Het digitale medicatieschema in WZC

Waar wringt het schoentje bij de verpleegkundigen?

Riek Van der Weken, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Bert Aertgeerts, Katholieke Universiteit Leuven

Co-promotoren: Dr. Tom Lambrechts, senior arts kennisdomein ICT Domus Medica; Elfi Goesaert, kennisdomeinverantwoordelijke ICT Domus Medica

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2017 - 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

Het digitale medicatieschema in WZC: waar wringt het schoentje bij de verpleegkundigen?

Auteur: Riek Van der Weken, KU Leuven

Promotor: prof. dr. Bert Aertgeerts, KU Leuven

Co-promotoren: dr. Tom Lambrechts en Elfi Goesaert, Domus Medica

Praktijkopleider: dr. Kristien De Wilde

Context

De toenemende informatisering in de gezondheidszorg zorgt voor een nieuwe uitdaging in het samenwerken tussen de verschillende zorgverleners. De verschillende proefprojecten rond het Vitalink-medicatieschema leerden dat niet alleen technische beperkingen, maar ook moeizaam samenwerken tussen de zorgverleners onderling, het goed functioneren van een multidisciplinair elektronisch medicatieschema in de weg staat.

Onderzoeksvraag

- Welk change management is nodig om digitale communicatie rond het elektronisch medicatieschema door verpleegkundigen in woonzorgcentra te optimaliseren?
- Wat zijn de opportuniteiten en barrières voor het gebruik van het elektronisch medicatieschema door verpleegkundigen in woonzorgcentra?

Methode

Deze studie doet een kwalitatieve analyse aan de hand van enerzijds focusgroepen bij betrokken zorgverleners uit de eerstelijnsgeneeskunde en anderzijds deelname aan de werking van het project TransEL (Zorg en Gezondheid, Vlaamse Overheid). Met behulp van de elementen in het 'Knoster Model voor verandering' werd het nodige change management in kaart gebracht.

Resultaten

Er werden 3 focusgroepen gehouden. Hierin kwamen verschillende barrières voor het gebruik van het elektronische medicatieschema naar boven: angst voor het andere nieuwe, kennis en vaardigheden zijn ondermaats, opleiding ontbreekt, digitaal werken wordt als tijdrovend beschouwd, zorgverleners zien niet hoe digitaal werken de kwaliteit van zorg zal verhogen, kost op korte termijn wordt te hoog beschouwd en de huidige software is niet op elkaar afgestemd. Een bevraging van TransEL bij zorgverleners in woonzorgcentra bevestigde deze barrières.

Conclusie

Het nodige change management kan het gebruik van het elektronisch medicatieschema bij verpleegkundigen in woonzorgcentra optimaliseren. De opportuniteiten hiervoor zijn het aanleren van werken met een gedeeld medicatieschema, gericht opleiding geven aan verpleegkundigen, verminderen administratieve last door gebruiksvriendelijke integratie van de software, beschikbaar stellen van een centraal dossier voor betere multidisciplinaire samenwerking en rekening houden met op lange termijn een kostenverlaging.

Inhoudstafel

Abstract 1
Inhoudstafel 3
Inleiding 5
Communicatie tussen zorgverleners in woonzorgcentra 5
Digitale communicatie tussen zorgverleners in woonzorgcentra 5
Optimaliseren van digitale communicatie 6
Onderzoeksvraag 6
Methode 7
1. Onderzoeksopzet 7
1.1 Focusgroepen 7
a) Setting en deelnemers 7
b) Dataverzameling 7
1.2 Project TransEL 8
2. Data-analyse 9
Resultaten 10
1. Focusgroepen 10
1.1 Strategie 10
a) Informatieveiligheid 10
b) Codering 11
1.2 Consensus 11
1.3 Vaardigheden 11
1.4 Prikkels 12
1.5 Middelen 13
a) Hardware 13
b) Software 13
1.6 Plan van aanpak 14
2. Project TransEL 15
Discussie 18
1. Bevindingen onderzoek 18
1.1 Attitude 18
a) Beveiliging van patiëntengegevens 18
b) Validatie van medicatieschema's 19
1.2 Kennis – vaardigheden – opleiding 19
1.3 Tijd en efficiëntie 19
1.4 Kwaliteit van zorg 20
1.5 Kost 20
1.6 Software 20
2. Beperkingen van de studie 21
3. Sterktes van de studie 21
4. Implicaties voor toekomstig onderzoek 21
5. Interessant lopend project 21
Conclusie 23

Bronnenlijst 24
Dankwoord 25
Bijlagen 26

Inleiding

Communicatie tussen zorgverleners in woonzorgcentra

Het is bekend dat een betere interprofessionele samenwerking de kwaliteit van zorg voor bewoners in een woonzorgcentrum in Vlaanderen, maar ook internationaal, sterk kan verbeteren. Veel verschillende huisartsen bezoeken de bewoners en delegeren taken naar de verpleegkundigen. Observationeel onderzoek toont aan dat de medische zorg bij rusthuisbewoners, een zeer kwetsbare groep, tekortschiet als gevolg van een combinatie van onvoldoende gedocumenteerde dossiers, te veel of te weinig medicatie en ondermaatse interprofessionele communicatie[1-4].

Communicatie is zeer belangrijk en vormt het startpunt van samenwerking. Als mensen elkaar persoonlijk kennen, loopt samenwerking veel doeltreffender[5]. Om kwaliteit van zorg verder te verbeteren dient een gemeenschappelijke taal gesproken te worden tussen zorgverleners onderling en elkaars specialisatie dient als positieve bijdrage in de aanpak gezien te worden[6].

Hierop anticipeert men tijdens de opleiding van verschillende zorgverleners in de gezondheidszorg en is er groeiende aandacht voor het interprofessioneel communiceren. Het 'IPSIG'-handboek, ontwikkeld door de Universiteit Antwerpen, ondersteunt de opleiding van het leren interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in de gezondheidszorg, met als doel de kwaliteit van zorg te verhogen[7]. De communicatie, samenwerking en professionaliteit die hierbij komt kijken zijn essentiële competentiegebieden die terugkomen in het veelgebruikte Canmeds model tijdens opleiding van zorgverleners aan hogescholen en universiteiten in Vlaanderen[8].

Digitale communicatie tussen zorgverleners in woonzorgcentra

ICT (informatie- en communicatietechnologie) is het dagelijkse brood. De toenemende informatisering in de gezondheidszorg doet heel wat stof opwaaien. Het ICT-actieplan "Naar een (e)zorgzaam Vlaanderen" van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Vandeurzen geeft aan dat de soft- en hardware die de ICT-sector ontwikkelt, cruciaal zijn om de informatisering van de woonzorgsector te laten slagen. De koepelverenigingen van beroepsgroepen ondersteunen diverse trajecten voor de informatisering van de Vlaamse Woonzorgcentra (eWZC-programma). Hierbij werd maximaal rekening gehouden met het hergebruik van de basisdiensten aangeboden door het eHealth-platform (eHealth: elektronisch registreren en uitwisselen van gegevens)[9].

Op korte tijd komen er heel wat toepassingen bij van eHealth. Zo is de voorbije jaren het Vitalink-project verder uitgewerkt. Dit project behoudt zijn doelstelling waarbij zowel de verschillende zorgverleners in Vlaanderen uit de eerste lijn (huisarts, apotheker, verpleging), maar ook tweede lijn en de patiënt zelf (of de mantelzorger), toegang hebben tot digitaal gedeelde gegevens. Vandaag deelt Vitalink gegevens over vaccinaties, medicatie, bevolkingsonderzoeken en een samenvatting van het patiëntendossier van de huisarts (SumEHR). De toegang tot deze gegevens door de verschillende zorgverleners moet een betere samenwerking en coördinatie kunnen verwezenlijken[10].

Om te werken in een gedeeld dossier van een patiënt via Vitalink, dien je als zorgverlener aan enkele voorwaarden te voldoen. Zo is er de geïnformeerde toestemming, waar de patiënt toestemming geeft

(of niet) om info te verzamelen en op te laden op deze platformen, de toestemming is patiëntgebonden en levenslang geldig. Daarnaast is er de therapeutische relatie of zorgrelatie, die is noodzakelijk om als zorgverlener te kunnen werken in een patiëntendossier, deze is zorgverlener-gebonden en is 15 maand geldig (in de eerstelijnsgezondheidszorg). In een woonzorgcentrum kan dit laatste worden opgenomen in het contract bij inschrijving. De toegangsregels worden voor elke medewerker bepaald, hiervoor is het woonzorgcentrum verantwoordelijk.

Optimaliseren van digitale communicatie

Er zijn op dit moment een aantal belangrijke weerstanden in de ontwikkeling van de verschillende eHealth-diensten. De doelgroep waarin de veranderingen tot stand dienen te komen is enorm versnipperd, voornamelijk door het grote aantal aangeboden softwareprogramma's en bestaande lokale afspraken. Daarnaast is er een beperkte IT-kennis bij vele zorgverleners en zorgt de angst voor het 'andere' nieuwe voor een nood aan nieuwe bewustwording bij huisartsen, apothekers en verpleegkundigen in WZC. Elke zorgverlener is namelijk een belangrijke schakel in het proces om digitale communicatie te optimaliseren.

We nemen het voorbeeld van een online gedeeld medicatieschema, wat een enorme meerwaarde kan betekenen in de samenwerking tussen verschillende zorgverleners en uiteindelijk kwaliteit van zorg voor de patiënt. Het gebruik hiervan is echter niet evident, door de vele betrokken zorgverleners en verschillende verantwoordelijkheden. Deze samenwerking aan gemeenschappelijke documenten in de zorg van patiënten is een nieuwe uitdaging. Zorgverleners gebruiken Vitalink via hun eigen softwarepakketten. De ontwikkeling van een betrouwbare interactieve (bidirectionele) koppeling in de verschillende softwareprogramma's van de zorgverleners laat op zich wachten[(11)]. Er zijn nog heel wat vragen te stellen bij de gedeelde toegankelijkheid en verantwoordelijkheid van patiëntendossiers en medicatieschema's. De verschillende proefprojecten rond het Vitalink-medicatieschema leerden echter dat niet alleen technische beperkingen, maar ook moeizaam samenwerken tussen de zorgverleners onderling, het goed functioneren van een multidisciplinair medicatieschema in de weg staat[(12)].

Daarom onderzoeken we wat de barrières, maar ook opportuniteiten, zijn om de digitale communicatie door verpleegkundigen in een woonzorgcentrum rond het elektronisch medicatieschema, gedeeld met andere zorgverleners, te optimaliseren. Voor deze bewustwording is een belangrijk 'change management' nodig. De verschillende elementen van het Knoster Model, een model voor het bekomen van een (complexe) verandering, worden hiervoor ontleed.

Onderzoeksvraag

- Welk change management is nodig om digitale communicatie rond het elektronisch medicatieschema door verpleegkundigen in woonzorgcentra te optimaliseren?

- Wat zijn de opportuniteiten en barrières voor het gebruik van het elektronisch medicatieschema door verpleegkundigen in woonzorgcentra?

Methode

1. Onderzoeksopzet

Deze studie doet een kwalitatieve analyse aan de hand van focusgroepen bij zorgverleners uit de eerstelijn betrokken bij het digitale medicatieschema en deelname aan de werking van TransEL werkgroep vanuit Zorg en Gezondheid. De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven keurde het voorstel voor de studie goed (zie bijlage 1). De studie vond plaats tussen mei 2018 en mei 2019.

1.1 Focusgroepen

a) Setting en deelnemers

Betrokken zorgverleners uit de eerste lijn (artsen, apothekers, verpleegkundigen, zorgkundigen en directieleden van woonzorgcentra) werden geïncludeerd, er stonden geen beperkingen op inclusie qua leeftijd, geslacht, ervaring of andere karakteristieken.

De onderzoekdeelnemers werden benaderd en op basis van vrijwillige reactie gerekruteerd. Zo werden verschillende groepen zorgverleners uit de eerste lijn aangeschreven:

- (hoofd)verpleegkundigen, directieleden, ICT-verantwoordelijken en kwaliteitscoördinatoren van woonzorgcentra gelegen in het Waasland of betrokken bij de functionele binding Gent-Deinze (binding in het kader van een zorgprogramma geriatrie)

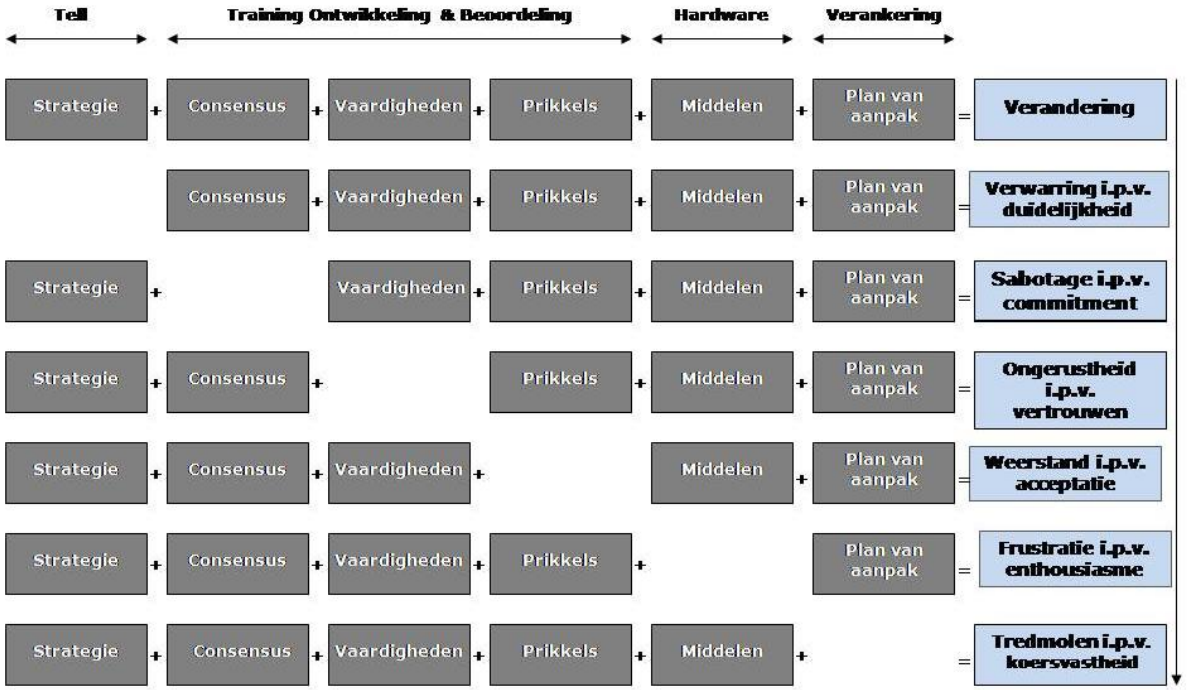
- huisartsen van de groepering 'CRA Waas' (actief in de regio 'Huisartsenkoepel Waasland')

- apothekers van KAVW (Koninklijke Apothekers Vereniging van Waasland)

b) Dataverzameling

De keuze voor focusgroepen voor het verzamelen van de gegevens werd gemaakt om meer interactie en discussie te verwezenlijken tussen de deelnemende zorgverleners. De deelnemers werden voldoende geïnformeerd en ondertekenden allen de geïnformeerde toestemming voor deelname aan deze studie (zie bijlage 2 en 3). De focusgroepen werden gemodereerd door de onderzoeker van deze studie.

De structuur van de focusgroepen werd opgebouwd aan de hand van het Knoster Model voor verandering. Dit model geeft de verschillende elementen weer die nodig zijn om een belangrijke (en complexe) verandering te bekomen (zie figuur 1 en tabel 1)[13]. De focusgroepen werden opgenomen met geluid en beeld.



Figuur 1: Knoster Model voor verandering

Ingrediënt	***Zorgt voor***	***Anders***
strategie	duidelijkheid	verwarring
consensus	commitment	sabotage
vaardigheden	vertrouwen	ongerustheid
prikkels	acceptatie	weerstand
middelen	enthousiasme	frustratie
plan van aanpak	koersvastheid	tredmolen

Tabel 1: Knoster Model voor verandering

1.2 Project TransEL

Domus Medica, een vereniging zonder winstoogmerk die de belangen van huisartsen en huisartsenkringen behartigt in Vlaanderen, is met zijn werkgroep voor kennisdomein ICT een belangrijke partner aan tafel bij verschillende lopende projecten rond toenemende informatisering in de gezondheidszorg.

Het project TransEL wordt in opdracht van Agentschap Zorg en Gezondheid uitgevoerd door verschillende partners om verder te bouwen op de projecten die het gebruik van ICT-toepassingen in woonzorgcentra in communicatie met andere zorgverleners en zorgorganisaties (Vitalink, eRecipe, liaisonfiche, transferfiche,…) bevorderen. Dit doen ze via opleidingen, e-learning en een helpdesk. Het project houdt rekening met het belangrijke change management aspect bij de noodzakelijke en vooropgestelde wijzigingen in digitale communicatie tussen zorgverleners. Daarom werden de zorgverleners betrokken en geïnformeerd over de evoluties, om zo steun te bekomen van het terrein.

In april 2018 werd een bevraging opgesteld en uitgestuurd naar woonzorgcentra betreffende digitalisering en gebruik van de bestaande diensten in de zorg. De bevraging werden via de verschillende partners van het project TransEL verspreid naar de zorgverleners, via hun website en vermelding in nieuwsbrieven. De feedback hierop tijdens de vergaderingen van de werkgroep, waarop de onderzoeker van deze studie aanwezig was, werd meegenomen in het modereren van de focusgroepen en schrijven van dit artikel. Resultaten van vragen over het digitale medicatieschema, medicatiebeheer en opleiding werden meegenomen in de resultatensectie, dit met toestemming van de projectmanager. De andere vragen (en resultaten) waren niet relevant voor dit onderzoek.

Uittreksel TransEL - Projectplan 1.0[14]

> De uitdagingen rond het Vitalink medicatieschema wat betreft medicatieschema's in WZC en communicatie met de eerstelijn zijn tweevoudig:
> - Technisch de uitwisseling van medicatieschema's tussen WZC en de eerstelijn mogelijk maken.
> - De zorgverleners die het medicatieschema gebruiken, leren samenwerken en op een correcte manier met het schema laten omgaan.
>
> Binnen de context van het TransEL-project is vooral het tweede punt uiterst relevant: los van de technische mogelijkheden moet er bewust worden samengewerkt en gedeeld tussen de verschillende zorgverleners. Dit moet met respect voor ieders inbreng gebeuren, en met aandacht voor hoe de uitwisseling optimaal kan verlopen.
>
> Naar vormingen toe moet er worden gekeken of er pakket-specifieke multidisciplinaire opleidingen kunnen worden opgezet. Indien dit niet mogelijk is, kan er gewerkt worden aan een meer algemene opleiding rond het doel van Vitalink en het medicatieschema daarbinnen, en de voorwaarden die horen bij een goede samenwerking.
>
> Vanuit éénlijn.be worden op dit moment multidisciplinaire opleidingen opgestart voor huisartsen en apothekers rond het Vitalink medicatieschema. Daarin wordt bekeken wie wat kan opladen naar Vitalink en op welke manier dat gevisualiseerd wordt bij andere zorgverstrekkers.
>
> Elke van deze items worden nu verder in de stuurgroep besproken, afgetoetst met de noden op de werkvloer en verder inhoudelijk en organisatorisch uitgewerkt.
> Per type opleiding wordt een inhoudelijke productfiche opgemaakt en zal toegevoegd worden als bijlage bij dit projectplan.

2. Data-analyse

De thematische analyse van de focusgroepen vond plaats volgens QUAGOL (Qualitative Analysis Guide of Leuven), een gids voor kwalitatieve data-analyse opgesteld aan de KU Leuven. Deze gids stuurt aan op een voortdurend bewegen tussen de verschillende fasen van de analyse van een interview (lezen, rapporteren, oplijsten van concepten en bekomen resultaten) om zo creativiteit en intuïtie van de onderzoeker optimaal te stimuleren[15]. De onderzoeker deed de data-analyse alleen. De bekomen resultaten werden gebruikt om samen met de ervaringen, bekomen door deelname aan werkgroepen van TransEL, verwerkt in de discussie van dit artikel.
De verwerking van de gegevens van de bevraging uitgestuurd door TransEL werd door de projectcoördinatoren gedaan van TransEL met Excel.

Resultaten

1. Focusgroepen

Er werden 22 huisartsen per mail uitgenodigd voor deelname aan de studie, allen kregen voldoende informatie via de informatiebrief in bijlage van de mail. Mondeling werden de directieleden en hoofdverpleegkundigen van 5 woonzorgcentra aangesproken, hen werd de nodige informatie ook meegegeven om geïnteresseerde verpleegkundigen uit te nodigen. KAVW (apothekers) werd als vereniging uitgenodigd per mail. 13 huisartsen reageerden op de uitnodiging en gaven aan interesse te hebben voor deelname een de focusgroep. De directieleden en hoofdverpleegkundigen stemden allen in met deelname aan de studie. De apothekers reageerde niet op de uitnodiging.

Er werden momenten gezocht waarop de verschillende deelnemers aanwezig konden zijn binnen 2 tot 4 maanden na het versturen van de uitnodigingen. Uiteindelijk vonden er 3 focusgroepen plaats met in totaal 23 personen (8 huisartsen, 3 directieleden van woonzorgcentra, 1 ICT-verantwoordelijke van een woonzorgcentrum en 11 (hoofd)verpleegkundigen). Tijdens 1 focusgroep waren er enkel artsen aanwezig. Bij de 2 andere focusgroepen waren er verschillende zorgverleners aanwezig, maar geen artsen. Alle aanwezige huisartsen waren actief als CRA (Coördinerend en Raadgevend Arts) in een woonzorgcentrum. Omwille van praktische redenen konden de andere geïnteresseerden niet deelnemen aan de georganiseerde focusgroepen. Door het bereiken van datasaturatie werden er geen bijkomende focusgroepen georganiseerd. Deze saturatie werd bevestigd door de informatie die werd bekomen uit de bevraging van TransEL (zie verder).

Het Knoster model voor verandering wordt gebruikt voor de bespreking van de bevindingen uit de focusgroepen. De verschillende elementen uit het model zijn noodzakelijk om het nodig change management te bekomen.

1.1 Strategie

“zorgt voor duidelijkheid, anders verwarring”

a) Informatieveiligheid

Digitale communicatie laat zijn sporen na. Alle deelnemers vonden het correct dat er opgevolgd wordt wie bepaalde dossiers heeft bekeken. Daarbij wordt de patiënt maximaal geïnformeerd over het gebruik en de verwerking van zijn gegevens. De gegevens worden beveiligd tegen misbruik.

Alle zorgverleners waren het erover eens dat zowel artsen, verpleegkundigen als apothekers een elektronisch gedeeld medicatieschema moeten kunnen raadplegen, dit om een multidisciplinaire samenwerking te kunnen bevorderen. Hierbij houdt men rekening met het gedeeld beroepsgeheim.

> *- “De verpleegkundigen zijn vaak de oren en ogen van de arts in een woonzorgcentrum, zij zijn elke dag intensief in de nabijheid van de patiënt, wij als arts vaak maar 10 minuten per maand, daarom spreekt het voor zich dat bepaalde medische gegevens, waaronder het medicatieschema, met de verpleging gedeeld wordt” – huisarts*

- "Je kan maar goed werken als je in team werkt, en als je team niet geïnformeerd is, kan je team niet werken. Alles staat of valt met het beroepsgeheim" – huisarts

Daarnaast is er ook een consensus dat actieve diagnoses gekend en beschikbaar moeten zijn voor verpleegkundigen. Op die manier kan een betere observatie en registratie gebeuren. Praktisch heeft dit tot gevolg dat er altijd een verpleegkundige beschikbaar moet zijn, want zorgkundigen hebben hiertoe geen toegang.

b) Codering

Gecodeerd werken is noodzakelijk om informatie te delen tussen verschillende dossiers en overzichtelijk te kunnen blijven werken. Verpleegkundigen voelen op deze moment aan dat niet alles in codes te vatten is. Een deel van de zorg bestaat uit meer dan codes alleen, daar komen ook gevoelens bij kijken. Verpleegkundigen gaven echter wel aan dat de inhoud van vrije tekstvelden zeer snel verloren gaat in de massa aan informatie, en dat die interpretatie van zelfs vrije tekst heel individueel verschillend kan zijn.

- "De tekst 'voelt zich niet goed', wordt regelmatig in een dossier ingegeven, maar niemand die eigenlijk weet wat dat betekent." – hoofdverpleegkundige

Een arts geeft aan dat er veel meer gebruik gemaakt kan worden van objectieve meetinstrumenten zoals pijnschalen, deze zijn bij verpleegkundigen vaak niet gekend.

1.2 Consensus

"zorgt voor commitment, anders sabotage"

Verpleegkundigen geven verschillende weerstanden aan die motivatie tot digitaal werken tegenhouden. Op deze moment gaan velen er van uit dat tijd 'om te zorgen voor' verloren gaat aan het invullen van een elektronisch dossier. Ze willen dat de focus op de zorg van bewoners gericht is.

"Sommige medewerkers hebben koudwatervrees" – directie WZC

1.3 Vaardigheden

"zorgt voor vertrouwen, anders ongerustheid"

Vaardigheden van verpleegkundigen om digitaal te werken zijn er niet voldoende, al zijn ze heel afhankelijk van verpleegkundige tot verpleegkundige. Leeftijd speelt hierin geen rol. Hoofdverpleegkundigen en directieleden beseffen dat men niet kan verwachten van verpleegkundigen zich hierin in hun vrije tijd voor bij te scholen.

- "De vaardigheden bij verpleegkundigen zijn heel verschillend, maar globaal gezien schieten ze tekort. Bijvoorbeeld iets afdrukken is voor sommigen al moeilijk. Opleiding ontbreekt hier" – hoofdverpleegkundige

Omgaan met paswoorden. De verpleegkundigen zien op deze moment het nut niet in van een persoonlijk en uniek paswoord. Dit is echter noodzakelijk om elke actie terug te kunnen brengen op een bepaalde persoon.

> - *"Een verpleegkundige bij ons was haar paswoord vergeten en kon dus niet meer inloggen, dat was voor haar een grote drempel om digitaal te werken" – hoofdverpleegkundige*

Veel woonzorgcentra worstelen met het in orde krijgen van hun eHealth-certificaat, dit is noodzakelijk om versleuteld en beveiligd te communiceren tussen het WZC en andere zorgverleners.

1.4 Prikkels

"zorgt voor acceptatie, anders weerstand"

Verpleegkundigen zijn het gewoon van te werken met medicatieschema's. Ze werken hier dagelijks mee en kennen de patiënt het beste. Chronische medicatie wordt regelmatig kritisch bekeken en verpleegkundigen stellen vaak aan de voorschrijvende arts de vraag of bepaalde medicatie gestopt kan worden.

> - *"Het starten van medicatie is niet vaak een probleem, maar het opvolgen van mogelijke interacties of voorstellen tot terug stoppen van medicatie in het medicatieschema komt vaak bij verpleegkundigen terecht" – verpleegkundige*

Artsen geven toe vertrouwen te hebben in de opvolging van medicatieschema's door verpleegkundigen in woonzorgcentra, meer dan bij patiënten in de thuissetting. Verpleegkundigen geven aan hier niet altijd voor opgeleid te zijn, iedereen dient zich te houden aan zijn verantwoordelijkheden.

Verpleegkundigen ervaren moeilijkheden wanneer bewoners gezien worden door ook andere artsen (specialisten) die ook medicatie voorschrijven en dus aanpassingen doen op het medicatieschema. Een apotheker levert deze medicatie af en past idealiter het digitale medicatieschema aan. De behandelende huisarts coördineert en valideert bij voorkeur deze aanpassingen. In de huidige praktijk is het vaak de verpleging die de huisarts van deze wijzigingen attent maakt.

Tot op vandaag wordt er voornamelijk met schriftelijke medicatieschema's gewerkt in een papieren dossier. Echter, bij aanpassingen blijft er vaak een oud schema in het dossier zitten. Meerdere bestaande schema's zorgen voor verwarring. Eén digitaal schema zou deze verwarring kunnen vermijden. Toch hebben verpleegkundigen meer schrik om aanpassingen te missen in een digitaal medicatieschema, dan in een schriftelijke versie.

Naast medicatie noteren verpleegkundigen nog heel wat gegevens die interessant zijn om uit te wisselen met elkaar en andere zorgverleners. Als deze gegevens digitaal eenvoudig bij de andere partij toekomen op de juiste manier, dan motiveert dat verpleegkundigen om op deze manier te werken.

> - *"Het voorlezen van notities aan anderen moet voorbij zijn, wanneer iedereen toegang heeft tot de juiste informatie kan hiermee veel tijd gewonnen worden" – verpleegkundige*

1.5 Middelen

"zorgt voor enthousiasme, anders frustratie"

a) Hardware

Digitaal werken betekent ook dat er heel wat technische vereisten zijn. Het ontbreken van voldoende goed werkende computers, laptops en/of tablets wordt als frustrerend ervaren. Daarnaast zijn voldoende stabiele internetverbindingen op elke plaats bij mobiel werken (bureau verpleegkundigen, kamer van bewoners,…) essentieel. De software dient voldoende betrouwbaar te zijn, blokkeren van programma's en tijdrovende updates worden als een beperking gezien.

> *- "Wij hebben geïnvesteerd in tablets, met het geloof in de mobiele versie van onze software, maar nu wachten we al een jaar op betrouwbaar draadloos internet op elke kamer…" – verpleegkundige*

De mobiele versies van softwareprogramma's (voor werken op tablets) worden op deze moment als niet optimaal ervaren ter vervanging van de bestaande versie. Dit wordt als een drempel ervaren om in het dossier te werken bij de patiënt tijdens de zorg. Er is veel kritiek op de gebruiksvriendelijkheid en mogelijkheden van de softwareprogramma's op dit moment.

b) Software

Er wordt vanuit de overheid, maar ook door softwareleveranciers en koepels van organisaties gewerkt aan een bruikbare liaisonfiche. Deze fiche is een elektronisch formulier waarmee de huisarts medische informatie (waaronder het medicatieschema) uit het EMD (Elektronisch Medisch Dossier) van de WZC-bewoner kan doorsturen naar het EBD (Elektronisch Bewoners Dossier). Dit is een eerste stap in het delen van medische gegevens tussen WZC en huisarts. Vandaag wordt het als frustrerend ervaren dat de verschillende eHealth-diensten in de verschillende programma's niet met elkaar kunnen communiceren.

> *- "Ik hou elektronische dossiers bij van mijn patiënten in het woonzorgcentrum, maar deze gegevens komen nooit bij de verpleging, tenzij we dubbel werk doen. De communicatie tussen onze programma's onderling is essentieel." – arts*

Voorlopig worden WZC verplicht om een extra module aan te kopen van hun huidige softwareleverancier om een liaisonfiche, doorgestuurd door een huisarts, te kunnen integreren. Er wordt door TransEL onderhandeld over de prijs van deze integratie om de kost niet als drempel te hebben voor verdere integratie.

> *- "De directie kan ik voorlopig niet overtuigen van nog extra investeringen te doen, bijvoorbeeld voor de liaisonfiche, en al zeker niet met de onzekerheid wanneer die dan effectief gebruikt zou kunnen worden." – ICT-verantwoordelijke*

1.6 Plan van aanpak

"zorgt voor koersvastheid, anders tredmolen"

Andere partijen waarmee verpleegkundigen communiceren dienen ook digitaal te evolueren.

- Huisartsen

Een belangrijke beroepsgroep hier zijn de huisartsen, deze dienen ook nodige inzet te hebben om verandering te creëren. Op deze moment zijn er echter nog heel wat drempels. Zo zijn de softwareprogramma's voor huisartsen niet beschikbaar in woonzorgcentra, en is er geen uitwisseling mogelijk wanneer de huisartsen zouden werken vanuit een bewonersdossier. Veel huisartsen hebben dan ook geen elektronisch dossier van hun patiënten in woonzorgcentra.

> *- "Om mijn dossiers in een rusthuis te kunnen digitaliseren, moet ik een laptop kopen met mobiel internet, want de computers zijn traag en niet vrij voor artsen. Er is ook geen betrouwbaar wifi-netwerk. En dan nog moet eerst mijn softwareleverancier de mogelijkheid aanbieden om mobiel te werken. Neen, daar begin ik niet aan." – huisarts*

Huisartsen tekenen in woonzorgcentra papieren voorschriften voor chronische medicatie, voorbereid door verpleegkundigen of apotheker, en noodzakelijke nieuwe medicatie wordt opgestart. Medicatieschema's echter worden maar weinig bekeken en gevalideerd op eigen initiatief. Hiervoor zorgen de verpleegkundigen.

> *- "Bekijken huisartsen medicatieschema's? – Ja, maar pas als ze letterlijk onder hun neus geschoven worden." – verpleegkundige*

> *- "Artsen nemen nu al niet veel tijd om te rapporteren, zij gaan zeker niet rapporteren in ons systeem en hun eigen programma's zijn niet compatibel met de onze." – verpleegkundige*

Verpleegkundigen merken een sterke verscheidenheid binnen de huisartsen onderling. De huidige kennis en bereidheid om digitaal te werken is zeer gevarieerd. Tot op heden geeft mondeling overleg nog het meeste kans op een reactie, op digitale communicatie (mail of andere) blijft het antwoord zeer vaak afwezig.

> *- "Op een mail naar een arts krijg ik maar zelden een antwoord" – verpleegkundige*

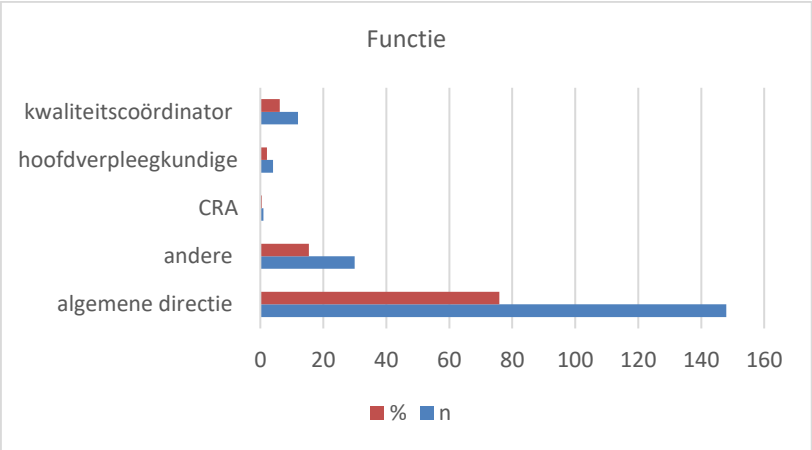
- Apothekers

Op dit moment bestaat er een rechtstreekse koppeling vanuit het EBD en de apotheek ('homelink'). Er dienen echter nog technische aanpassingen te gebeuren alvorens deze koppeling ook elektronische voorschriften kan verwerken. De discussie welke juridische rol apothekers nemen in de validering van een medicatieschema is nog lopende. In de praktijk geven apothekers regelmatig feedback via verpleegkundigen (en minder rechtstreeks aan huisartsen), voornamelijk over interacties. De frequentie waarin dit gebeurt gaat van dagelijks bij het opstarten van nieuwe medicatie tot jaarlijks ter voorbereiding van een MDO (Multidisciplinair Overleg). Ook OTC-medicatie kan interacties geven, het

wordt als waardevol aangegeven deze ook in het medicatieschema weer te geven. Magistrale bereidingen bevatten vaak uitgebreide formules. Er moet bekeken worden of deze volledig in het digitale schema moeten komen.

2. Project TransEL

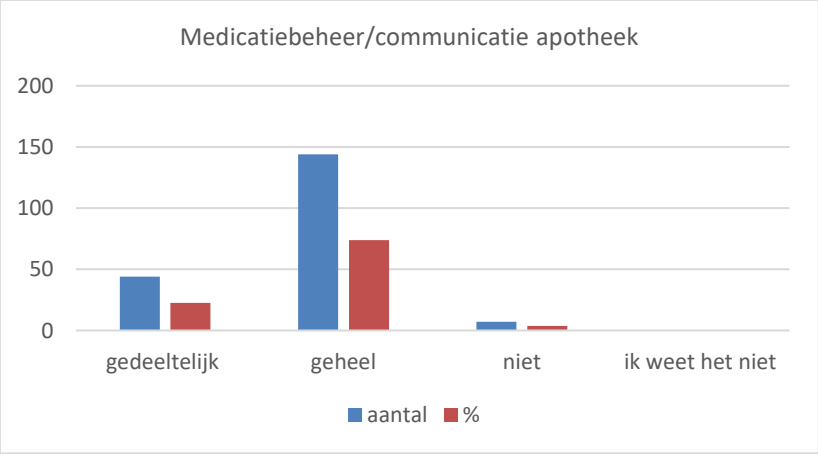
Er werd een bevraging gedaan door TransEL betreffende digitalisering/eGezondheidsdiensten bij zorgverleners van woonzorgcentra. De bevraging werd in april 2018 uitgestuurd naar alle 809 Vlaamse erkende woonzorgcentra. Er werd gevraagd de bevraging intern te verspreiden, hoeveel zorgverleners hiermee werden bereikt is onduidelijk. De enquête werd 195 keer ingevuld (figuur 2). Voornamelijk door directieleden (76%), maar ook door CRA (1%), hoofdverpleegkundigen (2%), kwaliteitscoördinatoren (6%) of andere (15%, niet verder gespecifieerd).



Figuur 2: functie van deelnemers enquête

- Welke domeinen werden in uw WZC reeds geïnformatiseerd?

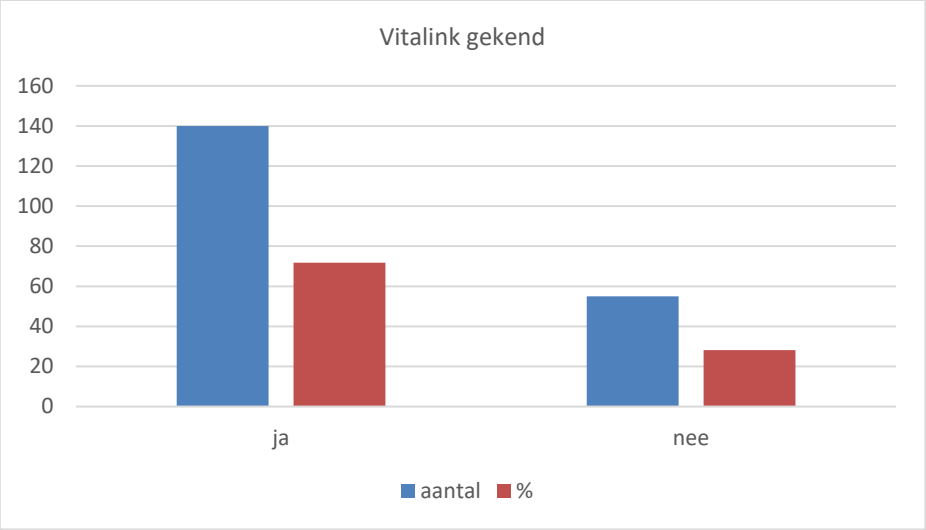
74% van de deelnemers gaven aan het medicatiebeheer en communicatie met de apotheek geheel digitaal uit te voeren en 23% deden dit gedeeltelijk (figuur 3). Slechts 4% deed het niet digitaal.



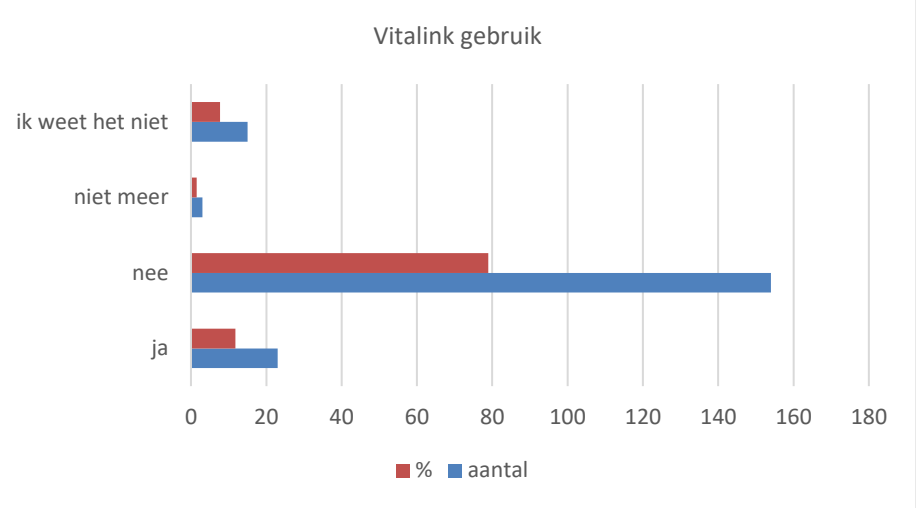
Figuur 3: Medicatiebeheer

- In welke mate kent en gebruikt het WZC onderstaande eGezondheidsdiensten?

72% van de ondervraagden kent Vitalink (figuur 4), maar slechts 12% maakt er gebruik van in het woonzorgcentrum (figuur 5).



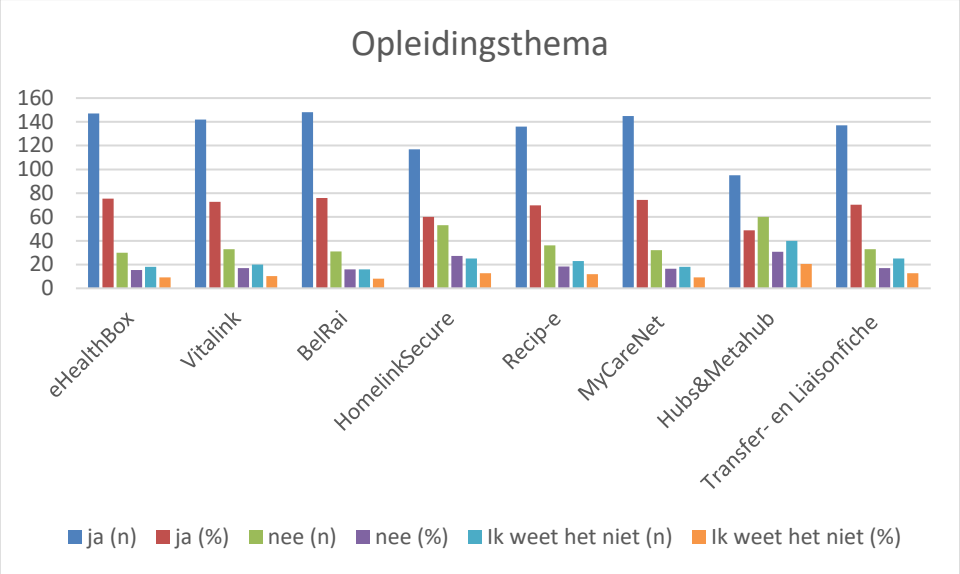
Figuur 4: Vitalink gekend



Figuur 5: Vitalink gebruik

- TransEL biedt gratis opleidingen aan rond eGezondheidsdiensten. Bent u geïnteresseerd om opleidingen te volgen rond onderstaande thema's?

Figuur 6 geeft weer in welke maten de zorgverleners interesse hebben in het volgen van opleidingen rond de verschillende thema's.



Figuur 6: opleidingsthema's

Daarnaast werden er vrije velden aangeboden om de drempels (belemmeringen) aan te geven die de deelnemers van de enquête zagen in hun organisatie om de eGezondheidsdiensten te implementeren en te gebruiken. Deze gegevens gaven dezelfde resultaten als wat in de focusgroepen werd bekomen. Hiermee bevestigden we het bereiken van datasaturatie uit de focusgroepen.

Discussie

1. Bevindingen onderzoek

1.1 Attitude

a) Beveiliging van patiëntengegevens

Beveiliging van patiëntengegevens in de uitwisseling tussen zorgverleners moet extra aandacht krijgen. Er werden verscherpte richtlijnen geschreven door de Europese GDPR (General Data Protection Regulation), deze zijn actief sinds mei 2018. Hiermee wordt een aanzet gedaan om correcter om te gaan met veiligheidsbeleid in de praktijk. Bepalen van de verantwoordelijkheden onder de zorgverleners in de beveiliging van patiëntengegevens is heel belangrijk[14]. Een voorstel tot verdeling van de verantwoordelijkheden werd tijdens de onderdompeldag ICT van éénlijn.be gedaan tijdens een opleidingssessie informatieveiligheid[16]. Dit voorstel komt overeen met de ideeën uit de focusgroepen. Echter, deze verdeling van verantwoordelijkheden dient meegenomen te worden in opleidingen en teambesprekingen om iedereen te bereiken.

- Hoofdverpleegkundige
  - ziet toe op uitvoering beleid
  - informeert de medewerkers
  - ondersteunt controleactiviteiten
- Medewerker
  - is verantwoordelijk voor de gegevens van bewoners die hij/zij verwerkt
  - voert de veiligheidsrichtlijnen uit tijdens zijn/haar verwerkingsopdracht
  - verwerkt enkel die gegevens die horen bij de taak
  - draagt zorg voor de gegeven
  - meldt inbreuken
  - naleving van artikel 458 van het Strafwetboek: ‘De gebruiker respecteert het beroepsgeheim’
- CRA
  - geeft op vraag of uit eigen beweging adviezen over de beveiligingseisen ten aanzien van medische gegevens
- ICT-medewerker en/of kwaliteitscoördinator
  - de implementatie van de technische maatregelen
    - classificatie van gegevens
    - beheer van identiteiten en rollen
    - beheer van de logging
    - netwerkbeveiliging en systeembeveiliging
    - beheer certificaten (eHealth, software,…)
    - mobile device management
    - beheer van de toestemming van de betrokkenen
  - problemen die ontstaan voor, tijdens of na de implementatie van ICT-middelen te melden
  - fungeert als expert
  - de gedragscode naleven

b) Validatie van medicatieschema's

Medicatieschema's die enkel digitaal bestaan zullen gevalideerd moeten worden door de voorschrijvende arts, dit is zijn juridische verantwoordelijkheid. Huisartsen dienen hiervoor een belangrijke mentaliteitswijziging te ondergaan.

Het moet absoluut duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor het invullen van het medicatieschema, en wie voor het valideren. Op dit moment is er geen wettelijk verplicht gebruik, maar dat zal in de toekomst veranderen, dan zal het niet gebruiken van een digitaal medicatieschema als onzorgvuldig gedrag worden beschouwd. De aansprakelijkheid voor schade kan gedragen worden door verschillende partijen. Om veroordeeld te worden voor schade dient er een fout gebeurd te zijn én een oorzakelijk verband zijn tussen de fout en de schade[17].

Domus Medica heeft samen met enkele andere zorggroepen een nota opgesteld waarmee ze duidelijkheid willen brengen in de taakverdeling tussen de betrokken zorgverleners en juridische implicaties betreffende het delen van medicatiegegevens. In deze nota heeft men een duidelijke taakverdeling uitgewerkt zodat elke zorgverlener weet hoe te handelen binnen zijn eigen verantwoordelijkheden. De verschillende beroepsgroepen hebben de taak hun leden te motiveren in de samenwerking met andere zorgverleners[12]. Tijdens de focusgroepen werd bevestigd dat met het scheppen van deze duidelijkheid verwarring en discussies vermeden kunnen worden.

Op dit moment moet de ontwikkeling van een geïntegreerde digitale validatie van het medicatieschema nog gebeuren. Een validatie (en bij uitbereiding elke belangrijke wijziging) gebeurt bij voorkeur na het verschijnen van een pop-up bericht bij de verantwoordelijke zorgverlener in zijn eigen elektronisch dossier. Dit dient gebruiksvriendelijk en visueel duidelijk door softwareleveranciers geïntegreerd te worden in het digitale medicatieschema. Dit kan de schrik van de verschillende zorgverleners om een aanpassing te missen doen afnemen.

1.2 Kennis – vaardigheden – opleiding

Verplichte intensieve cursussen voor werken met computer en tablet zouden moeten ingevoerd worden. Deze worden bij voorkeur gegeven tijdens de werkuren om iedereen maximaal te motiveren. Dit brengt uiteraard een kost met zich mee. Deze kan beheersbaar blijven door samenwerkingen op te zetten met externe opleidingscentra of andere bestaande initiatieven als TransEL (met financiering vanuit de overheid). Dit zorgt ervoor dat zorgverleners zich ondersteunt en competent voelen. Onzekerheid om iets fout te doen zou zo moeten verdwijnen.

Er is vanuit TransEL een helpdesk opgericht om ondersteuning te bieden om de eHealth-certificaten in orde te brengen (aanmaken of verlengen) want vanaf februari 2019 verloopt ook een deel van de communicatie met de overheid verplicht via deze weg.

1.3 Tijd en efficiëntie

Verpleegkundige moeten ervan overtuigd worden dat digitaal werken op termijn tijdswinst geeft. Vaak spelen de beperkte vaardigheden een rol in de tijd die nodig is om een dossier digitaal in te vullen. Op

heden wordt er ook heel wat dubbel werk uitgevoerd (op papier en in dossier, in mail naar arts, briefingsblad,…), dit sparen we uit door digitaal te werken. De focus moet duidelijk op kwaliteit van zorg voor de bewoner liggen.

Het is de bedoeling om elke actor te leren werken vanuit een centraal dossier, ook tijdens de zorg zelf. Het hierdoor snel en correct delen van gegevens motiveert niet alleen verpleegkundigen, maar spaart ook heel wat tijd uit.

1.4 Kwaliteit van zorg

De winst in kwaliteit van zorg door goed digitaal te werken in de dossiers toont zich pas laat, dat is een probleem. Deelname aan projecten waarbij de voordelen duidelijk worden aangegeven kan hierbij helpen. Goede samenwerking met andere zorgverleners en softwareontwikkelaars is essentieel, opleidingen moeten voorzien worden en nadruk door ontwikkelaars moet liggen op gebruiksvriendelijkheid.

1.5 Kost

Investeren in duurzaam materiaal is noodzakelijk. ICT-services voor onderhoud en oplossen van problemen moeten bereikbaar zijn. Voldoende financiële middelen dienen voorzien te worden om dit te ondersteunen, naast ook de middelen voor opleiding. Woonzorgcentra dienen echter ook te beseffen dat de tijdswinst op termijn zichzelf terugbetaald en dat de toename in kwaliteit van zorg ook zijn waarde heeft.

1.6 Software

Focus moet liggen op gebruiksvriendelijkheid. De liaisonfiche voor woonzorgcentra is een tussenoplossing, op termijn zal het elektronisch bewoner dossier (EBD) en elektronisch patiëntendossier (EPD) aan elkaar gelinkt (of zelfs één) zijn. Uitwisseling van gegevens gebeurt hierbij bidirectioneel. Daarbij wordt elke zorgverlener een bepaalde rol toebedeeld met specifieke toegangsrechten, deze uitwerking is geen sinecure en omvat ook een belangrijke ethische afweging tussen bescherming van gegevens, beroepsgeheim en geven van zorg op maat.

Software voor huisartsen dient beschikbaar te zijn in het woonzorgcentrum, dit zou de drempel voor het elektronisch voorschrijven van medicatie en het digitaal valideren van een medicatieschema verkleinen. Hiervoor is het noodzakelijk dat softwareleveranciers van huisartsenpakketten ervoor zorgen dat mobiel werken (met gegevensopslag ‘in de cloud’) mogelijk is. Wanneer dit niet mogelijk is dient er een koppeling vanuit het WZC met het EPD van de arts thuis gemaakt te worden.

Een volledige dematerialisatie (het verdwijnen van een papieren voorschrift) is gepland op 01/01/2020. De bestaande elektronische eHealth-diensten dienen tegen dan op elkaar afgestemd te worden om deze belangrijke stap te zetten. Idealiter kan het elektronisch voorschrijven in woonzorgcentra tegen dan effectief gebeuren, met koppeling naar het EBD en levering door

apotheker. Zo hoeft het papieren voorschrift niet onder het mom van een noodzakelijke uitzondering te blijven bestaan in woonzorgcentra.

Communicatie door verpleegkundigen met apothekers verloopt al grotendeels digitaal. Het digitale medicatieschema moet rechtstreekse aflevering door apotheek mogelijk maken vanuit de bestaande software door een goede koppeling.

2. Beperkingen van de studie

- De onderzoeker heeft alleen gewerkt, dit heeft impact op de vergaarde data alsook de verwerking

- Kleine steekproef

- Apothekers namen niet deel aan de focusgroepen

3. Sterktes van de studie

- De keuze voor deze onderzoeksmethode (focusgroepen en bevraging via enquête) helpt de kloof tussen theorie en praktijk te dichten door rekening te houden met de ervaringen, noden en wensen van de verschillende zorgverleners.

4. Implicaties voor toekomstig onderzoek

Mogelijkheid tot kwantitatief onderzoek met het meten van een harde outcome-maten biedt zich aan (om effectieve digitale communicatie te meten):

- Wat is tevredenheid van huisarts/apotheker/WZC over het digitale medicatieschema? Werken ze beter samen? Hebben ze meer contacten?

- Hoeveel gedeelde medicatieschema's zijn er? Hoe dikwijls wordt VIDIS gebruikt?

- Zijn er minder medicatiefouten?

- Daalt de kostprijs door medicatieschema's te delen?

5. Interessant lopend project

VIDIS: werken rond een medicatiedossier

Op federaal niveau wordt het medicatieschema verder uitgewerkt naar een medicatiedossier van een patiënt, het VIDIS-project (Visual Integrated Drug Information System). In verschillende fases wordt er gewerkt aan het coherent samenhangen tussen alle bestaande modules van diensten die betrekking hebben op het medicatiebeheer van een patiënt (o.a. Vitalink medicatieschema, Recip-e, Gedeeld Farmaceutisch Dossier). Op termijn zal voorschrijven en afleveren van medicatie van medicatie

voornamelijk gestuurd worden vanuit het medicatieschema, eerder dan individuele voorschriften. Een evolutie die zeker bij WZC beter moet aansluiten op de manier van werken daar.

De uitrol is geleidelijk gepland en sluit dit waar mogelijk aan op aanpassingen in de bestaande applicaties. Er zijn plannen binnen het VIDIS-project om piloten binnen WZC te starten, maar dit is nog niet verder geconcretiseerd. De huidige opleidingen rond Recip-e, GFD en Vitalink medicatieschema dienen te worden aangepast in functie van de ontwikkelingen binnen het VIDIS-project (vb. indien al dan niet afgeleverd zijn van medicatie wordt toegevoegd aan het medicatieschema, implementatie van gemeenschappelijke medicatiedatabase SAM v2 binnen Recip-e en Vitalink medicatieschema,…)[18].

Conclusie

Wij geven graag een aantal aanbevelingen ter conclusie van dit onderzoek om de digitale communicatie rond het elektronisch medicatieschema door verpleegkundigen in woonzorgcentra te optimaliseren:

- Leer zorgverleners werken in een gedeeld medicatieschema, met duidelijke gebruiksrichtlijnen voor elke zorgverlener.

- Geef opleiding volgens de nood van de gebruiker en bied dit aan tijdens de werkuren.

- Vereenvoudig rapportering en zorg voor vermindering van de administratieve last door software volledig te integreren.

- Zorg voor toegang in het centraal dossier en draag zo bij tot een betere multidisciplinaire samenwerking.

- Hou rekening met een vermindering van de kosten op lange termijn.

- Leg de focus op bestaande diensten en gebruiksvriendelijke integratie in eigen software.

Bronnenlijst

1. Müller CA, Fleischmann N, Cavazzini C, et al. Interprofessional collaboration in nursing homes: development and piloting measures to improve interprofessional collaboration and communication: a qualitative multicentre study. BMC Fam Pract 2018, 19: 14.
2. Reeves S, Pelone F, Harrison R, et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2017, Issue 6.
3. Nazir A, Unroe K, Tegeler M, et al. Systematic review of interdisciplinary interventions in nursing homes. J Am Med Dir Assoc 2013, 14: 471-8.
4. Balzer K, Butz S, Bentzel J, et al. Medical specialist attendance in nursing homes. GMS Health Technol Assess 2013, 9: Doc02.
5. Dagneaux I, Gilard I, De Lepeleire J. Care of elderly people by the general practitioner and the geriatrician in Belgium: a qualitative study of their relationship. J Multidiscip Healthc 2012, 5: 17-25.
6. Barr H., Koppel I., Reeves S. et al. Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.; 2005.
7. Tsakitzidis G, Van Royen P. Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg. Wommelgem: De Boeck; 2017.
8. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: Implementing an outcomes-based framework of physician competencies. Journal Medical Teacher 2007, 29: 642-7.
9. Zorg en Gezondheid, Vlaamse Overheid. Roadbook Informatisering Woonzorgcentra. Versie 19/03/2013.
10. Vitalink. Wat is Vitalink? Beschikbaar via: http://www.vitalink.be/wat-is-vitalink/. Geraadpleegd: 16/04/2019.
11. Lambrechts T, Van Hijningen R., Remmen Roy et al. Vitalink: een online medicatieschema. Masterproef ICHO 2013.
12. Domus Medica, Vlaams Apothekers Netwerk, Kartel Zelfstandige Thuisverpleging et al. Nota: Het multidisciplinair gedeeld medicatischema: Naar een vlotte samenwerking. Versie 03/10/2018.
13. Knoster T. Managing Complex Change Model. Presentation at The Association for Severely Handicap Conference. Washington DC 1991.
14. TransEL. Projectplan 1.0. Versie 11/01/2018.
15. Dierckx D, Casterlé B, et al. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int. J. Nurs. Stud. 2012, 49 (3): 360-71.
16. Peter Berghmans. Opleidingssessie informatieveiligheid in het kader van het informatiseringstraject van de Vlaamse Woonzorgcentra (WZC). Fase 1: Wat is informatieveiligheid? Onderdompeldag ICT éénlijn.be; 09/11/2018.
17. Advocaat Ann Dierickx. Multidisciplinair gedeeld medicatieschema. Onderdompeldag ICT éénlijn.be; 09/11/2018.
18. RIZIV-INAMI. Plan e-Gezondheid 2015-2018, actiepunt Medicatieschema – VIDIS project. Versie 29/12/2017.

Dankwoord

Deze masterproef was nooit tot stand gekomen zonder de hulp van enkele personen.

Met dit dankwoord wil ik me richten tot iedereen die geholpen heeft bij het tot stand komen van deze masterproef:

- mijn promotor Prof. Dr. Bert Aertgeerts en co-promotoren Dr. Tom Lambrechts en Elfi Goesaert voor het aanbrengen van ideeën en hun raadgevingen tijdens het maken van deze masterproef.

- de deelnemers aan de focusgroepen voor hun vrijwillige deelname en inzet tijdens de gesprekken.

- de leden van de TransEL werkgroep en het kennisdomein ICT van Domus Medica voor de interessante vergaderingen en contacten voor de toekomst.

- mijn opleider Dr. Kristien De Wilde voor het aanbrengen van dit boeiende thema en de oprechte interesse die me extra stimuleerde de voorbije 2 jaar.

- mijn collega's van huisartsenpraktijk Kemnet voor de flexibiliteit en de motivatie in het eindstadium van dit werk.

- Hannelore, Marthe en Pauline, voor alles.

Bijlagen

- Bijlage 1: Gunstig advies Ethisch Comité

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP005371
Uw kenmerk: Masterproef studie: Het digitale medicatieschema in WZC: waar wringt het schoentje bij de verpleegkundigen?
Leuven, 15-05-2018

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Bert Aertgeerts
Geachte Riek Van der Weken

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 15-05-2018

De Commissie keurt het voorstel goed. In de informatiebrief kan opgenomen worden dat de studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven. De zinswending "OBC in delegatie" kan weggelaten worden.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 09-05-2018 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP005371

- Bijlage 2: Informatiebrief voor deelnemers aan de focusgroep

Titel van het onderzoek: Het digitale medicatieschema in WZC: waar wringt het schoentje bij de verpleegkundigen?

Onderzoeker: prof. dr. Bert Aertgeerts (promotor, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde KU Leuven), dr. Tom Lambrechts (co-promotor, huisarts) en dr. Riek Van der Weken (master na master opleiding huisartsgeneeskunde KU Leuven)

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding
U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een prospectief onderzoek in het kader van een masterproefproject. Het onderzoek zal plaatsvinden in Vlaanderen bij vooral verpleegkundigen in woonzorgcentra, maar kan uitgebreid worden naar alle andere betrokken zorgverleners binnen de eerste lijn.
Wij vragen u de volledige pagina met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij een van de onderzoekers.

Wat is het doel van het onderzoek?
Met dit onderzoek willen we nagaan wat de opportuniteiten, barrières en drempels van verpleegkundigen in WZC zijn om de digitale communicatie rond het medicatieschema, gedeeld met andere zorgverleners, te optimaliseren. Dit medicatieschema is elektronisch gedeeld tussen de verschillende zorgverleners aanwezig in de eerste lijn, met name huisarts, apotheker en verpleging.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?
Gegevens worden verzameld door middel van focusgroepen gevoerd tussen april 2018 en mei 2019, na goedkeuring door de Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) in delegatie van het Ethisch Comité voor Onderzoek van UZ Leuven (EC). De focusgroepen bestaan idealiter uit 6-12 deelnemers per focusgroep. Afhankelijk van de respons op de rekrutering van de deelnemers, zullen we het aantal focusgroepen bepalen.

Wat wordt er van u verwacht?
Wanneer u toezegt deel te nemen aan het onderzoek zal een moment gepland worden waarop de focusgroep zal plaatsvinden. U wordt hierop verwacht ten volle mee te werken door actief deel te nemen aan het gesprek voor een correct verloop van het onderzoek.

Wat zijn mogelijke voor- en nadelen van deelname aan dit onderzoek?
U heeft zelf geen direct voordeel van deelname aan dit onderzoek. Voor de toekomst kan het onderzoek wel nuttige gegevens opleveren. Er wordt van u enkel een tijdsinvestering gevraagd voor deelname aan de focusgroep.

Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?
U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek.

Wat gebeurt er als het onderzoek is afgelopen?
De analyse zal gebeuren volgens QUAGOL, een gids voor kwalitatieve data analyse opgesteld aan de KU Leuven. Er volgt mogelijks een publicatie van de onderzoeksresultaten. Indien gewenst, kan u zich opgeven voor een bericht na afloop van het onderzoek.

Wat gebeurt er met uw gegevens?
De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.

Zijn er extra kosten voor de onderzoekspersoon of is er een vergoeding beschikbaar wanneer u besluit aan dit onderzoek mee te doen?
Er zijn geen extra kosten of vergoedingen beschikbaar voor deelname aan dit onderzoek.

Contact
Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met:

- dr. Riek Van der Weken	riek.vanderweken@gmail.com	+32 486 44 37 74
- dr. Tom Lambrechts	tomlambrechts@gmail.com	+32 14 67 06 61
- prof. dr. Bert Aertgeerts	bert.aertgeerts@kuleuven.be	+32 16 37 72 78

- Bijlage 3: Informed Consent voor deelnemers aan de focusgroep

Titel van het onderzoek: Het digitale medicatieschema in WZC: waar wringt het schoentje bij de verpleegkundigen?

II Geïnformeerde toestemming

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van het onderzoek en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument.
Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en met een door mij gekozen persoon, zoals mijn huisarts of een familielid, te praten.
Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.
Ik begrijp dat mijn deelname aan dit onderzoek vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan dit onderzoek stop te zetten zonder dat dit mijn relatie schaadt met de onderzoekers.
Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan dit onderzoek gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoeker de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Belgische wetgeving ter zake.
Ik stem in met de verwerking van mijn persoonlijke gegevens volgens de modaliteiten die zijn beschreven in het informatiedocument over het verzekeren van de vertrouwelijkheid. Ik geef ook toestemming voor de overdracht naar en verwerking van mijn gecodeerde gegevens in andere landen dan België.
Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

_____

Getuige / Tolk
Ik ben tijdens het volledige proces van informatieverstrekking aan de deelnemer aanwezig geweest en ik bevestig dat de informatie over de doelstellingen en procedures van het onderzoek op adequate wijze is verstrekt, dat de deelnemer (of diens wettelijke vertegenwoordiger) het onderzoek naar alle waarschijnlijkheid heeft begrepen en dat de toestemming met deelname aan het onderzoek uit vrije wil is gegeven.

Naam, voornaam en hoedanigheid van de getuige:
Datum en handtekening van de getuige / tolk

Arts-onderzoeker
Ik ondergetekende, Van der Weken Riek, onderzoeker/bevoegde onderzoeksmederwerker, verklaar de benodigde informatie inzake het onderzoek mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan het onderzoek en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.
Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening
van de onderzoeker