Continuïteit van zorg:

Implementatie en optimalisatie van een thuiszorgdossier

Naam: Uyttersprot Anne-Aurélie
Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Promotor: Prof. Dirk Avonts, MD, PhD

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Family Medicine and Primary Health Care
University of Ghent.

Co-promotor: Dr. Chris Uyttersprot, huisarts

opleider jaar 9

Dankwoord

Het einde van 9 jaar studeren. Mijn kinderdroom, huisarts worden, wordt mede bereikt bij afwerken van deze masterproef. Hierbij wil ik graag een dankwoord richten aan iedereen die op één of andere manier heeft bijgedragen aan het realiseren van deze droom.

Bijzondere dank gaat uit naar mijn promotor, Prof. Dirk Avonts, voor de hulp bij het schrijven van deze masterproef, de raad en de nieuwe inzichten die hij me aanreikte.

Ook een oprechte dankjewel voor mijn opleiders van het 8e, maar vooral ook het 9e opleidingsjaar. Ondanks de drukke agenda's stonden ze me steeds bij in raad en daad.

Bedankt aan mijn verloofde, Niels Favoreel, voor alle hulp, steun en zijn luisterend oor.

Ik wil ook in het bijzonder mijn ouders, familie en vrienden bedanken voor hun niet aflatende morele steun gedurende de voorbije 9 jaar. Alleen was het niet gelukt!

Daarnaast ook een gemeend woord van dank aan mijn collega, maar vooral ook vriendin, Maaike De Roo voor de tijd die ze vrijmaakte bij het nalezen van dit werk en haar kritische en gedetailleerde bemerkingen.

Inhoudstafel

Abstract

DEEL I: LITERATUURONDERZOEK

1.A. Inleiding van het literatuuronderzoek
1.B. Methodologie van het literatuuronderzoek
    1.B.1. Onderzoekspopulatie
    1.B.2. Welke chronische ziektes komen het meeste voor?
    1.B.3. Werkwijze
1.C. Resultaten van het literatuuronderzoek
1.D. Discussie en beperkingen van het literatuuronderzoek
1.E. Besluit van het literatuuronderzoek

DEEL II: BEVRAGING + OPSTELLEN CONTINUÏTEITSDOSSIER

2.A. Inleiding bevraging en opstellen dossier
2.B. Methodologie bevraging en opstellen dossier
    1.Opstellen van een eigen dossier
    2. Ethische beschouwingen
2.C. Resultaten bevraging en opstellen dossier
2.D. Discussie – Beperkingen bevraging en opstellen dossier
2.E. Besluit bevraging en opstellen dossier

DEEL III: IMPLEMENTATIE VAN HET CONTINUÏTEITSDOSSIER

3.A. Inleiding continuïteitsdossier
3.B. Methodologie continuïteitsdossier
        3.B.1. Rekrutering van de deelnemers: inclusie- en exclusiecriteria
        3.B.2. Werkwijze gebruik
        3.B.3. Bruikbaarheid van de tool: zorgverstrekkers-enquête
3.C. Resultaten continuïteitsdossier
    3.C.1.Karakteristieken van de deelnemers
    3.C.2. Gebruik van het dossier
3.D. Discussie – Beperkingen continuïteitsdossier
3.E. Besluit continuïteitsdossier

DEEL IV: ALGEMENE DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Abstract

Achtergrond – Door de toenemende vergrijzing van de bevolking kampen steeds meer patiënten met één of meerdere chronische aandoeningen. Voor de huisarts is het vaak een uitdaging om de chronische zorg te coördineren, vooral bij personen die thuis worden verzorgd. De communicatie tussen de verschillende zorgverleners, uit verschillende disciplines, dient efficiënt te verlopen teneinde een optimale continuïteit van zorg te kunnen voorzien. Deze scriptie zet de eerste stappen in het ontwikkelen en het in praktijk brengen van een continuïteitsdossier, in het kader van de zorg voor thuis verblijvende chronische patiënten.

Methodologie – Vanuit een literatuurstudie werd een lijst met relevante elementen uit een zorgdossier samengesteld, voor een populatie met één of meerdere chronische aandoeningen. Deze lijst werd vervolgens door collega huisartsen, verpleegkundigen en kinesisten geëvalueerd op relevantie. De meest relevant bevonden items werden dan gebruikt voor het opstellen van een nieuw continuïteitsdossier. Vervolgens werd dit dossier in de praktijk geïmplementeerd, waarbij zorgverleners de mogelijkheid kregen het instrument te beoordelen.

Resultaten

Dit instrument wordt geïmplementeerd bij 16 wilsbekwame, volwassen patiënten (8 vrouwen en 8 mannen) met één of meerdere chronische aandoeningen, thuis verblijvend en met meer dan één zorgverlener. Na het beëindigen van de studie waren nog slechts 12 dossiers in gebruik, gezien het overlijden van 4 deelnemers.

Het dossier werd hoofdzakelijk gebruikt door de behandelende arts, die er zijn consulten in noteerde. Tweemaal toonde dit dossier zijn voordeel tijdens een wachtdienst. Slechts twee paramedische hulpverleners vulden het beoordelingsformulier in.

Besluit

Hoewel een dergelijke tool voordelen kan bieden op verschillende vlakken, stuitten we tijdens dit onderzoek op verschillende praktische beperkingen. Het rekruteren van deelnemers en motiveren van hulpverleners voor het dagdagelijkse gebruik, zijn enkele van de ondervonden hinderpalen. Bijkomend onderzoek zal bijgevolg onontbeerlijk zijn voor het verder uitwerken van dit instrument.

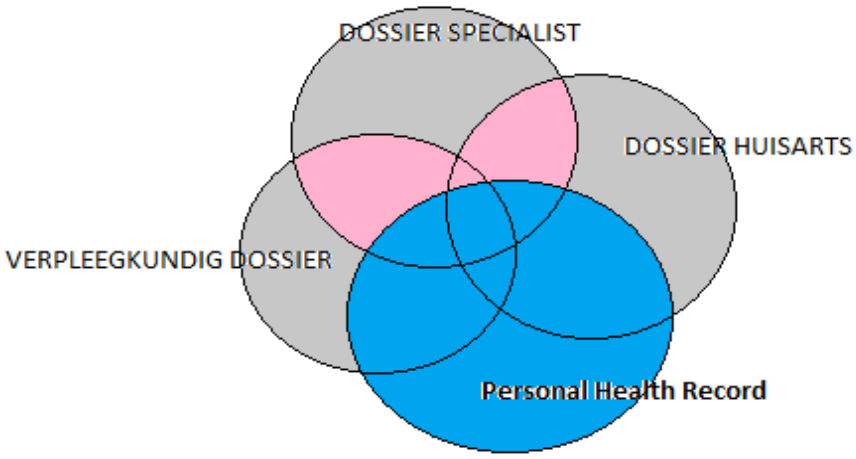
DEEL I: LITERATUURONDERZOEK

1.A. Inleiding van het literatuuronderzoek

In een huisartsenpraktijk worden via het elektronisch medisch dossier (EMD) de medische gegevens van een patiënt zorgvuldig bijgehouden. Patiënten met één of meerdere aandoeningen die alleen via huisbezoeken worden opgevolgd, omdat ze zelf niet meer op consultatie kunnen komen, vallen hierbij vaak uit de boot. Het vergt meer inspanning om alle medische gegevens na een huisbezoek in hun dossier aan te vullen.
De huidige huisartsgeneeskunde is de laatste decennia enorm veranderd. Vroeger had men vaak één huisarts, een *personal doctor*. Eén patiënt werd altijd behandeld door dezelfde huisarts die de continuïteit waarborgde. Op dit moment werken sommige huisartsen parttime of in groepspraktijken en tijdens de nacht of weekend zijn er andere artsen van wacht. Veel patiënten worden bijkomend ook vaak verzorgd andere hulpverleners uit verschillende disciplines. In vergelijking met vroeger worden mensen met een chronische ziekte vaker thuis verzorgd dan in het ziekenhuis. (19)
De informatie betreffende de gezondheid van deze personen is vaak verspreid over verschillende papieren en elektronische dossiers van de verschillende hulpverleners (huisarts, specialist, verpleegkundige e.d.). (2, 4, 7) Patiënten kennen vaak hun eigen medische voorgeschiedenis en medicatie niet. (20) Hieruit vloeit voort dat het verlenen van een optimale continuïteit van zorg, één van de pijlers van de huisartsgeneeskunde, bijvoorbeeld tijdens een wachtdienst of bij een opname op een spoedafdeling, vaak heel moeilijk is.

Figuur 1 geeft een (vereenvoudigd) overzicht van de mogelijke verdeling van medische dossiers van een patiënt. Medische gegevens zijn nog teveel verspreid over verschillende soorten dossiers: het EMD van de huisarts, specialisten hebben hun eigen dossier van de patiënt en sturen van daaruit, indien geïndiceerd, een brief naar de huisarts die terecht komt in het dossier van de huisarts. (15) Daarenboven heeft ook de (thuis)verpleegkundige vaak een eigen dossier, dat op zijn beurt ook kan worden aangevuld met gegevens van de huisarts of specialist.

Figuur 1: schematisch overzicht versnippering dossiers



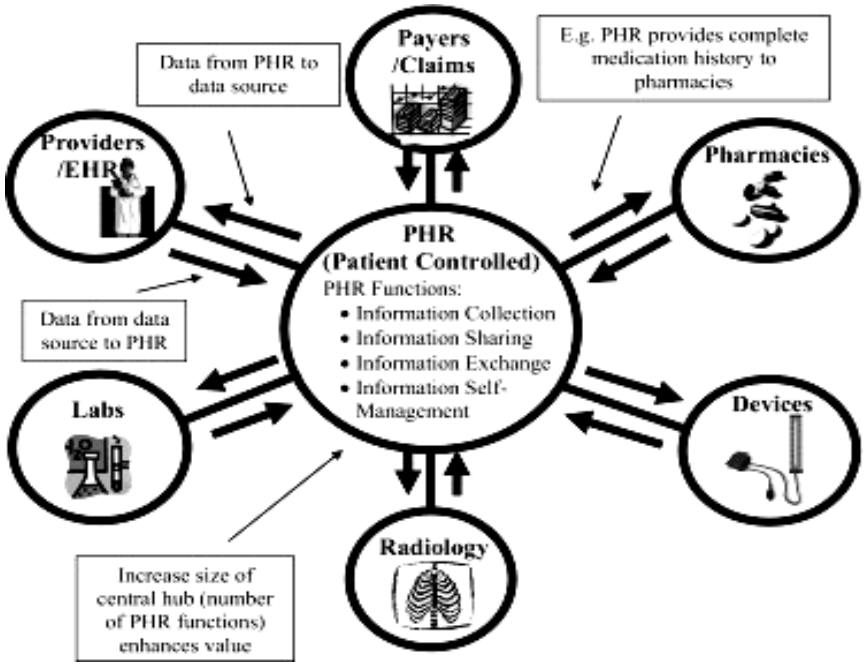
Een nieuwe trend die in volle ontwikkeling is en die dit probleem in zijn geheel tracht aan te pakken, is het PHR, Personal Health Record.

''An electronic application through which individuals can access, manage and share their health information, and that of others for whom they are authorized, in a private, secure, and confidential environment.'' (2)

In de toekomst zal de patiënt meer en meer zijn eigen dossier zelf bijhouden en beheren in zijn Personal Health Record (2). Idealiter bevat dit elektronisch dossier zo veel mogelijk relevante informatie over de gezondheid van de patiënt vanuit verschillende bronnen, maar ook informatie uitgaande van de patiënt zelf. (2,4). Er bestaat echter weinig consensus over welke informatie hierin dient geïncludeerd te worden.(11)

Basisvereisten van een PHR zijn: informatie verzamelen, delen en uitwisselen, alsook het zelfmanagement van de patiënt stimuleren. (12) De patiënt beheert dit dossier en managet zo zijn eigen gezondheid. Hierdoor zal hij zijn eigen gezondheid meer in eigen handen hebben. Deze vorm van gezondheidszorg wordt ook patient-centered genoemd.(7, 15, 16)
Figuur 2 toont de ideale vorm van een PHR.

Figuur 2: Ideale vorm van Personal Health Record (bron: 12)



Het PHR, met zijn voordelen en beperkingen, valt echter buiten het domein van deze masterproef en hier wordt verder niet op ingegaan.

Een mogelijke oplossing, op kleinere schaal, voor het probleem van de gefragmenteerde informatie, is het “thuiszorgdossier” of “continuïteitsdossier”: een gecondenseerd document met basisinformatie betreffende de gezondheid van de patiënt.

Het thuiszorgdossier is het instrument bij uitstek om een multidisciplinaire aanpak te bevorderen, te ondersteunen en af te stemmen. Tijdens een wachtdienst kan dit dossier richtinggevend zijn voor de vervangende arts. Hij/zij kan zijn handelen beter onderbouwen en zo de zorg laten doorlopen. Het dossier kan vermijden dat foute keuzes gemaakt worden en dat inconsistent beleid gevoerd wordt. (7, 10, 16) Uit de literatuur blijkt immers dat meer kennis over een patiënt tot betere zorg leidt. (10, 18)

De huisarts speelt hierin een sleutelrol (5, 8, 11). Hij is als het ware de coördinator, de centrale figuur, in de zorg voor de chronische patiënt. Vanuit het elektronisch medisch dossier

(of EMD) beschikt hij over de belangrijkste informatie betreffende de gezondheid van zijn patiënt. Noodzakelijke gegevens kunnen hieruit geëxtraheerd worden en gebundeld worden in een continuïteitsdossier, dat thuis ter plaatse bij de patiënt blijft. Het doel van een dergelijk dossier is een zo goed mogelijke afstemming van de zorg verleend door de verschillende zorgverleners. Zij die instaan voor de zorg van een chronische patiënt kunnen noodzakelijke gegevens inkijken en waar nodig aanvullen. Zorgverleners uit de verschillende disciplines kunnen via deze weg ook met elkaar communiceren, waardoor samenwerking gestimuleerd wordt en efficiënter kan gewerkt worden.

De grootste voordelen en winst in het kader van kosten- effectiviteit kunnen verwacht worden bij de chronische patiënten omdat ze meer gezondheidsbehoeften hebben en bijgevolg de medische kosten daar het hoogste liggen. De chronische patiënt zal ook sneller het voordeel van een dergelijk dossier inzien.(1,12)

1.B. Methodologie van het literatuuronderzoek

1.B.1. Onderzoekspopulatie

De doelgroep van deze masterproef betreft “chronische patiënten”. Deze term is heel breed en verschillende definities zijn hanteerbaar. De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) definieert een chronische ziekte als volgt:

" *Chronic diseases are diseases of long duration and generally slow progression.* "

(bron: KCE kennisrapport) (19)

Volgens het RIZIV zijn chronisch zieken:

“Langdurig zieken die op grond van bepaalde criteria bijzondere voorwaarden inzake geneeskundige verzorging kunnen genieten.”

(http://www.riziv.fgov.be/nl/glossary/index.htm#c)

Het KCE rapport Chronische Zorg (2012) (19) geeft een bredere definitie van de chronische patiënt. Zij definiëren de chronische patiënt als een

“persoon met een reeks behoeften op verschillende aspecten (biologische behoeften, psychologische behoeften, enz.), in een min of meer complexe combinatie die afhankelijk is van het individu, die langdurig of blijvend zijn en in de loop van de tijd evolueren”.

1.B.2. Welke chronische ziekten komen het meeste voor?

In 2008 werd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid een gezondheidsenquête gehouden. Uit deze gezondheidsenquête blijkt dat meer dan één op de vier personen (27,2%) aangeeft aan minstens één langdurige ziekte, langdurige aandoening of handicap te lijden. Het percentage bij mannen en vrouwen is gelijklopend, stijgt sterk met de leeftijd en kent een lichte toename ten opzichte van de voorgaande jaren. Hoe lager het opleidingsniveau is, hoe vaker men een langdurige aandoening rapporteert. (1)

Uit de resultaten van de enquête blijkt dat bij mannen de 5 meest voorkomende aandoeningen zijn: lage rugprobleem (14,5%), allergie (11,5%), hoge bloeddruk (11,0%), artrose (8,4%) en nekprobleem (6,5%).

Bij vrouwen vinden we in de top 5 dezelfde aandoeningen terug, maar in een andere volgorde: lage rugprobleem (18,9%), artrose (16,8%), allergie (14,5%), hoge bloeddruk (14,4%) en nekprobleem (12,2%). Twee opvallende stijgers bij de chronische ziekten zijn hoge bloeddruk en diabetes. Uit deze enquête van 2008 blijkt ook dat één op vier verklaart met een geestelijk gezondheidsprobleem te kampen.

Volgens de officiële cijfers van Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid blijken vooral hypertensie, depressie en astma een zeer hoge prevalentie[1] te hebben. Respectievelijk 13,4%, 9,3% en 9,2% van de populatie heeft in de voorbije 15 jaar op één of ander moment deze diagnosen gesteld gekregen. Daarna volgen diabetes, migraine, chronische bronchitis en COPD en ischemische hartaandoeningen. De groep van kanker vertegenwoordigt eveneens een prevalentie van 2,7%. Voor verdere cijfers, zie bijlage 1.

Opmerkelijk is dat bij chronische patiënten er frequent meer dan één gezondheidsprobleem is. Van de 70+'ers lijdt 50 tot 70% aan minstens twee chronische ziekten. (19)

Deze chronische aandoeningen zijn vaak niet curatief te behandelen en zijn dus permanent aanwezig of laten een handicap na. Dit vereist een langdurige periode van toezicht, observatie of zorg.

Deze "chronische zorg" vormt het uitgangspunt van deze masterproef.

1.B.3. Werkwijze

Een eerste stap bij het zoeken naar relevante literatuur was het vinden van een geschikte MeSH-(zoek)term[2]. Dit bleek echter niet eenvoudig. Zoektermen zoals *medical health record, home care, chronic patient, medical file, medical record* leverden weinig relevante resultaten op. Gezien deze vaststelling werd dit zoekspoor verlaten en werd de database MEDLINE/PubMed doorzocht, zonder specifieke MeSH-term. Hierbij werden de zoektermen: *chronic care, home care* gecombineerd met één van volgende termen: *medical file, medical record, chronic patient*.

[2] *MeSH* (Medical Subject Heading) is een verzameling van (zoek)termen, door MEDLINE/PubMed gebruikt voor het indexeren van artikels.

Indien relevant geacht werd gebruik gemaakt van “Related Articles”. Gezien het gering aantal relevante artikels dat werd gevonden, werd geopteerd om geen “limits” door te voeren. Vaak doken bij het zoeken naar nieuwe artikels reeds (niet-) geselecteerde artikels opnieuw op.

Tot slot werden ook de referenties en de citaties van de relevant geachte publicaties aan nader onderzoek onderworpen en dit leverde nog wat extra interessante resultaten op. Een 20 tal artikels werd weerhouden.

1.C. Resultaten van het literatuuronderzoek

Overzicht en korte omschrijving van de bestaande continuïteitsdossiers

In dit onderzoek trachten we de elementen te achterhalen die noodzakelijk zijn in een basisdossier: de essentie. Een eenduidige definitie over de benodigde onderdelen van een continuïteitsdossier kon niet worden weerhouden uit de literatuur. In de literatuur kan men wel terugvinden wat artsen noodzakelijk vinden in een algemeen medisch dossier. (9) Hoewel toch blijkt dat meer onderzoek nodig is naar de exacte inhoud ervan. (17)
Er werden enkele voorbeelden van kerndossier en continuïteitsdossiers weerhouden uit de literatuur en uit lokale initiatieven. Er bestaat echter geen uniformiteit omdat deze elk hun eigen dossier ontwikkelen. Tabel 1 geeft een samenvatting hiervan.

		1.Kerndossier Domus Medica	2. praktijk-project Dr. Weerts	3. SEL Kempen	4. Schers et al.	5.ASTM E2369-05
Adm. informatie			x	x		x
Zorgplan			x	x		x
Medische gegevens	Antecedenten	x	x		x	x
	Vaccinaties	x	x			x
	Allergie en intolerantie	x	x			x
	Bloedgroep	x				
	Risicofactoren	x	x			
	Score zorgbehoefte			x		
	Antropometrie		x			
	Labo resultaten		x			x
	Actieve ziekte (chronische)	x			x	
	Medicatielijst	x	x	x	x	x
	SOEP journaal		x	x		
	Verslag specialist				x	x
	INR formulier		x			
	Glycemie formulier		x			
	Checklist hulpmiddelen/ valpreventie/ sociale voorzieningen			x		x
Weekplanning				x		
Takenblad				x		
Communicatiepagina				x		
Palliatief opvolgblad/ beperkingsformulier		x	x		x	

1. Domus Medica beschrijft, zoals de tabel weergeeft, de volgende elementen als noodzakelijk in een “kerndossier”: bloedgroep, actuele medicatie (+ startdatum), de vaccinatietoestand, actieve ziekten, risicofactoren, allergie/intoleranties (incl. ernst van de reactie), de relevante medische en therapeutische voorgeschiedenis. Dit kan eventueel aangevuld worden met een euthanasieverzoek, een DNR code en/of een weigering van orgaandonatie.(5)

2. Dr. Weerts deed in 2005 een praktijkproject naar de verbetering van het thuisdossier (6). De elementen die zij noodzakelijk acht in een dergelijk dossier worden weergegeven in tabel 1.

3. In België zijn verschillende SEL’s (Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidzorg) actief per regio. Momenteel zijn er 6 erkende SELS vanaf 2010: Provincie West-Vlaanderen, Provincie Limburg, Provincie Oost-Vlaanderen, Provincie Antwerpen, Provincie Vlaams-Brabant, Brusselse Hoofdstedelijke Gewest. (21)

Als voorbeeld worden de elementen van het thuiszorgdossier van het Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidzorg Kempen weergegeven in tabel 1. (14)

4. Uit een Nederlands onderzoek van Schers et al. uit 2001 (10) blijkt dat huisartsen tijdens een wachtdienst voornamelijk medisch inhoudelijke informatie noodzakelijk achten: antecedenten, chronische ziekten, medicatie, specialistische informatie en bij sommige patiënten een therapiebeperkingsformulier. Aan andere soorten voorkennis bleek weinig behoefte.

5. De ASTM E2369-05 (7), een hulpmiddel uit Griekenland, is ontwikkeld voor gebruik bij verwijzing, voornamelijk van ziekenhuis naar thuissetting. Het is hierbij niet de bedoeling van een volledig medisch dossier te zijn, maar bevat enkel de meest relevante en belangrijkste klinische en persoonlijke gegevens van een bepaalde patiënt. De hulpverlener extraheert de nodige gegevens uit het EMD, of indien dit niet voorhanden is noteert hij de nodige gegevens zelf in het dossier. Er is echter geen gouden standaard wat wel en wat niet geïncludeerd dient te worden.

1.D. Discussie –Beperkingen van het literatuuronderzoek

Gezien de vergrijzing van de bevolking neemt ook het aantal patiënten toe, met één of meerdere langdurige aandoeningen. Thuiszorg bij chronische patiënten wordt georganiseerd in een multidisciplinair team. Dit team is samengesteld uit een huisarts, thuisverpleegkundige, patiënt en mantelzorgers, eventueel nog aangevuld met specialisten, kinesisten en maatschappelijk werkers. Coördinatie, efficiënte samenwerking en communicatie zijn noodzakelijk in deze zorg, waarbij de patiënt centraal staat. Vaak is de informatie betreffende de gezondheid van de patiënt verspreid over verschillende dossiers. Het wordt een uitdaging om de opvolging van deze patiënten in een team van hulpverleners goed te coördineren om zo de continuïteit van zorg te verzekeren.

Het doel van een continuïteitsdossier is niet om een zo uitgebreid mogelijk dossier te zijn met alle informatie van een patiënt. Het is echter de bedoeling dat dit dossier de essentie bevat betreffende de informatie van de gezondheid van een patiënt.

In de literatuur vinden we echter geen gouden standaard terug betreffende het continuïteitsdossier. Vaak betreft het een lokaal initiatief.

1.E. Besluit van het literatuuronderzoek

Een hulpmiddel voor het organiseren van de complexe zorg bij chronische patiënten is het continuïteitsdossier. (5) Het beoogt de bevordering van de zelfredzaamheid van de patiënt, ondersteunt de zorgverleners en stimuleert de samenwerking tussen alle betrokkenen. (14)

Literatuur weerhield weinig concrete voorbeelden van thuiszorgdossiers die konden toegepast worden in de dagdagelijkse praktijk.

Hieruit werd besloten om zelf een dossier op te stellen, gebaseerd op de literatuur en dit vervolgens te toetsen in de praktijk.

DEEL II: BEVRAGING + OPSTELLEN CONTINUÏTEITSDOSSIER

2.A. Inleiding bevraging en opstellen

De bedoeling van deze masterproef is de werking van een continuïteitsdossier of thuiszorgdossier na te gaan. Voorgaand werd gekeken wat er reeds in de literatuur te vinden is in verband met dit onderwerp.

In dit tweede deel willen we nagaan wat er leeft bij de hulpverleners op de werkvloer zelf. Enkele vragen die we ons hierbij kunnen stellen zijn:

Welke elementen dienen vervat te zitten en zijn een meerwaarde voor een dergelijk dossier? Voor wie kan dit een meerwaarde betekenen? Wat vinden de hulpverleners en de patiënten ervan?

Gezien geen concreet dossier kan weerhouden worden na literatuuronderzoek, wordt geopteerd om zelf een dossier op te stellen. Gebaseerd op de literatuur trachten we in dit deel de theoretische achtergrond in een concrete vorm te gieten voor gebruik in de dagdagelijkse praktijk. Het betreft een verkennend onderzoek die de eerste stappen zet voor het implementeren van een continuïteitsdossier.

2.B. Methodologie bevraging en opstellen

2.B.1 Opstellen van een eigen dossier

Uit bestaande patiëntendossiers en uit voorgaande onderzoeken werd volgende lijst van 15 indicatoren opgesteld. De items uit Tabel 2 werden voorgelegd aan een panel van zorgverleners uit diverse disciplines (huisartsen en verpleegkundigen, HAIO's, kinesisten, n=30). Er werd gevraagd om de items te scoren volgens wat zij noodzakelijk achten in een continuïteitsdossier.

TABEL 2: vragenlijst zorgverstrekkers

In het thuiszorg/continuïteitsdossier ***acht ik dit item…***	**Noodzakelijk**	**Niet noodzakelijk**	**Geen mening**
Huidige pathologie(ën)			
Medische voorgeschiedenis			
Allergieën			
Medicatielijst			
Laatste verslag specialist (indien voorhanden)			
Laatste labo-onderzoek			
Huisarts + contactgegevens			
Contactgegevens familie			
Nood aan zorg thuis: Zorgverleners + contactgegevens			
Zorgbehoefte/schaal bv. Katz			
Sociale situatie thuis			

Weekplanning en takenpakket zorgverleners			
Hulpmiddelen			
Checklist valpreventie			
Checklist sociale voorzieningen			
Andere: ……			
Opmerkingen			

2.B.2. Ethische beschouwingen

Deze studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het UZ Gent (op 07/05/2012).
Gezien het hier om een medisch dossier gaat, dat bij de patiënt thuis zal blijven, moet er extra aandacht gegeven worden aan het beroepsgeheim.
Volgende zaken werden ingevoerd om het risico op schending van het beroepsgeheim te minimaliseren:

-de populatie betreft wilsbekwame volwassenen, die de desbetreffende hulpverlener toestemming dient te geven alvorens deze het dossier mag inkijken.

-het dossier zal zich in een map bevinden waarop duidelijk vermeld staat " STRIKT MEDISCH BEROEPSGEHEIM betreffende … (naam pt)". Dit dossier mag enkel ingekeken worden door hulpverleners, en na toestemming van de patiënt.

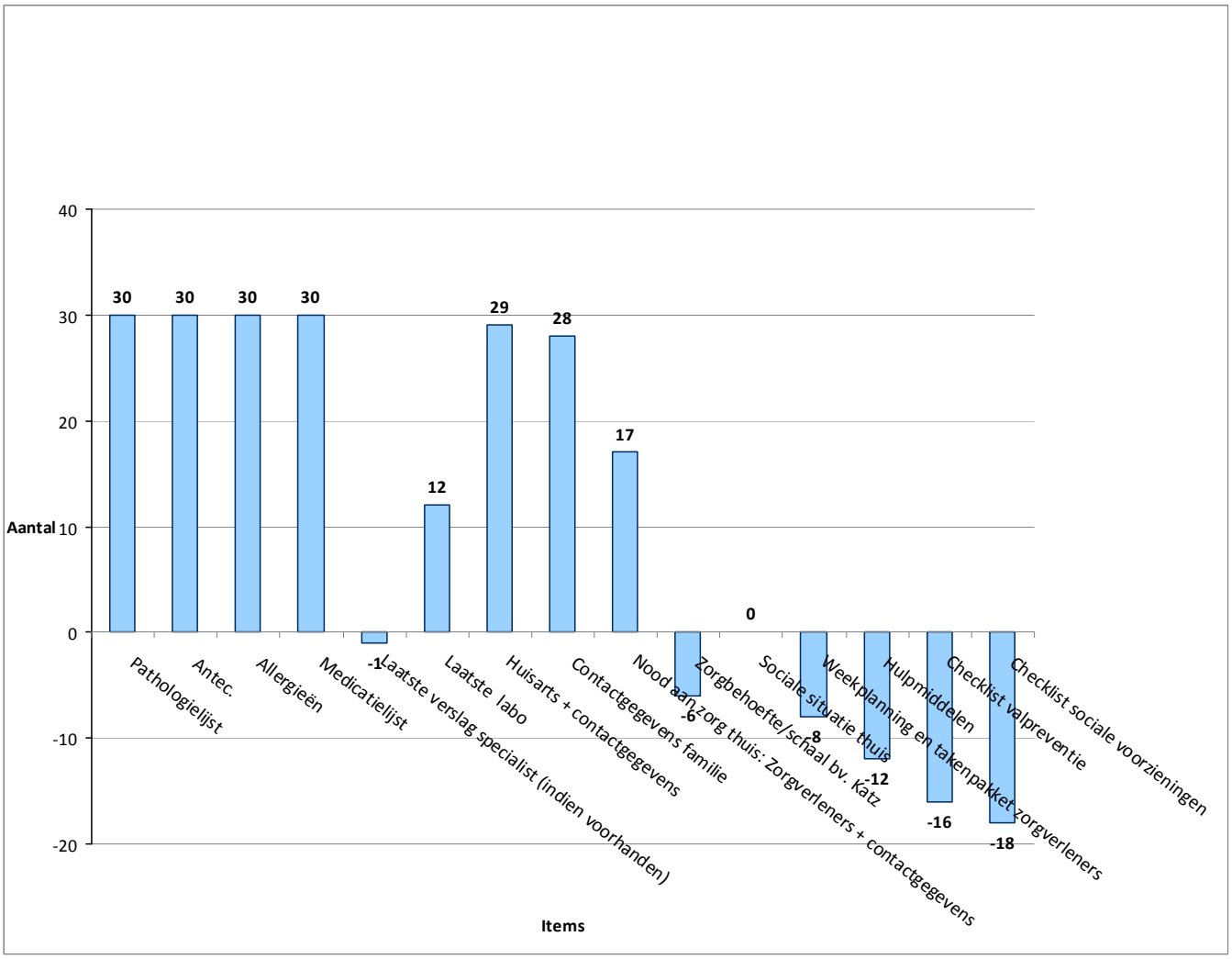
-In de map bevindt zich een document waarop de hulpverlener naam en datum, uur en reden van raadplegen van het dossier inschrijven.

2.C. Resultaten bevraging en opstellen

De bevraagde zorgverleners waren voornamelijk artsen. Van de 107 aangeschreven artsen, HAIO's, kinesisten en verpleegkundigen, reageerden er oorspronkelijk slechts 25. Na een eerste reminder vulden nog 5 artsen de vragenlijst in.
De vragenlijst werd uiteindelijk ingevuld door 25 artsen, 1 kinesist en 4 verpleegkundigen. Dit geeft een uiteindelijke response rate van 28,0%.

Indien de ondervraagde een item noodzakelijk achtte werd dit gequoteerd met +1, niet noodzakelijk met -1, geen mening 0. Alle gegevens werden gebundeld. De scores werden opgeteld. Op deze manier kon onderstaande grafiek opgesteld worden.

FIGUUR 2. Resultaten bevraging



Uit deze grafiek werden de elementen weerhouden voor de ontwikkeling van een continuïteitsdossier. Alle elementen die positief scoorden, werden geïncludeerd in het uiteindelijke dossier.

Vijf zorgverleners maakten gebruik van de voorziene ruimte om extra aanvullingen te maken. De gegeven bemerkingen waren:

-gewicht 1x
-Subjectief/Objectief/Evaluatie/Planning 2x
-Communicatieblad hulpverleners 3x
-zo nodig: INR/glycemie 2x
-NTR-code 1x

Gezien het belang van communicatie, één van de doelen is voor het ontwikkelen van dit dossier, werd een communicatieblad toegevoegd.
Er werd ook een bladzijde voorzien voor een korte notitie van elk huisbezoek onder de vorm van het SOEPsysteem[3].

Het lettertype werd groot genoeg gekozen zodat het voor de patiënt leesbaar is.
Een kort informatieblad werd toegevoegd, alsook een registratieformulier voor het raadplegen van het dossier.

[3] **S** = Subjectieve gegevens: In deze rubriek noteert de arts alle gegevens over het deelcontact die hij/zij verzamelt op basis van wat de patiënt spontaan aanbrengt of vraagt. Dit zijn de symptomen en klachten, in het bijzonder de contactreden.

O = Objectieve gegevens: In deze rubriek noteert de arts alle gegevens die hij/zij verzamelt over één deelcontact op basis van anamnese, klinisch onderzoek, technische onderzoeken of verwijzingen.

E = Evaluatie: In deze rubriek noteert de arts de uiteindelijke, meest waarschijnlijke diagnose als titel van de episode, eventueel samen met enkele werkbare hypothesen waarop hij/zij het beleid verder kan afstemmen.

P = Planning: In deze rubriek noteert de arts de acties die hij/zij wenst te ondernemen in verband met de werkbare hypothesen of de follow-up van de episode.

2.D. Discussie – Beperkingen bevraging en opstellen

De response rate voor de bevraging lag zeer laag, nl 28,0%, ondanks de herinneringsmail. Van de 25 artsen die reageerden, waren er 18 huisartsen in opleiding. Mogelijks reageerden zij vaker omdat ze zelf bezig zijn met één of ander onderzoek en zich realiseren hoe moeilijk het is om personen te rekruteren voor onderzoek. Andere artsen, verpleegkundigen en kinesisten reageerden minder vaak.

Het beroepsgeheim (de plicht om te zwijgen over feiten en gegevens van derden, die iemand bij het uitoefenen van zijn beroep te weten is gekomen), is van primordiaal belang in verschillende beroepen, maar vooral in de geneeskunde.
Het zit dan ook vervat in de eed die artsen afleggen bij het aanvangen van hun loopbaan:

"*Ik zal het geheim eerbiedigen van al wie zich aan mijn zorgen toevertrouwt.*"

(De artseneed van de Orde van geneesheren van België)

In deze masterproef werd getracht dit beroepsgeheim zo goed als mogelijk te beschermen. We zijn ons ervan bewust dat de methode in deze masterproef niet waterdicht is.
Er werd getracht om een zo veilig mogelijke manier van werken te hanteren. Na de hierboven beschreven aanpassingen werd, zoals eerder beschreven, deze studie goedgekeurd door het Ethisch Comité.

Na de bevraging van de hulpverleners bleek het heel duidelijk welke elementen zij noodzakelijk achtten in een dergelijk dossier.

2.E. Besluit bevraging en opstellen

Vanuit de literatuur en bevraging van zorgverstrekkers werd een dossier opgesteld. Hierbij werd bijzondere aandacht gegeven aan het beroepsgeheim.

Het dossier dient ook praktisch in gebruik te zijn.

Een derde aandachtspunt was het dossier als communicatiemiddel. Het dossier werd na de bevraging aangevuld met een communicatiebladzijde en notitiebladzijde voor de arts.

In bijlage 2 bevindt zich het volledige continuïteitsdossier.

DEEL III: Implementatie van het CONTINUÏTEITSDOSSIER

3.A. Inleiding continuïteitsdossier

Vanuit de literatuur en bevraging van zorgverleners werd een continuïteitsdossier opgesteld. Er werd gelet op de hanteerbaarheid, de duidelijkheid en vooral ook het beroepsgeheim.

Via de implementatie zal getracht worden een duidelijk beeld te krijgen of dit dossier een handig instrument is om te gebruiken in de dagdagelijkse praktijk.

3.B. Methodologie continuïteitsdossier

3.B.1. Rekrutering van de deelnemers

De patiënten werden gerekruteerd uit de patiëntenpopulatie van de praktijk waar ik mijn 2de jaar HAIO uitvoer. De rekrutering gebeurde op basis van een huisbezoek aangevraagd door de patiënt. Tijdens dit huisbezoek werd het doel en de praktische kant van dit dossier uitgelegd. Nadien werd mondelinge toestemming gevraagd om het dossier ter plaatse te laten. Het instemmen van de patiënt voor deelname en het achterlaten van het dossier, werd gezien als informed consent.

De inclusiecriteria:

- >1 chronische aandoening
- >1 zorgverlener
- Thuis verblijvend
- Wilsbekwaam zodat mondelinge informed consent kan worden verkregen
  De wilsbekwaamheid werd bepaald door het oordeel van de arts.

Volgende exclusiecriteria werden gehanteerd:

- Verblijvend in rust- en verzorgingstehuis
- reeds één of andere vorm van thuisdossier
- <18 jaar

3.B.2. Werkwijze gebruik

De HAIO stelde het dossier voor aan de patiënten, die voldeden aan de inclusiecriteria, tijdens een huisbezoek, aangevraagd omwille van een andere reden. Na de voorstelling en overleg met de patiënt en eventueel zijn naaste betrokkene, vervolledigde de HAIO het dossier met de nodige gegevens. Na de toestemming van de patiënt voor gebruik werd het dossier bij de patiënt achter gelaten. Er werd aan de patiënt gevraagd om het dossier te tonen aan de andere hulpverleners en ze te vragen hun gegevens aan te vullen op de voorziene plaats.
Er werd tevens gevraagd om bij elk bezoek van een hulpverlener het dossier boven te halen. Zo nodig konden de nodige aanvullingen en besprekingen genoteerd worden.

3.B.3. Bruikbaarheid van de tool: zorgverlener-enquête

Op het laatste blad van het dossier bevindt zich een beoordelingspagina waar andere zorgverleners hun bemerkingen of aanmerkingen kunnen noteren. Volgende zaken werden nagevraagd:

-Wat kan volgens u beter?
-Wat zijn de sterke punten van dit dossier?
-Wat zijn de zwakke punten van dit dossier?

3.C. Resultaten continuïteitsdossier

3.C.1. Karakteristieken van de deelnemers

Het continuïteitsdossier werd voorgesteld aan 20 chronische patiënten uit de praktijk van het tweede opleidingsjaar. Na weigering van 4 patiënten konden 16 deelnemers weerhouden worden. Vier deelnemers overleden tijdens het onderzoek, waardoor weinig conclusies konden getrokken worden uit deze dossiers.

TABEL 2: Demografische gegevens deelnemers

	Gemiddelde leeftijd (in jaar)	**Setting**			**Overleden**
		Thuis alleenwonend (aantal)	Thuis samenwonend (aantal)	Serviceflat (aantal)	
Mannen (n=8)	80,00	3	4	1	2
Vrouwen (n=8)	76,25	4	3	1	2
Totale groep (n=16)	**78,13**	**7**	**7**	**2**	**4**

3.C.2. Gebruik van het dossier

Globaal gezien wordt het dossier voornamelijk gebruikt door de arts die er zijn bevindingen van het bezoek in noteerde.

Slechts drie verpleegkundigen noteerden tijdens het verloop van het onderzoek iets op het communicatieblad: aanvragen medicatie 2x, nakijken wonde ter hoogte van de voet 1x.

Twee kinesisten vulden hun gegevens in, maar maakten geen gebruik van het communicatieblad. Een tweetal keer werd het dossier gebruikt door een wachtarts, die er zijn bevindingen in noteerde. De patiënten vermeldden nadien dat het voor hen en de wachtarts zeer zinvol en nuttig was dat dit dossier voorhanden was.

Slechts twee verpleegkundigen vulden de beoordelingspagina in. De vermeldde sterke punten waren: duidelijke communicatie tussen zorgverleners, duidelijke vorm van dossier. Als aanvulling werd één maal geopteerd voor een opvolgblad voor INR.

3.D. Discussie – Beperkingen continuïteitsdossier

Tijdens dit onderzoek werd duidelijk hoe moeilijk het rekruteren van patiënten is om tot een goede onderzoekspopulatie te bekomen. De redenen die de 4 vier patiënten die weigerende aangaven waren dat ze zelf konden instaan voor de communicatie tussen de hulpverleners. Eén persoon zag het niet zitten omwille van privacy redenen. Eén iemand vermeldde dat ze geen enkele nood had aan een dergelijk dossier.

Bij de personen die wel instemden met deelname werd enkele keren bemerkt dat de patiënt vergat het dossier te tonen aan een verpleegkundige.

Uit de literatuur blijkt dat hoe meer interesse en kennis een persoon over zijn gezondheid heeft, hoe meer hij/zij zal deelnemen aan activiteiten die een goede gezondheid bevorderen.(4) Het zal een uitdaging worden om bepaalde chronische patiënten meer inzicht in hun aandoening te geven.

Bij sommige patiënten was er reeds één of ander communicatiemiddel aanwezig, van eenvoudig blanco schrift tot een meer gestructureerde en uitgewerkte map waarin duidelijk de communicatie tussen verschillende hulpverleners en mantelzorgers werd genoteerd. (5)

Het was ook niet eenvoudig om andere hulpverleners te motiveren om effectief gebruik te maken van dit dossier. Amper drie verpleegkundigen vulden de beoordelingspagina in. Mogelijks speelt tijdsdruk hier een belangrijke rol in.

Het dossier werd vooral gebruikt door de huisarts, veel minder door verpleegkundigen, en quasi niet door kinesisten. Verdere motivatie is bijgevolg onontbeerlijk.

3.E. Besluit continuïteitsdossier

Het dossier werd voorgesteld aan 20 chronische patiënten. Er werden echter slechts 12 bruikbare dossier weerhouden om conclusies uit te trekken.

Het zal in de toekomst belangrijk zijn om zowel patiënten als hulpverleners te motiveren deze tool actief te gebruiken.

Deel IV: ALGEMENE DISCUSSIE/CONCLUSIE

Deze studie kent veel nuttige elementen, maar helaas ook verschillende beperkingen.

De belangrijkste beperking is de povere rekrutering van deelnemers. Ondanks verschillende inspanningen konden slechts een 12-tal dossiers effectief weerhouden worden. Het is bijgevolg moeilijk om hieruit conclusies te kunnen trekken. Ook in onderzoek naar PHR's blijkt het vaak moeilijk om patiënten te rekruteren. (12)

Redenen voor beperkte rekrutering kunnen zijn dat er reeds één of andere vorm van thuisdossier aanwezig is.

Personen die meer bewust zijn van hun gezondheid zullen meer openstaan voor dit soort initiatieven. (11) Weinig ziekte-inzicht gaat samen met een lage inzet voor activiteiten die een goede gezondheid promoten (13,15)

Anderen hebben schrik voor hun privacy. (4, 11, 12, 13, 15)

Er waren ook patiënten die het niet zagen zitten om zulk dossier te bewaren.

Het continuïteitsdossier is een papieren dossier. Uit onderzoek in gezondheidsinstellingen blijkt echter dat elektronische dossiers meer compleet en sneller zijn om informatie op te vragen dan papieren dossiers (respectievelijk 40% meer compleet en 20% sneller). Hoewel weinig onderzoek is gedaan of dit ook zo is in de thuissetting kunnen we veronderstellen dat we deze trend kunnen doortrekken. (3) Anderzijds kan het elektronische aspect, voornamelijk bij ouderen, een drempel betekenen. Wat de privacy en het beroepsgeheim betreffen, is een elektronisch dossier de meest aangewezen vorm. (5)
In de toekomst zal een elektronisch dossier de voorkeur genieten. Dit is echter organisatorisch en financieel een grote stap, dus een brugperiode met een papieren dossier zal noodzakelijk zijn.

Ondanks praktische problemen tijdens het lopen van dit verkennend onderzoek, kunnen we toch in grote lijnen ook de nuttige elementen en de voordelen van een continuïteitsdossier opsommen.

In de eerste plaats is dit dossier ontwikkeld, zoals de naam het zegt, voor een betere continuïteit van zorg. De zorg voor een bepaald persoon, zeker bij een chronische patiënt, moet continu kunnen verlopen. In deze studie werd dit ervaren door de wachtarts die het dossier positief becommentarieerde.

Een bijkomend doel is een betere communicatie tussen zorgverleners. In deze studie is aan dit doel niet voldaan. Verdere pogingen om andere zorgverleners te motiveren dit instrument te gebruiken zal zeker noodzakelijk zijn.

Een ander voordeel van een dergelijk dossier is het sneller detecteren van een probleem bv. notitie van een verpleegkundige en bijgevolg sneller kunnen ingrijpen. (2) Dit brengt met zich mee dat we meer tijdefficiënt en kosten-effectief kunnen werken. Door het noteren van medicatie, allergieën enz. hopen we via dit dossier de kans op medische fouten te minimaliseren.

In de toekomst zal het nodig zijn om dit project verder uit te werken.

Een goed uitgebouwd elektronisch dossier kan een meerwaarde betekenen in de toekomst. Alles wordt gaandeweg meer geïnformatiseerd en met de komst van PHR's kunnen we verwachten dat de papieren dossiers meer en meer tot het verleden zullen behoren.

Het doel binnen onze praktijk is het verder implementeren van het dossier bij chronische patiënten. De nadruk hierbij zal liggen op praktisch hanteerbaar zijn van het dossier, de bruikbaarheid, met aandacht voor de individuele persoon. Er zal getracht worden om vanuit de verschillende paramedische sectoren feedback te krijgen om deze tool te optimaliseren. Er zal ook verder gekeken worden hoe de communicatie met andere hulpverleners verbeterd kan worden.

Het uitwerken van dit onderzoek is bijzonder leerrijk geweest. Zowel naar het gebruik van een dergelijk dossier, als het leren omgaan met de hinderpalen van een onderzoek en het zoeken naar mogelijke oplossingen. Er zal getracht worden om binnen de praktijk deze tool te optimaliseren.

Referentielijst

1. VAN DER HEYDEN J.: Gezondheidsenquête, België, 2008 Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

2. TANG PC., ASH JS., BATES DW., OVERHAGE JM., SANDS DZ. : Personal health records: definitions, benefits, and strategies for overcoming barriers to adoption. J Am Med Inform Assoc. 2006 Mar-Apr;13(2):121-6

3. TSAI J., BOND G. : A comparison of electronic records to paper records in mental health centers. Int J Qual Health Care. 2008 Apr;20(2):136-43

4. KAHN JS., AULAKH V., BOSWORTH A.: What it takes: characteristics of the ideal personal health record. Health Aff (Millwood). 2009 Mar-Apr;28(2):369-76

5. AMEYE A., HELSEN C., STULENSJ., WILLEMSEN L. et al.: Een thuisdossier voor de palliatieve patiënt . Seminariewerk Vierde master geneeskunde, richting huisartsgeneeskunde. Faculteit Geneeskunde Katholieke Universiteit Leuven Academiejaar 2011-2012

6. WEERTS A.: Verbetering van het thuisdossier; Verbetering van gezondheidszorg. Praktijkproject 2005-2006

7. BOTSIVALY M., SPYROPOULOS B., KOUTSOURAKIS K., MERTIKA K.: Enhancing continuity in care: an implemantation of the ASTM E2369-05 Standard Specification for Continuity of Care Record in a homecare application. AMIA Annu Symp Proc. 2006:66-70.

8. TENFORDE M., JAIN A., HICKNER J.: The value of personal health records for chronic disease management: what do we know? Fam Med. 2011 May;43(5):351-4.

9. SCHERS H., VAN DEN HOOGEN H., VAN DE VEN C.,VAN DEN BOSCH W.: Continuïteit in de huisartsgeneeskunde. Huisarts en wetenschap. 2001;44(9)

10. SCHERS H. , GIESEN P., RAES S., VAN DEN HOOGEN H., VAN DEN BOSCH W: Continuïteit tijdens de waarneemdienst: de behoefte aan het medisch dossier. Huisarts en wetenschap. 2001. 412-418

11. ARCHER N., FEVRIER-THOMAS U., LOKKER C., MCKIBBON KA., STRAUS SE.: Personal health records: a scoping review. J Am Med Inform Assoc. 2011 Jul-Aug;18(4):515-22

12. KAELBER DC., JHA AK., JOHNSTON D., MIDDLETON B., BATES DW.: A research agenda for personal health records (PHRs). J Am Med Inform Assoc. 2008 Nov-Dec;15(6):729-36

13. LOBER WB., ZIERLER B., HERBAUGH A., SHINSTROM SE., STOLYAR A., KIM EH., KIM Y.: Barriers to the use of a personal health record by an elderly population. AMIA Annu Symp Proc. 2006:514-8.

14. Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidzorg Kempen. Leidraad thuiszorgdossier. Geraadpleegd op 02 maart 2013 op: www.selkempen.be/files/Leidraad%20thuiszorgdossier%283%29.pdf

15. WITRY MJ., DOUCETTE WR., DALY JM., LEVY BT., CHRISCHILLES EA.: Family physician perceptions of personal health records. Perspect Health Inf Manag. 2010 Jan 1;7:1d.

16. HAUX R.: Health information systems - past, present, future. Int J Med Inform. 2006 Mar-Apr;75(3-4):268-81.

17. HÄYRINEN K., SARANTO K., NYKÄNEN P.: Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. Int J Med Inform. 2008 May;77(5):291-304.

18. VAN DER AA, MJ., PADARATH SP.: Kwaliteit van data in het Elektronisch Medisch Dossier voor huisartsen. 2008.

19. PAULUS D., VAN DEN HEEDE K., MERTENS R.: Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Reports 190A. D/2012/10.273/79.

20. DEBREW JK., BARBA BE., TESH AS.: Assessing medication knowledge and practices of older adults. Home Healthc Nurse. 1998;16(10):686-91

21. http://www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Thuiszorg/Samenwerkingsinitiatieven-eerstelijnsgezondheidszorg-%28SEL%29/

Bijlage 1

Prevalentie (2008) en incidentie (2006-2008) voor een aantal chronische aandoeningen berekend op basis van de jaarlijkse contactgroep van 2008		
Chronische aandoeningen	**Prevalentie ‰ / jaar**	**Incidentie ‰ / jaar**
Hypertensie	134,18	9,94
Depressie	92,60	7,52
Astma	91,69	8,85
Diabetes	48,93	4,33
Migraine	38,90	3,24
Chronische bronchitis en andere COPD	38,05	2,91
Ischemische hartaandoeningen	36,80	2,23
Chronische enteritis/ colitis ulcerosa	32,37	1,62
Kwaadaardige nieuwvormingen	27,43	2,95
Cerebrovasculaire aandoeningen	22,15	1,90
Reumatoïde arthritis	10,65	0,60
Hartfalen	10,16	1,63
Epilepsie	8,82	0,56
Schizofrenie en andere psychosen	7,16	0,72
Dementie	5,26	0,93
Parkinsonisme	4,21	0,42
Multiple sclerose	1,35	0,08
HIV/AIDS	0,33	0,05

Prevalentie (2008) en incidentie (2006-2008) voor een aantal chronische aandoeningen berekend op basis van de jaarlijkse contactgroep van 2008		
Chronische aandoeningen	**Prevalentie** **‰ / jaar**	**Incidentie** **‰ / jaar**
Bron:	Intego-databank	

Bijlage 2

Naam:……

STRIKT MEDISCH BEROEPSGEHEIM!!!

Voorwoord

Gent, november 2012

Geachte,

In het kader van mijn masterproef “Implementatie en optimalisatie van een thuiszorgdossier” vindt u dit document. In mijn tweede opleidingsjaar tot huisarts wil ik trachten een thuiszorgdossier (continuïteitsdossier) op te starten bij mensen met een complexere zorgvraag.

Dit ter verbetering van communicatie tussen zorgverleners uit de verschillende disciplines, ter continuïteit van zorg i.k.v. wachtdiensten en spoedopnames in het ziekenhuis.

Om dit dossier zo optimaal mogelijk te kunnen gebruiken zou ik uw hulp willen vragen.

Gelieve uw contactgegevens aan te vullen. Bij medische of praktische vragen kunt u uw bezorgdheid kwijt op het communicatieblad. Bij andere vragen kunt u mij steeds contacteren.

Indien u tips heeft ter optimalisatie van dit dossier, laat u dit gerust achter op het evaluatieformulier.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Anne-Aurélie Uyttersprot

09/228.27.05

anneaurelie.uyttersprot@ugent.be

Raadplegen dossier

Wie?	Wanneer?	Handtekening

1. Personalia

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Telefoonnummer/GSM:

Familie of contactpersoon bij problemen:

Naam:

Adres:

Telefoonnummer:

2. Medische gegevens

Huidige pathologie: ……

……

……

……

Huidige medicatielijst:

	8u	12u	16u	20u	Vóór slapen

Gekende allergieën: ……..

Medische voorgeschiedenis: ……

……

……

3.Hulpverleners

<u>Huisarts:</u>

Dr. C. en A-Au. Uyttersprot

Adres: Antwerpsesteenweg 304, 9040 Sint-Amandsberg

Telefoonnummer: 09/228.27.05

Wachtdienst (weekend/nacht):09/236.50.00

www.dokteruyttersprot.be (online afspraken)

Verpleegkundige:

Naam:……

Adres:……

Te bereiken op:.……

Kinesist:

Naam:……..

Adres:……..

Te bereiken op:……...

……

…..

……...

……...

4. Laboresultaten

Cfr. bijlage

5. Communicatieblad hulpverleners

datum	communicatie

6. Klinisch verloop

datum	verloop

7. Evaluatieformulier

Wat kan volgens u beter?

……

……

……

……

Wat zijn de sterke punten van dit dossier?

……

……

……

……

Wat zijn de zwakke punten van dit dossier?

……

……

……

……

BEDANKT!