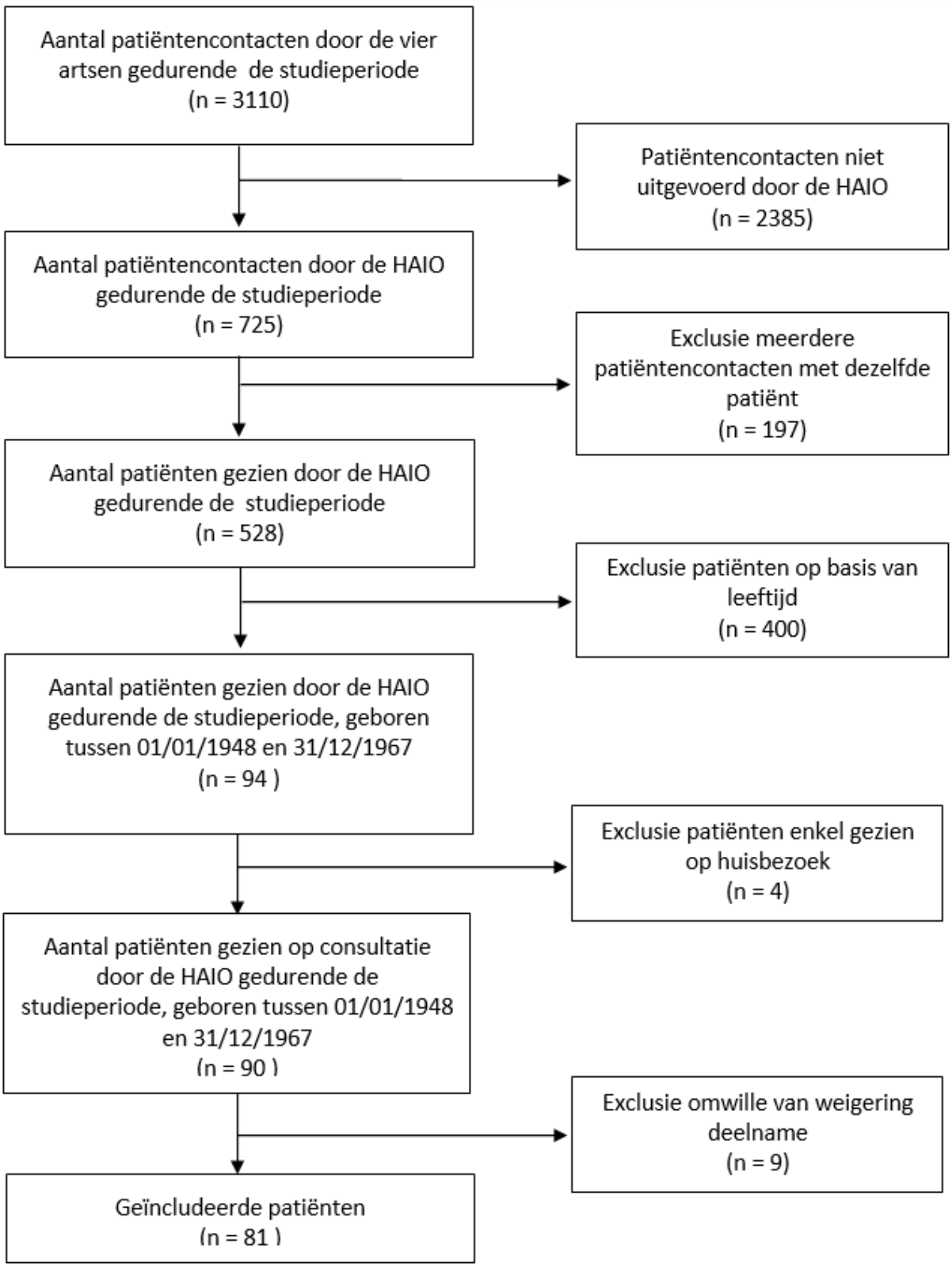


Figuur 5: Leeftijdsverdeling van de patiënten gezien gedurende de studieperiode door de HAIO

4.2 Geïncludeerde patiënten

De HAIO had tijdens de studieperiode 128 patiëntencontacten met patiënten binnen de vooropgestelde leeftijdscategorie. Deze patiëntencontacten bestonden uit 123 consultaties en 5 huisbezoeken. Rekening houdend met patiënten die meerdere keren gezien werden tijdens de studieperiode werd dit aantal gereduceerd tot 94 patiëntencontacten, waarvan 90 consultaties en 4 huisbezoeken. Patiënten die enkel op huisbezoek gezien werden werden geëxcludeerd uit deze studie. Uiteindelijk bleven 90 patiënten over die geïnformeerd werden over de studie en de mogelijkheid kregen om een informed consent te ondertekenen. 90% (n= 81) van de includeerbare patiënten gaf toestemming voor deelname aan de studie.

Er waren 9 patiënten die geen toestemming gaven voor deelname aan de studie. Hiervan gaven zes patiënten aan binnenkort een nieuwe huisarts in een andere praktijk te willen raadplegen en waren daarom niet geïnteresseerd. Bij twee patiënten werd door de HAIO besloten om de patiënt niet te informeren over de studie. Deze consultaties waren erg emotioneel beladen en het was daarom niet gepast om de studie ter sprake te brengen. Eén patiënt werd niet geïncludeerd omwille van een te grote taalbarrière.



Figuur 6: flowdiagram inclusie patiënten in de studie

4.3 Analyse van de dossiers van de geïncludeerde patiënten

Hieronder volgen de resultaten voor elk van de gekozen parameters.

Heelkundige voorgeschiedenis

De heelkundige voorgeschiedenis was in 34 van de 81 dossiers aanwezig en op de juiste plaats in het dossier genoteerd. In 30 dossiers was deze niet ingevuld. In 1 dossier stond 'preoperatieve onderzoeken' vermeld bij heelkundige voorgeschiedenis. In 16 dossiers was er informatie aanwezig over de heelkundige voorgeschiedenis maar stond deze niet (of slechts deels) op de juiste plaats in het dossier. Van de 50 dossiers waar iets genoteerd stond over heelkundige voorgeschiedenis was er in 22 dossiers bij geen enkel item een datum genoteerd. In 5 dossiers was elk item voorzien van een datum. In de overige 23 dossiers was slechts een gedeelte van de items voorzien van een datum.

Aantal medicaties

In 77 dossiers was er medicatie geregistreerd. Het aantal medicaties varieerde tussen 1 en 18. In 45 dossiers was dit aantal groter dan 5, waardoor er sprake is van polyfarmacie. In 18 dossiers werd medicatie dubbel vermeld (meerdere doseringen of dezelfde stof onder een andere productnaam). In enkele van deze 18 dossiers stond medicatie vermeld die niet meer verkrijgbaar is. In 50 van de 77 dossiers met medicatie stond voor alle medicaties een posologie geregistreerd. In de andere dossiers was dit deels of niet het geval. In 58 dossiers stond medicatie geregistreerd waarvoor geen bijpassend ziektebeeld gevonden kon worden in de medische voorgeschiedenis.

Aan- of afwezigheid van allergieën

In 55 van de 81 dossiers was het item 'allergieën' niet ingevuld. In 10 dossiers werd een allergie genoteerd. In 9 dossiers werd geen allergie genoteerd maar werd wel medicatie genoteerd onder het item 'niet verdragen medicatie'. In 7 dossiers stond geen allergie genoteerd maar toont de medicatielijst wel enige vorm van anti-allergische medicatie, onder vorm van antihistaminica of nasale corticosteroïden.

Rookgedrag

In 74 van de 81 dossiers was het item 'roken' niet ingevuld. In de 7 dossiers waarbij dit wel ingevuld werd was dit in 2 dossiers volledig geregistreerd (juiste plaats en hoeveelheid). Bij de overige dossiers stond ofwel geen hoeveelheid geregistreerd of stond dit op de verkeerde plaats in het dossier.

Aan- of afwezigheid van ziekenhuisopnames in het laatste jaar

Er werd in geen enkele van de 81 dossiers een item genoteerd rond ziekenhuisopnames in het laatste jaar.

Aan- of afwezigheid van diabetes mellitus (type 1 of 2)

In 5 van de 81 dossiers werd de diagnose 'diabetes mellitus' geregistreerd in de medische voorgeschiedenis. In de overige 76 dossiers werd diabetes niet geregistreerd. In 5 van deze 76 dossiers werd in de medicatielijst medicatie gevonden met als indicatie diabetes. Vermoedelijk is bij deze 5 patiënten toch een diagnose van diabetes of prediabetes gesteld zonder registratie hiervan in het EMD.

Aan- of afwezigheid van essentiële hypertensie

In 11 van de 81 dossiers werd de diagnose 'essentiële hypertensie' geregistreerd in de medische voorgeschiedenis. In de overige 70 dossiers werd deze diagnose niet geregistreerd. In 14 van deze 70 dossiers werd in de medicatielijst medicatie gevonden met als mogelijke indicatie essentiële hypertensie. Mogelijks is bij deze 14 patiënten toch een diagnose van essentiële hypertensie gesteld zonder registratie hiervan in het EMD.

Aan- of afwezigheid van oncologische persoonlijke voorgeschiedenis

In 3 van de 81 dossiers werd een oncologische persoonlijke voorgeschiedenis gevonden. In de overige 78 dossiers werd hierover niets geregistreerd.

Aan- of afwezigheid van familiale oncologische voorgeschiedenis

In 2 van de 81 dossiers werd een familiale oncologische voorgeschiedenis gevonden. In de overige 79 dossiers werd hierover niets geregistreerd.

4.4 Interventie bij 10 patiënten

De geïncludeerde dossiers kregen een volgnummer van 1 tot 81. Daarna werden door middel van een random number generator 10 volgnummers geselecteerd. Deze 10 dossiers vormen de interventiegroep.

Er werd telefonisch contact opgenomen met deze 10 patiënten om hen in te lichten over het feit dat hun dossier gekozen was om te vervolledigen. De patiënt kreeg op dit moment nogmaals de kans om de studie te verlaten. Er waren geen patiënten die verdere deelname aan de studie weigerden. Met deze 10 patiënten werd een afspraak vastgelegd om hun dossier te bespreken. Voorafgaand aan deze consultatie werd door de HAIO nagekeken welke informatie over de patiënt te vinden was in het dossier en op de CoZo. De patiënt had hiervoor reeds toestemming gegeven door middel van het informed consent. Na het mondeling verifiëren van de voorgeschiedenis werd het Sumehr opgeladen voor deze 10 patiënten.

De tijd die nodig was voor het nakijken van de patiëntgegevens in het dossier en op de CoZo varieerde van 10 minuten tot 32 minuten. De consultatie voor de bespreking met de patiënt duurde ongeveer 15 minuten. Eén consultatie liep uit tot bijna het dubbele, 28 minuten. Voor de 10 dossiers nam dit in totaal 2uur en 43 minuten in beslag. Door bovenstaande stappen uit te voeren waren er gemiddeld 34 minuten nodig per dossier om de voorgeschiedenis aan te vullen en na te vragen bij de patiënt.

In de dossiers werd ook een nota gemaakt met de mededeling: 'voorgeschiedenis aangevuld op ../../…'. Dit item werd bewust in de medische voorgeschiedenis geplaatst zodat dit ook mee geëxporteerd werd met het Sumehr.

Op de volgende pagina's geven de tabellen 2a en 2b de vergelijking van de gekozen parameters voor en na de interventie.

Tabel 2a: Parameters voor en na interventie								
Volgnr.	**Heelkundige voorgeschiedenis**		**Aantal medicaties**		**Allergie**		**Rookgedrag**	
	Voor	Na	Voor	Na	Voor	Na	Voor	Na
10	Niet ingevuld	1 item	5	5	Niet ingevuld	Geen gekende	Niet ingevuld	Ingevuld
18	Niet ingevuld	1 item	Niet ingevuld	5	Niet ingevuld	1 item	Niet ingevuld	Ingevuld
19	Niet ingevuld	1 item	6	5	Niet ingevuld	5 items	Niet ingevuld	Ingevuld
25	Niet ingevuld	1 item	5	5	Niet ingevuld	Geen gekende	Niet ingevuld	Ingevuld
27	3 items	3 items	4	4	1 item	1 item	Ingevuld	Ingevuld
46	Niet ingevuld	1 item	1	1	1, verkeerde locatie	1 item	Niet ingevuld	Ingevuld
51	4 items	4 items	2	2	1 item	1 item	Ingevuld	Ingevuld
68	1 item	4 items	12	12	Niet ingevuld, antihistaminica	1 item	Niet ingevuld	Ingevuld
76	Niet ingevuld	1 item	6	6	Niet ingevuld	Geen gekende	Niet ingevuld	Ingevuld
80	1 item	1 item	2	2	Niet ingevuld	Geen gekende	Niet ingevuld	Ingevuld

Tabel 2b: Parameters voor en na interventie										
Volgnr.	**Ziekenhuisopnames**		**Diabetes Mellitus**		**Essentiële Hypertensie**		**Persoonlijke oncologische voorgeschiedenis**		**Familiale oncologische voorgeschiedenis**	
	Voor	Na	Voor	Na	Voor	Na	Voor	Na	Voor	Na
10	Niet ingevuld	Heelkunde	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Aanwezig	Aanwezig	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Blanco, wel cardiaal
18	Niet ingevuld	1 opname	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Blanco, wel SK
19	Niet ingevuld	Geen	Niet ingevuld, wel medicatie	Ingevuld	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Blanco
25	Niet ingevuld	Geen	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Blanco
27	Niet ingevuld	Geen	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Blanco
46	Niet ingevuld	Gastroscopie	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Blanco
51	Niet ingevuld	Geen	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Blanco
68	Niet ingevuld	Geen	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld, wel medicatie	Aanwezig	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Blanco
76	Niet ingevuld	Geen	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld, wel medicatie	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Blanco
80	Niet ingevuld	Heelkunde	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Niet aanwezig	Niet ingevuld	Blanco

5. Discussie

5.1 Patiëntencontacten gedurende onderzoeksperiode

De HAIO voerde procentueel meer huisbezoeken uit ten opzichte van de volledige praktijk. De verklaring hiervoor ligt in het feit dat de HAIO 2 van de 5 werkdagen de huisbezoeken op zich nam. De andere collega's voerden elk 1 dag per week huisbezoeken uit. Over de verschillen in aantal huisbezoeken tussen de collega's onderling kan geen conclusie worden getrokken.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten gezien door de HAIO lag discreet lager dan die gezien door de vier artsen. Een mogelijke verklaring is dat de HAIO door de eigen jongere leeftijd een jongere patiëntenpopulatie aanspreekt. Gezien het verschil 3 jaar bedraagt en het over een beperkte registratieperiode gaat (2 maanden) is het niet mogelijk hier conclusies uit te trekken.

Het percentage van de consultaties effectief uitgevoerd door de HAIO benadert de schatting waar vanuit gegaan werd in het onderzoeksprotocol (25%) vrij goed.

Meer dan 75% van de huisbezoeken werd uitgevoerd voor patiënten ouder dan 70 jaar. De maximale leeftijd van 70 jaar als inclusiecriterium voor deze studie lijkt een goede keuze.

5.2 Geïncludeerde patiënten

De veronderstelling was dat de meeste patiënten tussen 50 en 70 jaar nog in staat zijn om op consultatie te komen op de praktijk. Deze veronderstelling lijkt zich te weerspiegelen in de cijfers. De HAIO zag binnen deze leeftijdsgroep 95,9 % van de patiënten op consultatie en slechts 4,1% op huisbezoek.

In het onderzoeksprotocol was de doelstelling om 100 patiënten te includeren in deze studie. Het aantal effectief geïncludeerde patiënten (N=81) ligt iets lager.

Een aantal patiënten (N=9) weigerde deelname aan de studie om diverse redenen, hierboven besproken. Bij het informeren over de studie waren de reacties van de patiënten over het algemeen positief. Een groot deel gaf aan dat ze dit zeker geen probleem vonden en zagen een meerwaarde in het aanvullen van hun voorgeschiedenis in het dossier. Een tweetal patiënten gaf aan bepaalde gevoelige informatie wel te willen delen met de huisarts maar niet met andere zorgverleners. Deze informatie werd in een notitie opgeslagen in het dossier. Deze notitie wordt niet mee geëxporteerd in het Sumehr.

5.3 Analyse van de dossiers van de geïncludeerde patiënten

Hieronder volgt een bespreking van de gekozen parameters.

Heelkundige voorgeschiedenis

Het feit dat er geen informatie genoteerd staat over heelkundige voorgeschiedenis kan twee oorzaken hebben. Enerzijds is het mogelijk dat de patiënt effectief geen heelkundige voorgeschiedenis heeft, anderzijds kan hij deze wel hebben maar staat deze niet genoteerd. Om hier duidelijkheid in te brengen kan gekozen worden voor de mededeling 'blanco (heelkundige voorgeschiedenis)' indien er effectief geen heelkundige voorgeschiedenis is. In de dossiers waar items genoteerd staan zonder datum kan gestreefd worden naar het achterhalen van de oude datums. Voor nieuwe items kan geprobeerd worden om de datum of tenminste het jaartal te noteren.

Aantal medicaties

Het hoge aantal medicaties zonder ziektebeeld toont aan dat de medicatielijst een bron kan zijn voor het aanvullen van de medische voorgeschiedenis. Het gaat hier vooral over cholesterolverlagers, maagzuurremmers, antidepressiva en antihistaminica. In een aantal dossiers geeft de medicatielijst ook aanwijzingen over ziektebeelden zoals diabetes mellitus en essentiële hypertensie. Er is nood aan het regelmatig nakijken van de medicatielijst. Hierdoor kunnen zaken zoals dubbele en niet verkrijgbare medicaties vermeden worden. Het invullen van de posologie is een aandachtspunt.

Aan- of afwezigheid van allergieën

In 88% van de dossiers werd geen allergie geregistreerd. Net zoals bij de heelkundige voorgeschiedenis heeft een niet ingevuld item hier weinig betekenis. De aanwezigheid van anti-allergische medicatie zonder geregistreerde allergie in 9% van de dossiers toont aan dat er mogelijks onderregistratie is van allergieën. Verder dient ook rekening gehouden te worden met allergieën waarvoor geen medicatie gegeven wordt of geregistreerd staat (bijvoorbeeld allergie aan latex, medicaties, wespen/bijen).

Rookgedrag

Rookgedrag werd in 92% van de dossiers niet geregistreerd. Ook voor rookgedrag geldt dat een niet ingevuld item weinig betekenis heeft. Het kan niet ingevuld zijn door de arts of effectief afwezig zijn. Gezien de rol die roken speelt bij het cardiovasculair risico en bij luchtwegaandoeningen is het belangrijk dit in de toekomst te bevragen en te registreren.

Aan- of afwezigheid van ziekenhuisopnames in het laatste jaar

Deze parameter wordt niet standaard geregistreerd door de huisartsen. Indien het een ziekenhuisopname voor een heelkundige ingreep betreft zal deze vermoedelijk eerder bij heelkundige voorgeschiedenis geregistreerd worden.

Aan- of afwezigheid van diabetes mellitus (type 1 of 2)

Diabetes mellitus is een diagnose waarvan het belangrijk is dat ze gekend en geregistreerd wordt in het dossier van de patiënt. Het feit dat door dit nazicht van de dossiers reeds 5 mogelijke gemiste registraties gevonden werden toont aan dat dit te weinig geregistreerd werd. Een mogelijke verklaring hiervan ligt in het feit dat de artsen de patiënten kennen en weten dat deze diabetes

mellitus hebben. Naar continuïteit van zorgen en de volledigheid van het Sumehr is het echter ook belangrijk deze diagnose te registreren in het EMD.

Aan- of afwezigheid van essentiële hypertensie

Voor essentiële hypertensie geldt dezelfde redenering als voor diabetes mellitus hierboven. We zien dat de registratie bij dit ziektebeeld zelfs minder goed is dan voor diabetes mellitus. We moeten hier ook rekening houden met andere diagnoses op cardiovasculair vlak, bijvoorbeeld hartfalen of cardiomyopathie.

Aan- of afwezigheid van oncologische persoonlijke voorgeschiedenis

Er werd in zeer weinig dossiers een oncologische diagnose gevonden. Indien er effectief een oncologische diagnose is, is het uiteraard belangrijk om deze te registreren in het EMD. Er werden in de 81 nagekeken dossiers geen aanwijzingen gevonden dat er toch een oncologische diagnose zonder registratie hiervan was. Deze parameter is nog moeilijker te beoordelen dan de parameters 'essentiële hypertensie' en 'diabetes mellitus'. We kunnen echter nooit 100% zeker zeggen dat er geen oncologische diagnose is. Het lijkt dan ook irrelevant en mogelijks gevaarlijk om termen als 'geen oncologische diagnose' op te nemen in de medische voorgeschiedenis.

Aan- of afwezigheid van familiale oncologische voorgeschiedenis

Deze parameter werd ook in zeer weinig dossiers geregistreerd. Mogelijks wordt dit door artsen als een gevoelige vraag beschouwd. Als huisarts zijn we in vele gevallen mee betrokken bij de diagnose van een familielid. Het is belangrijk om er op dat moment aan te denken deze diagnose op te nemen in de familiale voorgeschiedenis van patiënten. Indien de familiale oncologische voorgeschiedenis nagevraagd wordt (bijvoorbeeld bij pilopstart) is het ook belangrijk dit bij de medische basisinformatie te registreren en niet enkel in het desbetreffende consult.

5.4 Interventie bij 10 patiënten

Zoals besproken bij resultaten nam het toch snel 30 minuten per dossier in beslag om de voorgeschiedenis op te zoeken op de CoZo en om deze mondeling te overlopen met de patiënt. Dit is meer dan de tijd die voorzien wordt voor een gemiddeld consult (15 à 20 minuten). Zoals uit de literatuurstudie ook bleek is tijdsgebrek een belangrijke barrière.

Tabel 2a en 2b tonen dat er toch een aantal wijzigingen aangebracht werden in de 10 dossiers door de interventie.

Heelkundige voorgeschiedenis

In 7 van de 10 dossiers ontbrak informatie over de heelkundige voorgeschiedenis. Deze kon door nazicht van de CoZo en een gesprek met de patiënt gemakkelijk aangevuld worden. Patiënten wisten in de meeste gevallen de exacte datum niet meer, maar deze kon uit het operatieverslag gehaald worden. Indien dit niet mogelijk was werd een jaartal of een benadering van de leeftijd genoteerd (bijvoorbeeld 'als kind', 'in de jaren 80').

Aantal medicaties

Het aantal medicaties werd slechts bij 2 patiënten aangepast na de interventie. Mogelijks blijft dit redelijk goed aangevuld omdat patiënten regelmatig voorschriften vragen en de medicatie om die reden genoteerd wordt.

Aan- of afwezigheid van allergieën

Voor de interventie was er slechts bij 3 patiënten een allergie genoteerd. Na de interventie was dit het geval bij 6 patiënten. 1 patiënt vertoonde zelfs meerdere allergieën (allergie aan pollen, huisstofmijt, katten, honden en mogelijks een oraal allergiesyndroom op appels en peren). Bij de overige 4 patiënten was geen allergie gekend en werd dit ook zo genoteerd. Het ging in de meeste gevallen om inhalatie allergieën, maar er werden ook enkele medicatie allergieën genoteerd. Dit heeft rechtstreeks invloed op het voorschrijfgedrag van de arts.

Rookgedrag

Rookgedrag was voordien maar bij 1 patiënt gekend, na de interventie werd dit voor alle patiënten genoteerd. Er werd genoteerd of patiënt actief rookt, ex-roker is of nooit gerookt heeft. Ook werd indien mogelijk de hoeveelheid genoteerd.

Aan- of afwezigheid van ziekenhuisopnames in het laatste jaar

Voor de interventie was bij geen enkele patiënt een ziekenhuisopname genoteerd. Bij het navragen bleek er voor 4 patiënten toch een ziekenhuisopname geweest te zijn, al dan niet in dagopname. De bijhorende diagnose of ingreep werd genoteerd in het gepaste deel van het medisch dossier. De ziekenhuisopname op zich werd niet als item genoteerd. De vraag 'bent u het laatste jaar opgenomen in het ziekenhuis?' blijkt wel een goede vraag om meer te weten te komen over de voorgeschiedenis van de patiënt.

Aan- of afwezigheid van diabetes mellitus (type 1 of 2)

Voor de interventie was er bij geen van de 10 patiënten een diagnose 'diabetes mellitus' genoteerd. Na de interventie bleek dat 1 patiënt hier reeds medicatie voor nam. Bij deze patiënt werd de diagnose ook in de voorgeschiedenis genoteerd.

Aan- of afwezigheid van essentiële hypertensie

Voor de interventie was er bij 1 van de 10 patiënten een diagnose 'essentiële hypertensie' genoteerd. 2 Patiënten namen medicatie die als indicatie essentiële hypertensie heeft. Bij 1 patiënt bleek de diagnose ook aanwezig. Bij deze patiënt werd de diagnose ook in de voorgeschiedenis genoteerd. De andere patiënte nam de medicatie (β-blokker) voor een andere indicatie (namelijk intentionele tremor).

Aan- of afwezigheid van oncologische persoonlijke voorgeschiedenis

Bij geen enkele patiënt bleek er een oncologische diagnose te missen in de persoonlijke voorgeschiedenis. Er werd hierover geen extra item toegevoegd in de persoonlijke voorgeschiedenis.

Aan- of afwezigheid van familiale oncologische voorgeschiedenis

Bij geen enkele patiënt was er een familiale oncologische voorgeschiedenis ingevuld in de voorgeschiedenis. Bij navraag van dit item werden door 2 patiënten wel andere familiale factoren aangehaald, waaronder schildklierpathologie en cardiale pathologie. Deze werden genoteerd onder het item familiale voorgeschiedenis.

5.5 Beperkingen studie

Het aantal geïncludeerde patiënten lag discreet lager dan gehoopt bij het opstellen van het onderzoeksprotocol.

De verificatie van de gegevens in de voorgeschiedenis werd uitgevoerd voor 10 van de dossiers. Over de volledigheid en correctheid van de informatie uit de niet gecontroleerde dossiers kan geen uitspraak gedaan worden.

De parameters essentiële hypertensie, diabetes mellitus, ziekenhuisopnames en oncologische voorgeschiedenis zijn belangrijk voor de patiënt maar het objectiveren hiervan als parameter voor deze studie bleek minder relevant. Het lijken wel goede vragen om meer te weten te komen over de voorgeschiedenis van de patiënt. Items zoals DNR-code en nierfunctie verdienden mogelijks ook een plaats tussen de nagekeken parameters.

Het lijkt niet mogelijk om voor elke diagnose de aan- of afwezigheid hiervan te noteren in het dossier. Dit zou leiden tot een eindeloze lijst van diagnoses die nagekeken moeten worden. Door een aantal specifieke ziektebeelden na te kijken in deze masterproef wordt wel duidelijk dat de medicatielijst aanwijzingen kan bieden voor de aandoeningen die in de medische voorgeschiedenis geregistreerd moeten worden.

Patiënten die op enkel op huisbezoek gezien worden werden niet geïncludeerd in deze studie. Vermoedelijk is de registratie van de voorgeschiedenis in het EMD net bij deze groep minder uitgebreid. De tips uit deze masterproef kunnen als basis gebruikt worden voor masterproeven rond het EMD op huisbezoek.

6. Besluit

De belangrijkste vragen die voor mij beantwoord werden zijn: 'Waarom is het registreren van de voorgeschiedenis belangrijk?', 'Wanneer kunnen we deze voorgeschiedenis registreren?' en 'Hoe kunnen we deze voorgeschiedenis registreren?'.

Bij het uitvoeren van de literatuurstudie en deze masterproef stootte ik al snel op de grootste barrière, namelijk tijdsgebrek. Het volledig registreren van de persoonlijke voorgeschiedenis bij een patiënt kost veel tijd (in deze studie gemiddeld 30 minuten per patiënt). Voor een praktijk met ongeveer 4000 GMD's zou dit 2266 uur duren. Praktisch gezien zou dit voor één arts maar liefst 283 werkdagen in beslag nemen. Het systematisch up to date houden van een dossier zal echter minder tijdsintensief zijn. Het is een continu proces dat meegroeit met de patiënt.

Op de vraag **'Waarom is het registreren van de voorgeschiedenis belangrijk?'** werd in de literatuurstudie uitgebreid antwoord gegeven. Door de vergrijzing van de bevolking en de toename van polymorbiditeit en polymedicatie wordt de voorgeschiedenis van patiënten enkel langer en complexer. De kunst zit erin om als huisarts mee te groeien doorheen het leven en het EMD van de patiënt. De tijdsinvestering van het goed registreren in het EMD vormt op termijn een tijdwinst voor arts en patiënt met het oog op kwalitatievere en efficiëntere gezondheidszorg. Bij een ouder wordende en minder mobiele patiënt kan een goed ingevuld EMD in afgedrukte versie de basis vormen voor een thuisdossier.

De vraag **'Wanneer kunnen we deze voorgeschiedenis registreren?**' is het meest verbonden met de barrière rond tijdsgebrek. Hiervoor werden enkele momenten geïdentificeerd waarop het mogelijk moet zijn om de voorgeschiedenis na te vragen en aan te vullen.

- Nieuwe patiënt in de praktijk
- Opstellen van een verwijsbrief naar andere hulpverleners
- Preoperatieve vragenlijsten
- Verzekeringsonderzoeken
- Controle na hospitalisatie, postoperatieve controles of verwijderen van hechtingen
- Korte consultaties waarbij de hulpvraag reeds beantwoord is voordat de tijd van de consultatie opgebruikt is.
- Bij het voorschrijven van chronische medicatie kan nagekeken worden of de indicatie reeds ingevuld staat in de voorgeschiedenis
- Indien bij de anamnese of het klinisch onderzoek aanwijzingen zijn voor operaties (bijvoorbeeld littekens) of chronische ziekten kan dit nagevraagd en zo nodig aangevuld worden.
- Uploaden van het Sumehr

De vraag **'Hoe kunnen we deze voorgeschiedenis registreren?'** is complexer. Dit kan bereikt worden door op een gepaste manier en op gepaste momenten de voorgeschiedenis aan te vullen.

- Het is belangrijk de mogelijkheden van een gebruikt softwarepakket te kennen en optimaal te benutten. Dit zorgt voor een maximale structurering van dossiers met een minimum aan administratieve tijd. Er is nog een grote rol weggelegd voor de softwareondersteuning. In

een ideale wereld wordt de voorgeschiedenis vanuit patiëntendossiers in het ziekenhuis automatisch afgestemd op en gesynchroniseerd met deze aanwezig in het EMD bij de huisarts.

- Op vlak van noteren wordt best gewerkt met coderingen om zo objectief en uniform mogelijk te zijn.
- Het is belangrijk om zo volledig mogelijk te noteren. Indien een item bevraagd werd en het antwoord is negatief, wordt dit ook best zo genoteerd. Bij allergieën kan 'geen gekende' genoteerd worden. Bij medische voorgeschiedenis of heelkunde kan 'blanco' genoteerd worden.
- Door te werken met de mededeling 'voorgeschiedenis aangevuld op ../../….' Is het voor de arts duidelijk wanneer deze laatst aangepast werd. Als de voorgeschiedenis éénmaal goed ingevuld werd, wordt het door deze notitie duidelijker voor de arts welke periode hij nog dient na te vragen. Op deze manier kan de arts zorgen dat het dossier meegroeit met de patiënt.

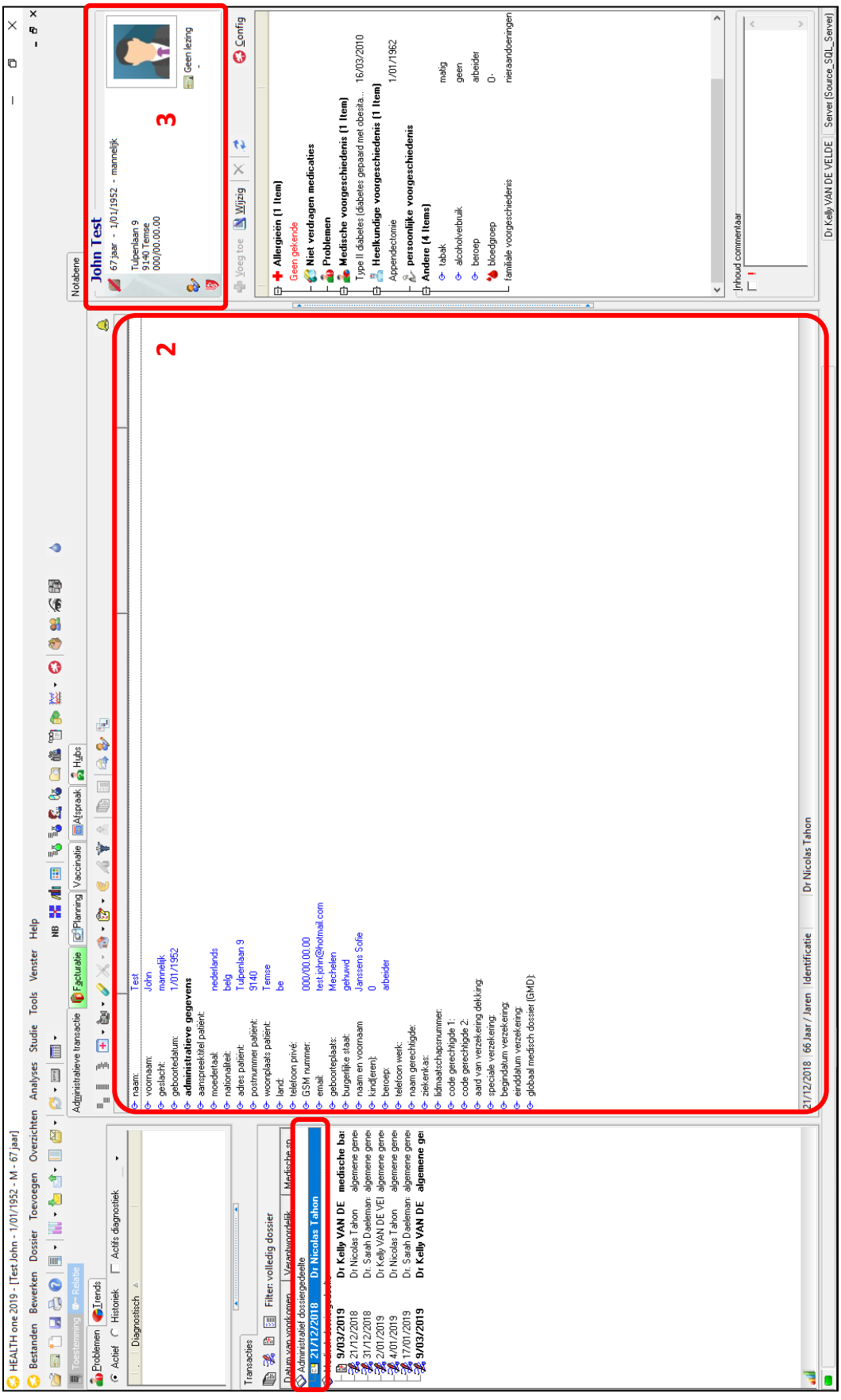
Deze masterproef heeft er niet toe geleid dat alle patiëntendossiers in de praktijk na deze studie volledig ingevuld zijn. Dit was echter ook niet het doel. Deze masterproef heeft wel geleid tot een bewustwording van het belang en de methode van de registratie van de voorgeschiedenis in het EMD. Deze bewustwording heeft bij mezelf reeds geleid tot een gedragsverandering. Ik ben alerter en kijk zaken die ik reeds wist over patiënten na in het EMD. Zo nodig vraag ik deze na of vul ik deze aan. Ik heb de 10 patiënten uit de interventiegroep beter leren kennen en ben hierdoor niet enkel beter op de hoogte van hun medische voorgeschiedenis maar ook van hun functioneren op biopsychosociaal vlak. Dit geeft me meer zicht op de mens achter de patiënt en zorgt dat ik hen als huisarts nog beter kan bijstaan.

Als praktijk proberen we sinds de start van deze masterproef vaker stil te staan bij het navragen en noteren van de voorgeschiedenis. Hierdoor zien we in een aantal dossiers al verbeteringen. Concreet proberen we elk 1 dossier uit te werken voorafgaand aan elke wekelijkse praktijkvergadering. In het verleden hadden we op deze praktijkvergadering reeds wekelijks overleg over een aantal patiënten. Aangezien dit overlegmoment reeds bestaat lijkt dit een ideaal moment om enkele dossiers aan te pakken. Naar de toekomst toe is het belangrijk om op dagelijkse basis aan de slag te gaan met de tips uit dit besluit en zo het EMD mee te laten groeien met de patiënt.

Verder onderzoek naar de volledigheid van het EMD en het delen van medische gegevens is zeker nodig. Zo is er volgens mij nog een plaats voor een toenemende betrokkenheid van patiënten (patient empowerment) in de volledigheid van hun medisch dossier. Dit kan bijvoorbeeld gerealiseerd worden door het thuis invullen van vragenlijsten om hun dossier aan te vullen. Op deze manier kan de tijds- en werkdruk voor de huisartsen mogelijk verminderen. Verder dient er nog onderzoek te gebeuren naar het optimaal delen en raadplegen van medische informatie, voornamelijk onder vorm van het Sumehr.

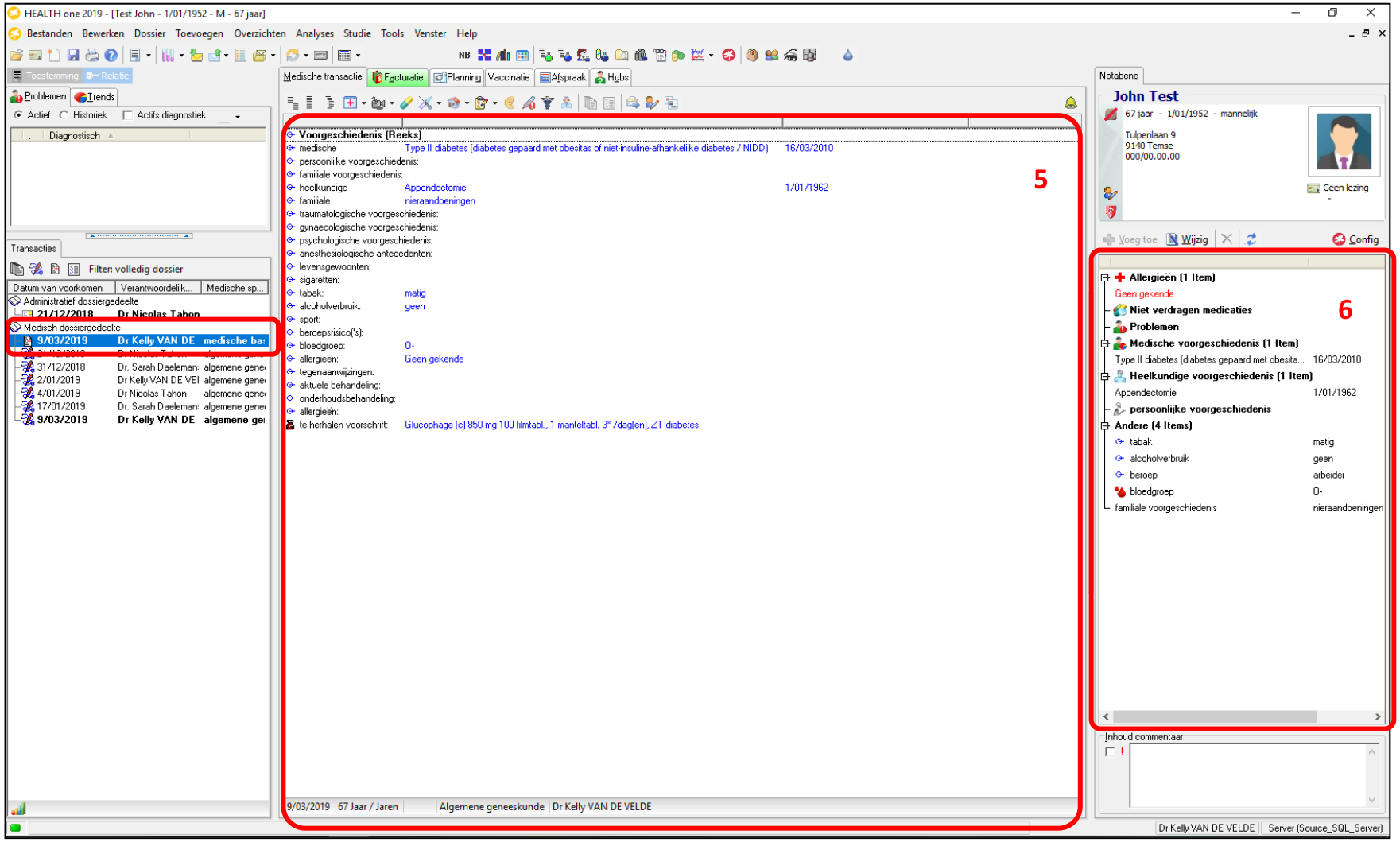
7. Bijlagen

Bijlage 1: Screenshots Health One



Administratief dossiergedeelte

1. Transactie administratieve informatie
2. Inhoud van de transactie administratieve informatie
3. Administratieve informatie in het Notabene venster



Medisch dossiergedeelte

4. Transactie medische basisinformatie
5. Inhoud van de transactie medische basisinformatie
6. Medische basisinformatie in het Notabene venster

Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Prof. dr. R. Remmen
UA
Huisartsgeneeskunde
gebouw R317
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Hoe kan een huisartsenpraktijk zorgen voor een zo volledig mogelijke persoonlijke voorgeschiedenis bij zijn patiëntenpopulatie? (Manama huisartsgeneeskunde Kelly Van De Velde)

Belgisch Registratienummer: B300201837913

datum	ons kenmerk	contact
5/11/2018	18/36/394	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 5/11/2018 .

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

- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 16/10/2018
  Versie 1.2
- Protocol aangepaste versie dd. 25/10/2018
  Versie 1.3

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) Gelieve de aanpassingen met betrekking tot het beheer van de onderzoeksgegevens ook op te nemen in het ICF. Deze gegevens dienen ter beschikking te staan van de patiënt teneinde de transparantie te verzekeren.

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.
Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.
Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Mevr. K. Van de Velde, NVT, Sporthalplein 43 - 2610 Wilrijk

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 18/36/394

datum	ons kenmerk	contact
5/11/2018	18/36/394	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 29/10/2018.
Deze studie werd besproken op vergadering van 5/11/2018.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	-
DE BAETSELIER Elyne	Verpleegkundige	V	+
HENS Kristien	Ethicus	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
PAELINCK Bernard	Cardiochirurg	M	-
SPECENIER Pol	Oncoloog	M	+
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	-
VAN DYCK Pieter	Radioloog	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	+
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
BORTIER Hilde	Arts, emerita hoogleraar UA	V	+
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
GRANAAS Kristina	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
Uitgenodigde Experten			
AERTSEN Veerle	Patiëntenvertegenwoordiger	V	-
DOCKX Celine	Jurist	V	+
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	+
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	-
MOONS Pieter	Coördinator bio- en weefselbank	M	-
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-
VANDEPERRE Peggy	Vertegenwoordigster gezonde vrijwilligers	V	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

Bijlage 3: Goedgekeurd protocol

Universiteit Antwerpen

Geneeskunde & Gezondheidswetenschappen

Campus Drie Eiken
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

T ++32 3 265 25 29
F ++32 3 265 25 26

Onderzoeksprotocol

Hoe kan een huisartsenpraktijk zorgen voor een zo volledig mogelijke voorgeschiedenis bij zijn patiëntenpopulatie?

Onderzoek in het kader van de masterproef Geneeskunde van Kelly Van de Velde 2017-2019

Promotor:
Dr. Remmen Roy, voorzitter van de vakgroep Eerstelijn en Interdisciplinaire Zorg van de faculteit Geneeskunde, hoogleraar huisartsgeneeskunde en voorzitter van de onderwijscommissie master huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen.

Onderzoeker: Kelly Van de Velde, Huisarts in opleiding aan de Universiteit Antwerpen, faculteit geneeskunde.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in kader van het opleidingsonderdeel 'Masterproef' en leidt naar de Masterproef in de master na master huisartsgeneeskunde, voorzien voor academiejaar 2018-2019. Dit onderzoek zal verlopen in samenwerking met de opleidingspraktijk, huisartsenpraktijk 'De Fontein' te Temse.

Inleiding

De persoonlijke voorgeschiedenis is, zeker bij geriatrische patiënten, vaak een hiaat in het elektronisch patiëntendossier. Het systematisch navragen en aanvullen van deze voorgeschiedenis kan bijdragen tot een betere patiëntenzorg in dagelijkse huisartsenpraktijk. Communicatie met andere zorgverleners wordt hierdoor ook volledig. Een volledig patiëntendossier kan dan ook de basis vormen voor de 'Summarized Electronic Health Record', afgekort tot sumehr (1). Dit is de digitale samenvatting van de gezondheidstoestand van de patiënt. Deze sumehr kan door de patiënt zelf geraadpleegd worden en ook door behandelde artsen mits toestemming van de patiënt.

Doelgroep

Voor de start van het onderzoek werd een inventaris gemaakt van de praktijkpopulatie op basis van leeftijd en geslacht. De opleidingspraktijk bestaat uit 6997 actieve patiënten.

Voor dit onderzoek werd gekozen om te focussen op patiënten geboren tussen 01/01/1948 en 31/12/1967. Dit zijn patiënten die (bij benadering) 50 tot 70 jaar oud zijn. Concreet gaat dit om 1471 patiënten. Van deze 1471 patiënten worden alle patiënten geïncludeerd die bij de HAIO op consultatie komen in de periode 01/11/2018 tot en met 31/12/2018. Het is moeilijk om een voorafgaande schatting te maken van het percentage van deze 1471 patiënten dat geïncludeerd zal worden.

Er werd gekozen voor deze leeftijdscategorie omdat deze patiënten in vele gevallen reeds een uitgebreide voorgeschiedenis hebben. Het was niet mogelijk om de hele praktijkpopulatie te includeren. De haalbare

strategieën die naar voren komen in dit onderzoek kunnen in de toekomst ook toegepast worden op de rest van de praktijkpopulatie.

Doelstellingen

De doelstelling van dit onderzoek is het ontwikkelen van haalbare en duurzame strategieën die bijdragen tot een zo volledig mogelijke registratie van de persoonlijke voorgeschiedenis in het elektronisch patiëntendossier van de patiënt.

Methodologie

- Lezen van reeds bestaande masterproeven, gepubliceerd op de website van het ICHO, rond volledigheid van het elektronisch patiëntendossier en opstellen van een verkennende literatuurstudie

- Het gebruikte softwarepakket in de opleidingspraktijk (Health One) beter leren kennen om de mogelijkheden hiervan ten volle te benutten. Hiervoor zal de handleiding doorgelezen worden en zal op de website van het ICHO gezocht worden op bestaande masterproeven met betrekking tot Health One.

- Analyseren van de huidige situatie in de opleidingspraktijk aan de hand van het 'SWOT' principe.

- In kaart brengen van de patiëntenpopulatie en keuze voor een leeftijdscategorie
    - Deze keuze werd reeds gemaakt (zie doelgroep)

- In de periode tussen 01/11/2018 en 31/12/2018 zal voor elk patiëntencontact met een patiënt uit de doelgroep volgende methode toegepast worden:
    - Tijdens de consultatie:
        - Patiënt informeren over de masterproef en toestemming registreren door middel van het onderteken van het informed consent formulier (in bijlage)
    - Na de consulatie wordt voor patiënten uit bovenstaande leeftijdscategorie nagekeken hoe volledig de registratie van de voorgeschiedenis in het elektronisch patiëntendossier is.
      Er wordt gekeken naar volgende parameters:
        1) Heelkundige voorgeschiedenis
        2) Aantal medicaties
        3) Aan- of afwezigheid van allergieën
        4) Rookgedrag
        5) Aan- of afwezigheid van ziekenhuisopnames in het laatste jaar
        6) Aan- of afwezigheid van diabetes mellitus (type 1 of 2)
        7) Aan- of afwezigheid van essentiële hypertensie
        8) Aan- of afwezigheid van oncologische persoonlijke voorgeschiedenis
        9) Aan- of afwezigheid van familiale oncologische voorgeschiedenis

      Deze informatie wordt bijgehouden in een gecodeerd Excel document door de onderzoeker
- Het doel is om tijdens de studieperiode voor een 100-tal patiënten deze stappen uit te voeren. Dit getal werd gekozen rekening houdend met het feit dat niet elke patiënt in deze 2 maanden bij de huisarts komt en met het feit dat de HAIO ongeveer ¼ van de patiënten ziet.
- Vervolgens wordt voor 10 patiënten het dossier zo goed mogelijk aangevuld aan de hand van mondelinge informatie en schriftelijke informatie. Deze 10 patiënten worden at random gekozen door het toekennen van een tijdelijk volgnummer. Op basis van dit tijdelijk volgnummer zullen 10 nummers gekozen worden met behulp van een online 'random number generator'. Deze 10 patiënten zullen gecontacteerd worden met de vraag of ze langs kunnen komen/de onderzoeker bij hen mag langskomen om hun medische voorgeschiedenis te bespreken. Bij weigering zal een nieuw nummer gegenereerd worden. Deze extra consultatie wordt op geen enkele manier aangerekend aan de patiënt of de mutualiteit.
- Voorafgaand aan de mondelinge bespreking zal de onderzoeker schriftelijke informatie verzamelen. Deze schriftelijke informatie is te vinden op het 'Collaboratief Zorgplatform', afgekort tot COZO. Deze informatie bestaat uit onder andere consultatieverslagen, operatieverslagen, hospitalisatieverslagen, spoedverslagen, resultaten van bloedafnames en van medische beeldvorming. De mondelinge informatie zal aan de patiënt gevraagd worden tijdens de consultatie. De schriftelijke informatie vanop de COZO zal nagekeken worden na de consultatie. Deze fase zal doorgaan van 01/01/2019 tot en met 31/01/2019

- Na de studieperiode wordt uitgezocht hoeveel informatie ontbrak/aanwezig was in de 10 uitgewerkte dossiers. Er wordt gekeken wat de tijdsinvestering is per patiënt en wat haalbare strategieën zijn voor het aanvullen van de persoonlijke voorgeschiedenis bij patiënten in de opleidingspraktijk. Indien mogelijk worden concrete tips geformuleerd die bruikbaar zijn voor andere huisartsenpraktijken.

- Evalueren
    - Hoeveel % van de patiënten uit de doelgroep werd gezien in deze periode?
    - Hoe goed kwam de voorgeschiedenis van de 10 uitgewerkte patiënten overeen met wat er in het dossier genoteerd stond bij de start van het onderzoek?
    - Hoeveel % van de geziene patiënten uit de doelgroep had reeds een volledig ingevulde persoonlijke voorgeschiedenis voor de start van het onderzoek?
    - Wat is de tijdsinvestering per patiënt gebaseerd op de 10 uitgewerkte patiënten?
    - Welke concrete tips kunnen gebruikt worden om de registratie van de persoonlijke voorgeschiedenis te verbeteren in de opleidingspraktijk en mogelijks ook andere huisartsenpraktijken?

De onderzoeksdatabank wordt beheerd door de promotor van de masterproef, Prof. Dr. Roy Remmen in samenwerking met de student, Kelly Van de Velde. De onderzoeksgegevens worden gedurende 10 jaar bijgehouden door de promotor van de masterproef, Prof. Dr. Roy Remmen in samenwerking met de student, Kelly Van de Velde.

Planning van het onderzoek

De voorbereiding zal gebeuren voor de start van het onderzoek (voor 01/11/2018).
De patiëntencontacten zullen plaatshebben tussen 01/11/2018 en 31/12/2018.
De patiëntencontacten voor de 10 uitgewerkte patiënten zullen plaatshebben van 01/01/2019-31/01/2019
De analyse van de resultaten zal gebeuren tussen 01/02/2019 en 28/02/2019.
De bespreking van de resultaten en het schrijven van de masterproef zal gebeuren tussen 01/03/2019 en 30/04/2019.

Ethische overwegingen

Voorafgaand de consultatie met de patiënt zal er geen informatie uit het dossier gebruikt worden.

Tijdens de consultatie in de onderzoeksperiode zal de studie aan de patiënt uitgelegd worden en zal toestemming gevraagd worden voor volgende zaken door middel van het informed consent formulier (in bijlage).

- Aanvullen van persoonlijke voorgeschiedenis in het dossier
- Raadplegen van de voorgeschiedenis op het online platform 'CoZo'
- Uploaden van de persoonlijke voorgeschiedenis op het online platform 'CoZo' onder vorm van de sumehr.

Het informed consent formulier zal in tweevoud opgemaakt worden. Eén exemplaar wordt meegegeven met de patiënt en één exemplaar wordt door de onderzoeker bewaard. Het exemplaar voor de patiënt bevat ook het informatieformulier.

Voor de analyse van de resultaten worden geen persoonsgegevens gebruikt.

De onderzoeker houdt op basis van het online agendasysteem een Excel-document bij met de patiënten uit de doelgroep die geïncludeerd werden. Om praktische redenen bevat dit document de naam van de patiënt en geboortedatum. Zonder naam is het namelijk niet mogelijk om het betreffende dossier verder aan te vullen. Het document zal niet openbaar gemaakt worden en er worden geen namen of andere persoonlijke gegevens vermeld bij het schrijven van de masterproef.

Referenties

1. Agentschap Zorg en Gezondheid. Beknopte medische dossiers delen (Sumehr) 2018. Beschikbaar op: http://www.vitalink.be/beknopte-medische-dossiers-delen-sumehr. Geraadpleegd 18/08/2018.
2. CoZo: Het Collaboratief Zorgplatform. Beschikbaar op: https://www.cozo.be/home. Geraadpleegd 18/08/2018.

Bijlagen

- Bijlage 1: Informed consent formulier bestaande uit een informatieblad en een toestemmingsformulier

Bijlage 4: Goedgekeurd informatie- en toestemmingsformulier NL

Universiteit Antwerpen

Faculteit Geneeskunde & Gezondheidswetenschappen

Campus Drie Eiken
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

T ++32 3 265 25 29
F ++32 3 265 25 26

Huisartsenpraktijk 'De Fontein'
Fonteinstraat 73, 9140 Temse
Telefoonnummer: 03/771.50.11
E-mailadres:
info@praktijkdefontein.be
dokterkellyvandevelde@telenet.be

Informatieformulier

Masterproef: 'Hoe kan een huisartsenpraktijk zorgen voor een zo volledig mogelijke voorgeschiedenis bij zijn patiëntenpopulatie?'

Beste patiënt,

In het kader van mijn opleiding tot huisarts maak ik een masterproef rond de volledigheid van het elektronische patiëntendossier. Hiervoor heb ik uw medewerking nodig.

Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is om de persoonlijke voorgeschiedenis van patiënten geboren tussen 01/01/1948 en 31/12/1967 zo goed mogelijk aan te vullen in ons elektronische dossier. Deze persoonlijke voorgeschiedenis omvat chronische ziekten, ziekenhuisopnames en operaties. Ik ga tijdens dit onderzoek op zoek naar manieren om dit zo vlot mogelijk te doen. De gevonden manieren kunnen na het onderzoek ook gebruikt worden voor de andere patiënten in deze praktijk of andere huisartsenpraktijken. Hiervoor ga ik de aan- of afwezigheid van een aantal elementen in uw dossier nakijken en analyseren. Dit gaat om elementen uit uw persoonlijke voorgeschiedenis, chronische ziekten, medicatie, heelkundige ingrepen en ziekenhuisopnames.

Verloop van het onderzoek

U kan deelnemen aan het onderzoek als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

- U bent geboren in de periode van 01/01/1948 tot en met 31/12/1967
- U komt op consultatie bij de HAIO (Dr. Kelly Van de Velde) in de praktijk in de periode van 01/11/2018 tot en met 31/12/2018.
- U bent akkoord met het verloop van het onderzoek en ondertekent het toestemmingsformulier op de volgende bladzijde.

Tijdens de consultatie:

- U krijgt uitleg over het onderzoek en kan eventuele vragen stellen. Nadien ondertekent u het toestemmingsformulier op de volgende bladzijde.

Na de consultatie:
De onderzoeker raadpleegt uw dossier en noteert de volledigheid hiervan in een Excel-document. Na de periode van 01/11/2018-31/12/2018 worden random 10 patiënten gekozen ter verdere uitwerking van hun dossier. Hiervoor ik u contacteren door middel van de contactgegevens die we

van u hebben in het dossier. Voor deze verdere uitwerking vraag ik u éénmalig op consultatie te komen of kom ik op huisbezoek. Voor deze consultatie of dit huisbezoek wordt u niets aangerekend.

Inzage gegevens en vertrouwelijkheid

Uw persoonlijke voorgeschiedenis wordt zoals vermeld opgeladen op het online platform 'CoZo'. Dit is enkel toegankelijk voor uzelf, uw huisarts en andere artsen die u behandelen (bijvoorbeeld specialist of spoedarts) indien u hiervoor toestemming geeft. Indien u wenst dat bepaalde zaken niet opgeladen worden kan u dit doorgeven aan de huisarts.

Uw naam wordt enkel genoteerd om uw dossier terug te vinden en te kunnen aanvullen zoals hierboven beschreven. De contactgegevens die wij van u hebben in uw dossier (naam, gsm nr., e-mail of adres) worden niet opgenomen in de resultaten van de masterproef.

U heeft op elk moment het recht om uw deelname aan het onderzoek stop te zetten. Uw gegevens worden dan verwijderd uit de masterproef. Indien u wenst worden ook gegevens uit uw dossier verwijderd. U heeft op elk moment het recht om inzage te vragen in de gegevens die wij van u verkregen.

Bij vragen over het onderzoek kan u steeds één van de artsen in de praktijk aanspreken, bellen via het telefoonnummer van de praktijk of een mail sturen naar de praktijk.

Alvast bedankt voor uw medewerking,

Dr. Kelly Van de Velde
Huisarts in opleiding

Toestemmingsformulier

Masterproef: 'Hoe kan een huisartsenpraktijk zorgen voor een zo volledig mogelijke voorgeschiedenis bij zijn patiëntenpopulatie?'

- Door onderaan deze bladzijde te handtekenen, geef ik toestemming voor deelname aan bovenstaand onderzoek.
- Ik weet dat ik op elk moment kan besluiten om deze gegevens terug te trekken en dus mijn deelname aan het onderzoek stop te zetten. Mijn gegevens zullen dan verwijderd worden uit het onderzoek.
- Ik weet dat ik het recht heb om mijn gegevens in te kijken indien ik dit wens.
- Ik weet dat er geen bijkomende behandelingen of onderzoeken worden verricht tijdens dit onderzoek en dat er geen verder advies wordt verstrekt. Er zijn dus geen risico's verbonden aan dit onderzoek.
- Ik weet dat ik geen vergoeding krijg voor de deelname aan dit onderzoek.
- Ik heb uitleg gekregen, het informatieformulier gelezen en eventuele vragen kunnen stellen.

Opgemaakt in 2 exemplaren, waarvan één exemplaar wordt meegegeven met de patiënt en één exemplaar door de onderzoeker wordt bewaard.

Naam patiënt:	Datum:	Handtekening:
Naam onderzoeker:	Datum:	Handtekening:

Referenties

1. bvba V. PDCA cirkel 2012 [Available from: http://www.pdca.be/.
2. Riziv. Door een globaal medisch dossier (GMD) kan u goedkoper naar de huisarts 2015 [Available from: https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/globaal-medisch-dossier.aspx.
3. Agentschap Zorg en Gezondheid. Beknopte medische dossiers delen (Sumehr) 2018 [Available from: http://www.vitalink.be/beknopte-medische-dossiers-delen-sumehr.
4. Dr. Pepijn E. PDWS. Sumehr: een evaluatie in de praktijk [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2012-2013.
5. Dr. Deledicque Y. Promotor Dr. Boeckxstaens P. De visie van de patiënt op het (Globaal) Medisch Dossier [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2015-2016.
6. Dr. Van Braeckel B. Promotor Dr. Avonts D. Patiëntengegevens uitwisselen: liever SUMEHR dan summier [Masterproef Huisartsgeneeskunde]2011-2012.
7. RIZIV. Geïntegreerde praktijkpremie huisartsgeneeskunde [Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/hulp/geintegreerde-praktijk/Paginas/default.aspx.
8. Dr. Mertens J. Promotor Dr. Philips H. Een kritische kijk op het sumehr en het delen van medische informatie [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Antwerpen; 2015-2016.
9. RIZIV. Toelichting bij de voorwaarden voor de geïntegreerde praktijkpremie huisartsgeneeskunde [Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/hulp/geintegreerde-praktijk/Paginas/toelichting-ge%C3%AFntegreerde-praktijkpremie.aspx.
10. Agentschap Zorg en Gezondheid. Vitalink [Available from: http://www.vitalink.be/.
11. Dr. Blyweert B. Promotor Dr. Devisch I. Ethische grenzen bij het delen van het elektronisch medisch dossier: visie van de patiënt. Een kwalitatief onderzoek [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Antwerpen - Universiteit Gent; 2014-2015.
12. Dr. Evguenia Markovskaia. Promotor Prof. Dr. Roy Remmen. De invoer van medische voorgeschiedenis in het EMD kost veel tijd. [Masterproef]: Universiteit Antwerpen; 2008-2009.
13. ICHO. Databank masterproeven 2018 [Available from: https://old.icho-info.be/masterproeven/.
14. Dr. Declerck L. Promotor Dr. Avonts D. Integratie van éénlijn.be in de huisartspraktijk: effect van het optimaliseren van het gebruik van het EMD op de geëxporteerde sumehrs? Wat is de perceptie van huisartsen omtrent de continue informatisering? [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Antwerpen; 2015.
15. Dr. Anné N. Promotor Prof. Dr. Degryse J. Registratie van essentiële gegevens voor de opvolging van patiënten met diabetes mellitus en arteriële hypertensie & redenen voor het ontbreken ervan in het elektronisch medisch dossier

[Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent - Katholieke Universiteit Leuven; 2011-2012.
16. Dr. Fabry K. Pro motor Prof. Dr. Aertgeerts B. Het Elektronisch Medisch Dossier: (ver)wens(ing)en [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Katholieke Universiteit Leuven; 2013-2014.
17. Dr. Van Driessche S. Promotor Dr. Avonts D. Ontwikkeling van gebruiksvriendelijke EMD-software voor de uitwisseling van patiëntengegevens tussen huisartsenpraktijken [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2014-2015.
18. Dr. Ledegen L. Promotor Dr. Michels N. Gebruik van het elektronisch medisch dossier (EMD) [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Antwerpen; 2017-2018.
19. Dr. Plancke L. Promotor Dr. Avonts D. Het thuisdossier voor de wachtarts, stand van zaken. [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2011-2013.
20. Dr. Verstraeten B. Promotor Dr. Van Nuland M. Ontwikkeling en evaluatie van een opleidingsmodule over het creeren van verwijsbrieven in het elektronisch medisch dossier (EMD). [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Katholieke Universiteit Leuven; 2017-2018.

21. Dr. De Wolf J. Promotor Dr. Wens J. EMD: de codes ontsluierd. Opstap naar een waaier van mogelijkheden [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent - Universiteit Antwerpen; 2014-2016.
22. Dr. Van Ginneken E. Promotor Dr. Van Royen P. De verwijsbrief – Een goed geordend EMD als instrument voor een optimale samenwerking/communicatie met specialisten [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Antwerpen; 2009-2010.
23. Hillemans K. De Lepeleire J. Hoe ziet een goede verwijsbrief eruit en maakt het gebruik van ervan een verschil in kwaliteit? Resultaten van een literatuuronderzoek. Huisarts Nu. 2007;36.
24. Dr. Dubois J. Promotor Dr. Schoenmakers Birgitte. Communicatie tussen eerste en tweede lijn: rol van de verwijsbrief naar de spoedgevallen [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Katholieke Universiteit Leuven; 2013-2014.
25. Genootschap NH. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist (HASP). 2017. p. 85.
26. Dr. Van Marcke M. Promotor Dr. Avonts D. Overdracht van informatie van huisarts naar wachtarts, een kwaliteitsverbeterproject [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2016-2018.
27. Agarawal G. Croocks V.A. The nature of informational continuity of care in general practice. British Journal of General practice. 2008;58.
28. Dr. Aernouts G. Promotor Dr. Anthierens S. Hoe bekomen we een up-to-date elektronisch medisch dossier bij 70 plussers die omwille van chronische aandoeningen en beperkte mobiliteit steeds een huisbezoek krijgen? [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Antwerpen; 2017-2018.
29. De Prez E. Promotor Willems S. GMD+ informatieverwerking van papier naar dossier: praktijkverbeterend project. [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Katholieke Universiteit Leuven - Universiteit Gent; 2015-2016.
30. Dr. De Ruyck L. Promotor Dr. Anselme D. Optimalisatie van registratie van cardiovasculaire risicofactoren in het EMD [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2017-2018.
31. Dr. Dounia L. Promotor Prof. Dr. Devroey D. De registratie van gegevens in het EMD bij de opvolging van patiënten met AHT in de huisartsenpraktijk: een praktijkverbeterend project. [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Vrije Universiteit Brussel; 2016-2017.
32. Dr. Demuynck L. Promotor Prof. Dr. Willems S. De brug tussen preventie en EMD 'Kan informatisering een meerwaarde bieden bij de implementatie van de gezondheidsgids in de praktijk?' [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2011-2012.
33. Dr. De Jonghe E. Prof. Dr. Derese A. Het gebruik van de preventiemodule in het EMD [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2012-2013.
34. Dr. Tadevosian L. Promotor Prof. Dr. Buntinx F. Hoe kan een call recall methode, vertrekkende van de bekende gegevens in het EMD, de GMD+ status van de patiënt vervolledigen? [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Katholieke Universiteit Leuven - Universiteit van Maastricht; 2011-2012.
35. Dr. Bosschaerts M. Promotor Anthierens S. Gebruik van het GMD+ in een solopraktijk [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Antwerpen 2014-2015.
36. Dr. Mannaerts A. Promotor Prof. Dr. Schoenmakers B. Hoe kunnen we zinvolle preventie beter integreren - Implementatie van het preventiesjabloon in EMD en toepassing van het preventieconsult in eerste lijn. [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2011-2012.
37. Dr. Seher A. Promotor Prof. Dr. Devroey D. Verbeterde implementatie van het gmd+ in de praktijk [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Vrije Universiteit Brussel 2015-2016.
38. Dr. Wuyts T. Promotor Dr. Philips H. Integratie van het preventieplan in de dagelijkse workflow van de praktijk - een praktijkverbeterendproject [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Katholieke Universiteit Leuven - Universiteit Antwerpen; 2015-2016.
39. Dr. Dannau B. Promotor Dr. Avonts D. De registratie van de familiale voorgeschiedenis via het GMD+ [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent.

40. Dr. De Loecker Y. Promotor Dr. Philips H. Wat is de invloed van de implementatie van het 'Globaal Medisch Dossier plus' op de patiëntentevredenheid? [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Antwerpen; 2009-2010.
41. Dr. Cornelis L. Promotor Dr.Willems S. Ideeën in verband met gebruik en delen van eigen medische informatie; standpunt van de patiënt. een kwalitatief onderzoek [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2013-2014.
42. Dr. Vanlaer S. Promotor Dr. Devisch I. Ethische grenzen bij het delen van het elektronisch medisch dossier: visie van de zorgverlener. [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Katholieke Universiteit Leuven - Universiteit Gent; 2014-2015.
43. Wet betreffende de rechten van de patiënt - Hoofdstuk III, ART 9 §1, (2002).
44. Code van medische deontologie - Hoofdstuk II, ART 22-24, (2008).
45. Dr. Anseeuw K. Promotor Dr. Devroey D. Beveiliging van patiëntendata op de pc van de huisarts - een praktijkverbeterend project [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Vrije Universiteit Brussel; 2014-2015.
46. Dr. Eecklo L. Promotor Dr. Pype P. From scratch to hatch:Updaten van het EMD in een groepspraktijk [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Katholieke universiteit Leuven - Universiteit Gent; 2017-2018.
47. Dr. Maes J. Promotor Dr. De Sutter A. Hoe verloopt de overdracht van het medisch dossier als de patiënt verandert van huisartsenpraktijk? [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2017-2018.
48. Dr. Coessens G. Promotor Dr. Devisch I. Hoe staan huisartsen tegenover het delen van medische informatie met patiënten: een kwalitatief onderzoek [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2016.
49. Dr. Bakens S. Promotor Dr. Van Nuland M. Uitwisseling van medische gegevens: Het SUMEHR [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Katholieke Universiteit Leuven; 2016-2018.
50. Dr. De Groot M. Promotor Prof. Dr. Goderis G. Help, ik moet switchen van EMD! [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Katholieke Universiteit Leuven.
51. Dr. Pirard S. Promotor Prof. Dr. Avonts D. Implementatie van de inkomende patiëntinformatie: een praktijkverbeteringsproject [Masterproef Huisartsgeneeskunde]: Universiteit Gent; 2017-2018.
52. Vlaamse Overheid. Temse 2018 [updated 2018. Available from: https://www.vlaanderen.be/nl/gemeenten-en-provincies/provincie-oost-vlaanderen/temse.