“Collect once, use many times” (COUMT) in het EMD, haalbaar of niet?

Jens Kockx, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Diego Schrans, Universiteit Gent

Co-promotor: Prof. Dr. Pascal Coorevits, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2021-2022

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.

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie '"Collect once, use many times" (COUMT) in het EMD, haalbaar of niet?'. Het onderzoek ging na hoe huisartsen tegenover het gestructureerd en gestandaardiseerd verwerken van data stonden en in welke mate ze dit principe toepassen bij hun dossierverwerking.

Deze scriptie werd geschreven in het kader van het behalen van mijn Master of Medicine in de huisartsgeneeskunde.

Graag wil ik via deze weg mijn promotor dr. Diego Schrans en co-promotor prof. dr. Pascal Coorevits bedanken voor de nuttige hulp de ze mij geboden hebben. Hun ondersteuning en begeleiding waren voor mij van grote waarde tijdens het schrijven van deze scriptie. Ik wil graag ook de respondenten bedanken die de vragenlijst voor deze studie invulden. Zonder hen had ik dit onderzoek niet kunnen voltooien.

Daarnaast wil ik ook mijn vrouw Eileen en mijn beste vriendin Jana bedanken voor de steun die ik van hen mocht ervaren op momenten dat het schrijven van deze scriptie wat moeilijker liep. Hun motiverende woorden waren van onschatbare waarde. Tevens wil ik hen ook bedanken voor het nalezen van mijn masterproef.

Ik hoop dat u een interessante tijd heeft tijdens het lezen van deze scriptie.

Jens Kockx
Gent, 10/08/2022

Abstract:

HAIO: Jens Kockx, Universiteit Gent

Promotor: dr. Diego Schrans, Universiteit Gent

Co-promotor: prof. dr. Pascal Coorevits

Context

Het paradigma ‘collect once, use many times’ (COUMT) wijst op de situatie waarbij gegevens eenmaal op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier worden ingevoerd in het elektronisch medisch dossier (EMD). Op die manier kunnen data hergebruikt worden in het zorgproces, maar ook voor andere doeleinden ingezet worden. Joukes et al. ontwikkelden in 2018 een model dat factoren die het gebruik van gestructureerde en gestandaardiseerde dataverwerking bij zorgprofessionals beïnvloeden, weergeeft. Een dergelijke manier van gegevensverwerking kan de administratieve belast voor huisartsen verminderen en kan de huisartsen ondersteunen in hun praktijkvoering.

Onderzoeksvraag

Deze scriptie doet onderzoek naar de attitude, de intentie en het gedrag ten opzichte van het COUMT-paradigma. De onderzoeksvraag luidt: ‘ *“Collect once, use many times (COUMT)" in het EMD, haalbaar of niet?’.*

Methodologie

Dit kwantitatief onderzoek maakte gebruik van een vragenlijst voor huisartsen en huisartsen in opleiding om zicht te krijgen op de attitude, de intenties en het huidige gedrag ten opzichte van het COUMT-paradigma. In het eerste deel van de vragenlijst werd gevraagd naar enkele demografische gegevens met betrekking tot de respondenten. Het tweede deel van de vragenlijst peilde naar de bereidwilligheid (attitude en intentie) ten opzichte van het COUMT-principe. Tot slot werd in het derde deel van de vragenlijst nagegaan wat het huidige gedrag is op vlak van het gestructureerd en gestandaardiseerd verwerken van data.

Resultaten

De vragenlijst werd 134 keer bezocht. Daarvan werden 104 enquêtes volledig ingevuld en aldus meegenomen voor verdere analyse. Uit deze statistische analyse kwam naar voor dat de studiepopulatie significant verschilde van de algemene populatie huisartsen in België voor wat betreft geslacht en leeftijd. De studiepopulatie was jonger

en had een grotere proportie vrouwelijke huisartsen. Ondanks dat de studiepopulatie significant afweek van de algemene populatie kunnen toch nuttige uitspraken omtrent het gestructureerd en gestandaardiseerd verwerken van data gedaan worden. De meerderheid van de respondenten gaf aan dat ze tevreden waren over hun softwareprogramma en dat dit de mogelijkheid biedt en gebruiksvriendelijk is om data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier te verwerken. Voor wat betreft de attitude en intentie ten opzichte van het COUMT-principe gaf een meerderheid aan hier positief tegenover te staan. Daarnaast kwam naar voor dat dit principe algemeen reeds in grote mate werd toegepast en dat ook op de meeste specifieke domeinen binnen het dossierbeheer gebruik gemaakt werd van een dergelijke manier van dataverwerking. Binnen deze specifieke domeinen valt voornamelijk nog winst te boeken voor het linken van (deel)contacten en het controleren en aanmaken van SumEHR's.

Conclusie

Uit deze studie kwam voort dat er zeker een positieve attitude ten opzichte van deze manier van dataverwerking is en dat er ook de intentie heerst om het COUMT-paradigma ten uitvoer te brengen. Hoewel een aantal punten verbetering in zich dragen, kan er geconcludeerd worden dat dit principe een grote rol speelt bij de dataverwerking in het EMD. Beleidsmatig kan er wel nog heel wat winst geboekt worden inzake het stimuleren van het gestructureerd en gestandaardiseerde manier van dataverwerking en het bewaken van de datakwaliteit. Jonge huisartsen lijken alvast positief te staan tegenover een dergelijke manier van dataverwerking. Hieruit blijkt dat het verwerken van gegevens volgens het COUMT-principe een haalbare kaart is.

Inhoud

Voorwoord 1
Abstract: 2
Context 2
Onderzoeksvraag 2
Methodologie 2
Resultaten 2
Conclusie 3
Inhoud 4
Inleiding 6
Literatuurstudie 7
Het EMD 7
Geïntegreerde praktijkpremie 7
Collect once, use many times (COUMT) 9
Definitie 9
Gestructureerde en gestandaardiseerde dataverwerking 9
Voordelen 9
Model 10
Datakwaliteit 12
Onderzoeksvraag 12
Methodologie 13
Literatuurstudie 13
Vragenlijst 13
Statistische analyse 14
Resultaten 15
Beschrijving van de populatie 15
Geslacht, leeftijd en praktijkervaring 15

Tijd gespendeerd aan het in orde houden van patiëntendossiers 17
Softwareprogramma 17
Attitude 19
Intentie 20
Verschillen attitude en intentie 21
Gedrag 23
Discussie 25
Studiepopulatie 25
Attitude 25
Intentie 26
Gedrag 27
Mogelijkheid tot verbetering 28
Conclusie 29
Literatuurlijst 32
Bijlagen 34
Goedkeuring Ethische Commissie UZ Gent 34
Informatiebrief en toestemmingsformulier deelnemer 37
Goedgekeurd protocol 41
Vragenlijst voor de huisartsen en huisartsen in opleiding 46

Inleiding

Reeds langere tijd ben ik geïnteresseerd in technologie en IT. Bij het op zoek gaan naar een onderwerp voor de scriptie voor het behalen van mijn diploma Master of Medicine in de huisartsgeneeskunde probeerde ik dan ook te kijken om deze thema's hierin te verwerken.

Op die manier kwam ik uit bij de vraag 'Hoe kan technologie en IT de huisarts beter ondersteunen in de toekomst?'. Het optimaliseren van de workflow bij huisartsen hangt sterk af van het gebruiksgemak van een softwarepakket en de mogelijkheden die dat softwarepakket biedt voor het beheren van het elektronisch patiëntendossier.

Om meer zaken automatisch te laten verlopen of om bepaalde informatie voor meerdere doeleinden te gebruiken, is het belangrijk dat deze informatie op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier ingevoerd wordt in het softwareprogramma. Gezien ontwikkeling van sommige nieuwe functies in een softwarepakket enkel zinvol is wanneer artsen hun data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier invoeren, leek het mij interessant om te onderzoeken hoe artsen tegenover een dergelijke manier van dataverwerking staan en wat hun huidige gedrag inzake deze manier van dataverwerking is.

Om deze vragen te kunnen beantwoorden werd eerst een literatuurstudie uitgevoerd, om meer kennis omtrent het onderwerp te vergaren. Zodoende kon er een vragenlijst opgesteld worden, om op die manier relevante gegevens te verzamelen omtrent dit onderwerp.

Literatuurstudie

Het EMD

Het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) of Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) zijn termen die gebruikt worden om de registratie, het verwerken en het beheer van patiëntgegevens weer te geven. Hiervoor wordt een softwarepakket gebruikt dat kan instaan voor deze taken. Deze sofwarepakketten hebben naast het gebruik als registratietool (ter vervanging van het papieren dossier) nog enkele andere functies [1].

Het gebruik van een informatietechnologie brengt enkele voordelen met zich mee. Zo zijn er voordelen in patient empowerment, is er een snelle toegang tot patiëntgegevens en kunnen medische opleidingen en onderzoek verbeterd worden. Daarnaast kan er een snelle communicatie tussen zorgverleners ontstaan ondanks grote afstand tussen deze zorgverleners, kan de behandeling en overleving van de patiënt verbeterd worden en kan dit bijdragen tot een grotere tevredenheid bij zowel patiënt als zorgverlener [2].

Het EMD in België kan, wanneer gekoppeld met de eHealthbox, berichten ontvangen van andere zorgverleners. Verder kunnen bijvoorbeeld elektronische voorschriften aangemaakt en verstuurd worden via Recip-e, kunnen hoofdstuk IV aanvragen rechtstreeks gedaan worden en kan de verzekerbaarheid van de patiënt gecontroleerd worden via MyCarenet [1].

Geïntegreerde praktijkpremie

Om het gebruik van het EMD en diens bijkomende functies te stimuleren werd de geïntegreerde praktijkpremie ingevoerd. Deze premie is een forfaitair bedrag en wordt jaarlijks aan huisartsen betaald om de werking van de praktijk en het gebruik van de elektronische diensten te ondersteunen.

Men kan enkel aanspraak maken op deze premie indien men voldoet aan een aantal voorwaarden:

- In het premiejaar van aanvraag moet de huisarts effectief actief geweest zijn in het kader van de ziekteverzekering.

- De huisarts moet gebruik maken van een aanvaard softwarepakket. Volgende softwarepakketten zijn vanaf premiejaar 2021 aanvaard door de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen: CareConnect (HealthConnect), HealthOne (HDMP), Daktari (Barista Software), Medinect (OFFIMED), Omnipro (Xperthis), Prodoc (CEGEKA), Topaz (Topaz Care SRL), Medispring (Medispring SCRL) en MyNexusHealth^{PRO} (MyNexusHealth).

Daarnaast werden voor 2021 een aantal parameters opgesteld voor het gebruik van de E-diensten. De drempels werden als volgt vastgesteld:

- Minstens 25% van de geneesmiddelenvoorschriften wordt via Recip-e verstuurd.
- Minstens 50% van de Hoofdstuk IV aanvragen wordt via de dienst Hoofdstuk IV van MyCarenet ingediend.
- Minstens 20% van de raadplegingen voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming wordt via de dienst eFact van MyCarenet gefactureerd.
- Voor minstens 25% van de patiënten waarbij de huisarts de GMD-houdend arts is, werd een geïnformeerde toestemming geregistreerd via het eHealth-platform.
- Voor minstens 25% van de patiënten waarbij de huisarts de GMD-houdend arts is, werd een SumEHR opgeladen via Vitalink, RSW of Abrumet.
- MyCarenet wordt gebruikt voor het elektronische beheer van de GMD-honoraria.
- Tijdens het tweede semester van het premiejaar moeten minstens 5 medicatieschema's aangemaakt of aangepast worden.
- Tijdens het tweede semester van het premiejaar dient men minstens 5 keer de CEBAM EvidenceLinker te gebruiken.
- Tijdens het tweede semester van het premiejaar dient minstens 5% van de raadplegingsgetuigschriften via eAttest van MyCarenet ingediend te worden.
- Er wordt minstens 3 keer gebruik gemaakt van het elektronisch formulier 'Evaluatie van de handicap – FOD Sociale Zekerheid' om medische informatie te versturen naar de FOD Sociale Zekerheid.

De huisarts kan een premieaanvraag doen bij het RijksInstituut voor Ziekte- en InvaliditeitsVerzekering (RIZIV). Afhankelijk van het aantal voorwaarden waaraan de huisarts voldoet en het aantal parameters waarvoor de drempel gehaald werd, bedraagt de premie in 2021 minimaal €1000 en maximaal €6000 [3].

Uit bovenstaande criteria blijkt dat er weinig stimulans is om data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier in te voeren. Enkel voor het gebruik van de CEBAM EvidenceLinker is het noodzakelijk dat data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier ingevoerd wordt.

Collect once, use many times (COUMT)

Definitie

Het paradigma ‘collect once, use many times’ (COUMT) wijst op de situatie waarbij data eenmaal op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier wordt ingevoerd in het EMD zodanig dat deze informatie hergebruikt kan worden in het zorgproces, maar ook voor andere doeleinden gebruikt kan worden [4].

Gestructureerde en gestandaardiseerde dataverwerking

In een informatiestandaard wordt gedefinieerd wat de data moet omvatten, hoe deze data weergegeven moet worden en hoe deze data gecodeerd wordt voor verwerking [5].

Voobeelden van dergelijke informatiestandaarden die kunnen gebruikt worden in medische software zijn de ICD-10 (International Classification of Diseases) codering en de ICPC-2 (International Classification of Primary Care) standaard. De Belgische thesaurus is gebaseerd op de ICD-10 en ICPC-2 classificatie. De ICD-10 codering is meer geschikt om te gebruiken binnen de ziekenhuissetting, terwijl de ICPC-2 classificatie zich specifiek richt tot de huisartsgeneeskunde [6, 7].

Voordelen

Het invoeren van data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier brengt een aantal voordelen met zich mee:

- Wanneer data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier ingevoerd wordt, kan voorkomen worden dat dezelfde data keer op keer ingevoerd moet worden.
- Data die op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier werd ingevoerd, kan gebruikt worden in ‘decision support systems’. Dit zijn systemen die de clinicus bijstaan in het nemen van beslissingen in verband met de patiënt. Een voorbeeld hiervan is een medicatiebewakingsmodule waarbij het systeem de gebruiker waarschuwt als de patiënt bepaalde allergieën heeft of als er bepaalde interacties tussen geneesmiddelen zouden kunnen plaatsvinden.
- Bepaalde processen kunnen geautomatiseerd worden. Zo kunnen er bijvoorbeeld bepaalde gegevens rechtstreeks worden overgenomen in verwijsbrieven.
- Data van goede kwaliteit kan ook gebruikt worden voor secundaire doeleinden, zoals klinische studies bijhouden van epidemiologische gegevens.
- Gestructureerde en gestandaardiseerde informatie kan ingezet worden voor het monitoren van de kwaliteit van zorg [5].
- Patiëntengroepen kunnen gemakkelijk geïdentificeerd worden. Een voorbeeld hiervan is de activatie van risicopatiënten tijdens de recente COVID-19 pandemie. Op basis van de gegevens uit het EMD kon een lijst gegenereerd worden met risicopatiënten en kon men deze activeren als risicopatiënt indien dit nog niet gebeurd was [8].

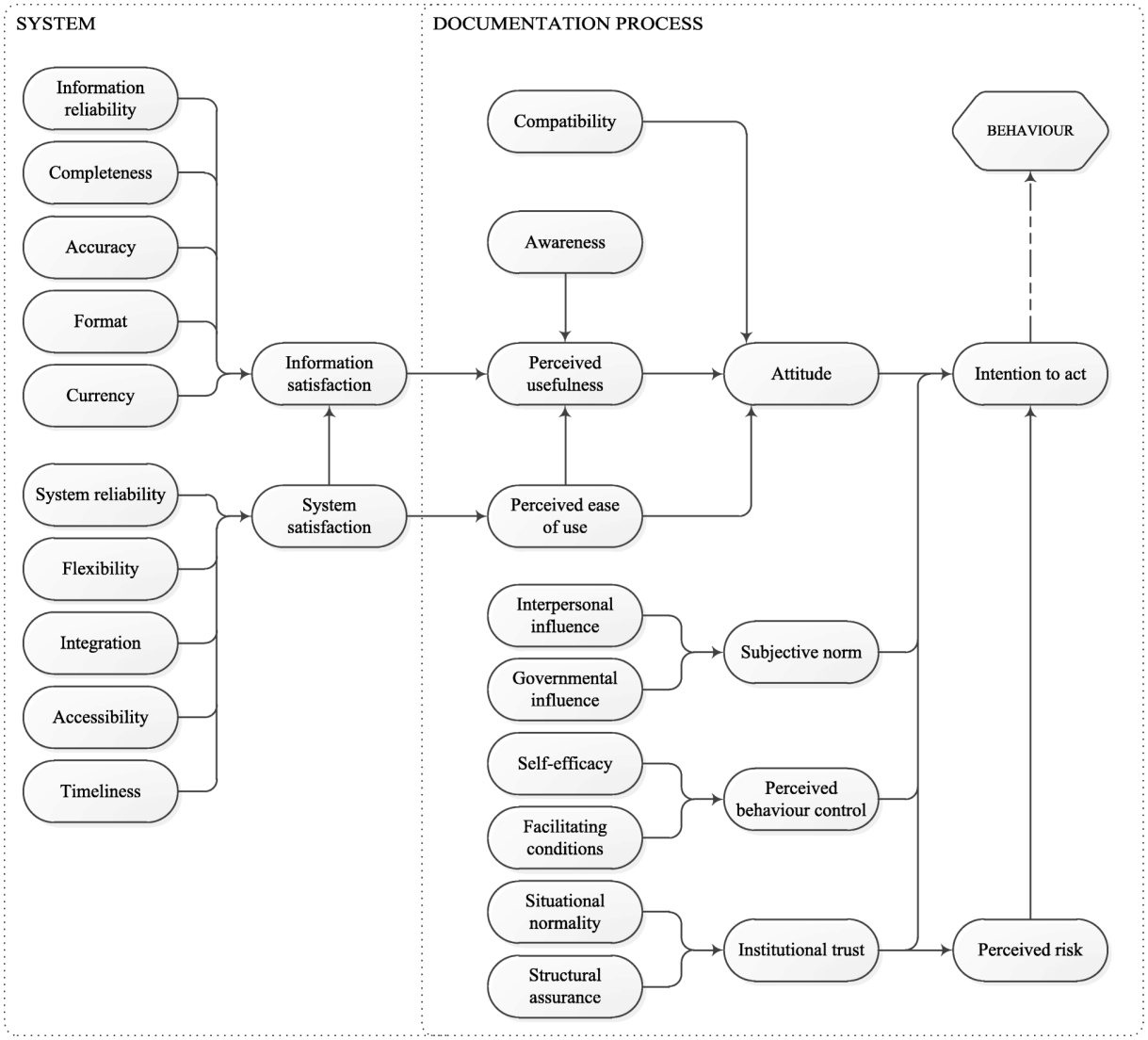
Model

Joukes et al. ontwikkelden een model dat factoren die het gebruik van gestructureerde en gestandaardiseerde dataverwerking bij zorgprofessionals beïnvloeden, weergeeft. Deze factoren leiden tot een bepaald gesteld gedrag. Het gestelde gedrag wordt beïnvloed door de intentie om gebruik te maken van gestructureerde en gestandaardiseerde data. De intentie komt voort uit de attitude van de zorgverlener, de subjectieve norm, de veronderstelde controle over het gedrag, het institutioneel vertrouwen en het veronderstelde risico.

De variabelen aan de rechterzijde van het model hebben betrekking tot het proces van gegevensverwerking. De attitude van de zorgverlener wordt bepaald door de kennis

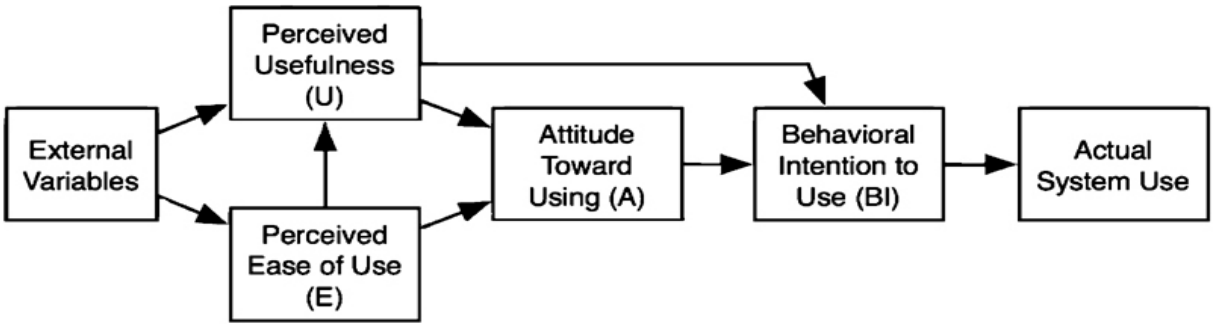
van de zorgverlener inzake dataverwerking en of de zorgverlener vindt dat deze manier van dataverwerking gebruiksvriendelijk, zinvol en in lijn met de persoonlijke workflow is.

Aan de linkerzijde staan de factoren die betrekking hebben tot het syteem dat gebruikt wordt om data te verwerken, in dit geval het EMD. De tevredenheid over informatie wordt bepaald door hoe betrouwbaar, volledig, accuraat en up-to-date de informatie is. Daarnaast speelt het formaat waarin de informatie vervat zit een rol. De tevredenheid over het systeem hangt af van de factoren betrouwbaarheid, flexibiliteit, toegangkelijkheid, tijdigheid en integratie [9].



Figuur 1 Adaptatiemodel naar Joukes et al.

Het ontwikkelde model van Joukes et al. is gebaseerd op het Technology Acceptance Model (TAM). Dit model werd voor het eerst gebruikt in 1989 en werd sindsdien gebruikt om tal van ICT-systemen te analyseren [10].



Figuur 2 TAM-model

Datakwaliteit

Hoewel informatieverwerking op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier belangrijk is om de informatie voor meerdere doeleinden te gebruiken, is het ook van belang dat de datakwaliteit gewaarborgd blijft. Voor het beschrijven van datakwaliteit in het EMD bestaat er evenwel geen universele definitie.

Wel kunnen er een aantal factoren gedefinieerd worden waaraan voldaan moet worden om te kunnen spreken van kwaliteitsvolle data. De belangrijkste factoren hierin zijn accuraatheid en volledigheid van de data. Verder is het belangrijk dat de benodigde data beschikbaar is op het moment dat de gebruiker deze nodig heeft en dat de gebruiker deze informatie kan gebruiken voor het beoogde doel [11].

Onderzoeksvraag

Deze scriptie zal de haalbaarheid van het COUMT-paradigma voor gebruik in het EMD onderzoeken. Om zicht te krijgen op de haalbaarheid van dit principe zal er gebruik gemaakt worden van een kwantitatief onderzoek door middel van een elektronische vragenlijst. Deze zal enerzijds peilen naar de bereidwilligheid om volgens het COUMT-paradigma te werken en anderzijds het huidige gedrag ten aanzien van dit principe in kaart brengen. De onderzoeksvraag luidt dus: *“Collect once, use many times (COUMT)" in het EMD, haalbaar of niet?*

Methodologie

Dit kwantitatief onderzoek maakt gebruik van een vragenlijst voor huisartsen en huisartsen in opleiding om zicht te krijgen op de attitude, intenties en het huidige gedrag ten opzichte van het COUMT-paradigma. Vooraf werd een literatuurstudie uitgevoerd, teneinde een relevante vragenlijst te kunnen opstellen.

Literatuurstudie

Voor de literatuurstudie werd gebruik gemaakt van de online databank PubMed. Hiervoor werden volgende MeSH-termen gebruikt:

- Electronic Health Record
- Data Collection
- Attitude to Computers
- Medical Informatics
- Data Quality

Op basis van titel werd een eerste selectie gemaakt van artikels die mogelijks relevant konden zijn bij dit onderzoek. Van de artikels die op deze manier weerhouden werden, werd ook het abstract doorgenomen. Wanneer er uit het abstract bleek dat het artikel waardevolle informatie bevatte omtrent dit onderwerp, werd het artikel in zijn geheel doorgenomen. Op deze manier konden relevante artikels geselecteerd worden.

Daarnaast werden de website van huisartsenvereniging Domus Medica, de eHealth websites, de websites van de overheid en de website van het RIZIV (RijksInstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) geconsulteerd om meer informatie in te winnen omtrent het EMD en de geïntegreerde praktijkpremie.

Vragenlijst

Op basis van het verrichte literatuuronderzoek werd een vragenlijst opgesteld om te peilen naar de intenties en het gedrag van huisartsen ten opzichte van het COUMT-principe. In het eerste deel van de vragenlijst worden enkele demografische gegevens nagevraagd, teneinde in de analyse verschillen in bereidwilligheid en in huidig gedrag te kunnen verklaren (bijvoorbeeld geslacht en leeftijd). In het tweede deel van de

vragenlijst wordt gepeild naar de bereidwilligheid om het principe toe te passen. Enerzijds wordt met enkele vragen naar de attitude van dit principe gepeild, anderzijds wordt met enkele vragen naar de intenties ten opzichte van dit principe gepeild. In het laatste deel van de vragenlijst wordt ten slotte navraag gedaan naar het huidige gedrag ten aanzien van dit dataverwerkingsprincipe. Samen met de promotor en co-promotor werd de vragenlijst geanalyseerd en bijgestuurd waar nodig.

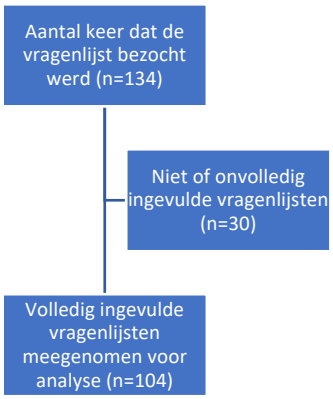
De vragenlijst werd afgenomen via het RedCap platform van het UZ Gent. De verspreiding van de vragenlijsten gebeurde via regionale wachtkringen, het ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding), Domus Medica en sociale media.

Statistische analyse

De statistische analyse verliep via het softwareprogramma SPSS Statistics 28 van IBM. Per variabele werd een geschikte statistische methode geselecteerd om mogelijke verbanden tussen variabelen aan te tonen. De geschikte methodes werden bepaald aan de hand van het boek *Inleiding tot de biomedische statistiek [12].*

Resultaten

De link naar de vragenlijst werd in totaal 134 keer bezocht. Hiervan werden 104 vragenlijsten volledig ingevuld en werden aldus 30 vragenlijsten niet of onvolledig ingevuld. Enkel volledig ingevulde vragenlijsten werden meegenomen voor de resultatenanalyse.

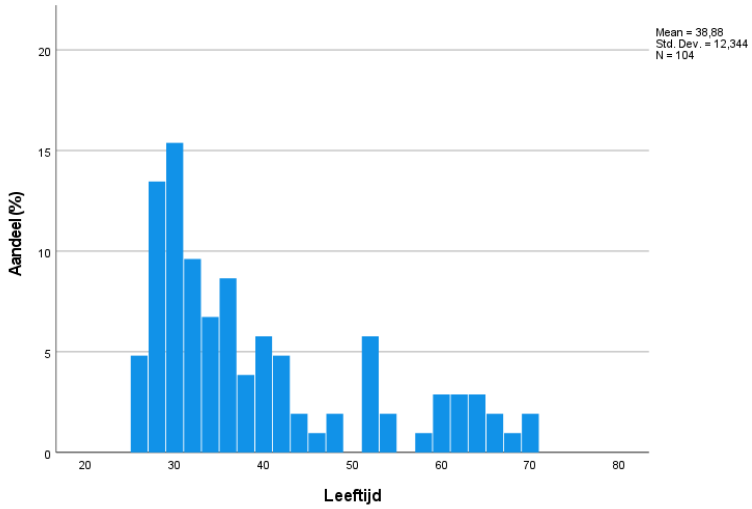


Figuur 3 Schema exclusie/inclusie

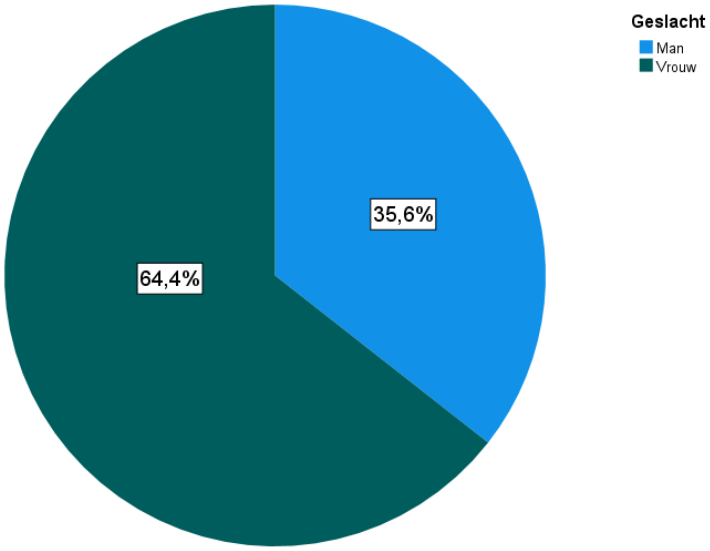
Beschrijving van de populatie

Geslacht, leeftijd en praktijkervaring

De vragenlijst werd ingevuld door 37 mannen (35,6% van de totale studiepopulatie) en 67 vrouwen (64,4% van de totale studiepopulatie). De jongste en oudste respondent waren respectievelijk 26 en 69 jaar oud. De leeftijd van de studiepopulatie had een gemiddelde van 38,9 jaar en een mediaan van 34,5 jaar oud. Gemiddeld hadden de respondenten een praktijkervaring van 13,1 jaar. De mediane praktijkervaring bedroeg 8,0 jaar. 14 respondenten (13,5%) gaven aan mee te werken aan een registratiesysteem (bv. Intego of peilpraktijk).



Grafiek 1 Leeftijdsverdeling binnen de studiepopulatie



Grafiek 2 Verdeling geslacht binnen de studiepopulatie

Wanneer men kijkt naar de jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen ziet men dat er op 31/12/2021 19.729 huisartsen en huisartsen in opleiding waren in België (op basis van de officiële woonplaats) . 47,3% hiervan is een vrouw en 52,7% hiervan is een man. Er werd gebruik gemaakt van de nationale cijfers gezien het niet zeker was dat de vragenlijst enkel werd ingevuld door Vlaamse huisartsen en huisartsen in opleiding. Voor wat betreft geslacht verschilde de studiepopulatie significant van de algemene populatie ($p = 0,020$) [13].

Ook op het vlak van de leeftijd werd waargenomen dat de studiepopulatie significant verschilde van de algemene populatie. Op basis van de jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen werden de verwachte aantallen berekend en met een chi-kwadraat goodness of fit test getoetst aan de geobserveerde aantallen binnen de steekproef. Er werd een significant verschil gevonden in de leeftijdscategorieën tussen de studiepopulatie en de algemene populatie ($p < 0,001$).

	Observed N	Expected N	Residual
-25	0	1,4	-1,4
25 tot 29	24	15,0	9,0
30 tot 34	28	12,0	16,0
35 tot 39	16	7,0	9,0
40 tot 44	10	5,2	4,8
45 tot 49	3	6,6	-3,6
50 tot 54	8	7,1	,9
55 tot 59	1	7,3	-6,3
60 tot 64	9	12,9	-3,9
65+	5	29,6	-24,6

Chi-Square	73,344[a]
df	9
Asymp. Sig.	<,001

a. 1 cells (10,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 1,4.

Tabel 1: Chi-kwadraat goodness of fit-test voor de leeftijd

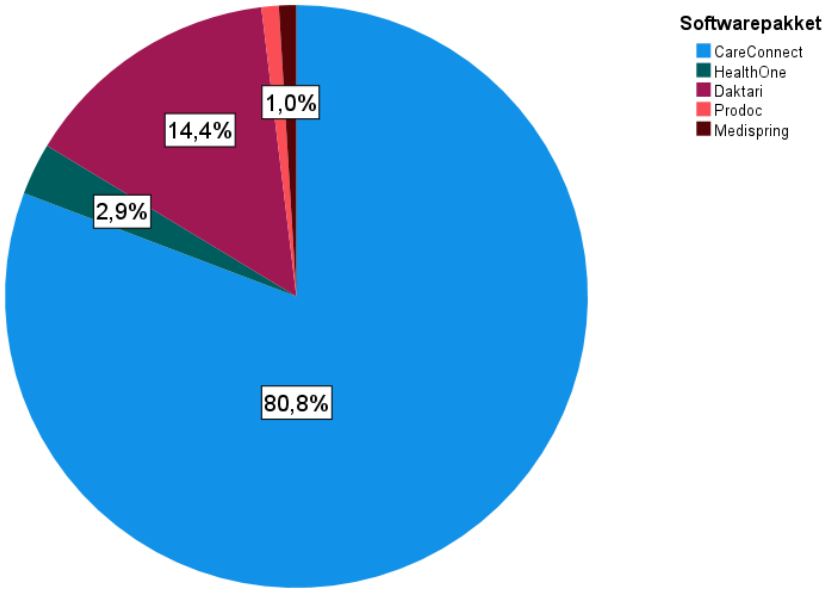
Tijd gespendeerd aan het in orde houden van patiëntendossiers

Er werd gepeild naar de gemiddelde tijd die wekelijks gespendeerd wordt aan het in orde houden van de patiëntendossiers. In deze vragenlijst werd dit opgesplitst in gespendeerde tijd tijdens patiëntencontact en gespendeerde tijd buiten patiëntencontact. Wekelijks besteden de huisartsen die deze vragenlijst invulden gemiddeld 10,8 uur tijdens het patiëntencontact en 4,2 uur buiten het patiëntencontact aan het dossierbeheer. Wel werd een grote spreiding in deze antwoorden waargenomen. Voor de gemiddelde tijd gespendeerd tijdens het patiëntencontact bedroeg de standaarddeviatie 11,36 uur en voor de bestede tijd buiten het patiëntencontact was deze 3,74 uur.

Softwareprogramma

Soort softwareprogramma

In de vragenlijst werd gevraagd welk softwareprogramma de respondenten gebruiken voor het beheer van hun patiëntendossiers. CareConnect was het meest gebruikte programma met een aandeel van 80,8% van de respondenten (n = 84), gevolgd door Daktari met een aandeel van 14,4% (n = 15) en HealthOne met een aandeel van 2,9% (n = 3). Medispring en Prodoc werden elk door slechts 1 respondent gebruikt. De overige softwareprogramma's werden door geen enkele respondent gebruikt.



Grafiek 3 Verdeling volgens softwarepakket

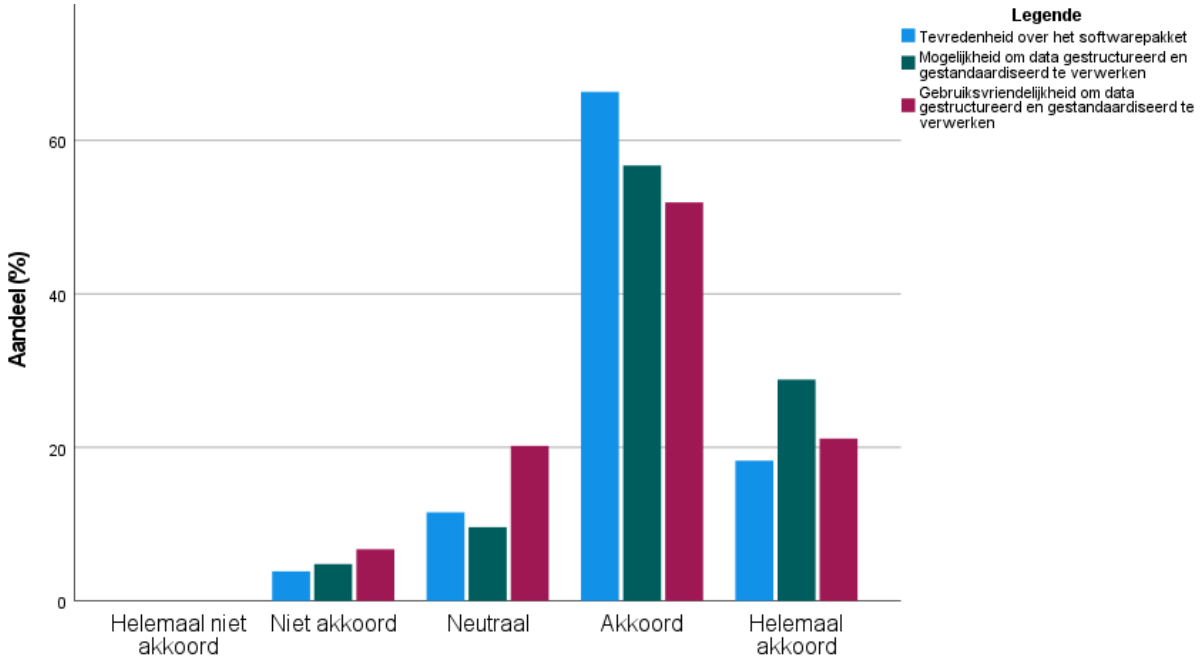
Tevredenheid, mogelijkheid om data op een gestructuurde en gestandaardiseerde manier te verwerken en gebruiksvriendelijkheid hiervan

Er werd tevens gepeild naar de algemene tevredenheid omtrent het softwareprogramma en of dit programma de mogelijkheid biedt en gebruiksvriendelijk is om data op een gestandaardiseerde manier te verwerken. Deze zaken werden bevraagd aan de hand van een 5-punts Likertschaal.

Voor de stelling ‘ik ben tevreden over mijn softwarepakket’ gaf 84,6% van de respondenten aan akkoord of helemaal akkoord te zijn. 11,5% was neutraal rond deze stelling en 3,8% was niet akkoord. Er werd nagegaan of er een verschil was in de tevredenheid omtrent het softwarepakket tussen de softwarepakketten onderling. Enkel CareConnect en Daktari werden hier vergeleken gezien de andere softwarepakketten door te weinig respondenten werden gebruikt. Uit de analyse door middel van een Mann-Whitney U-test bleek dat er geen statistisch significant verschil bestaat in tevredenheid tussen CareConnect en Daktari ($p = 0,671$).

Op de vragen of het softwarepakket de mogelijkheid biedt om data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier te verwerken en of dit gebruiksvriendelijk kan, ging respectievelijk 85,6 en 73,1% van de respondenten akkoord of helemaal akkoord, stond respectievelijk 9,6% en 20,2% hier neutraal tegenover en was respectievelijk 4,6% en 6,7% niet akkoord. Ook hier werd geen

significant verschil gevonden tussen CareConnect en Daktari. Analyse gebeurde opnieuw met behulp van Mann-Whitney U-testen. Voor wat betreft de mogelijkheid om data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier te verwerken bedroeg de p-waarde 0,142 en voor wat betreft de gebruiksvriendelijkheid hiervan bedroeg de p-waarde 0,493.



Grafiek 4 Tevredenheid over het softwarepakket en mogelijkheid en gebruikvriendelijkheid om data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier te verwerken

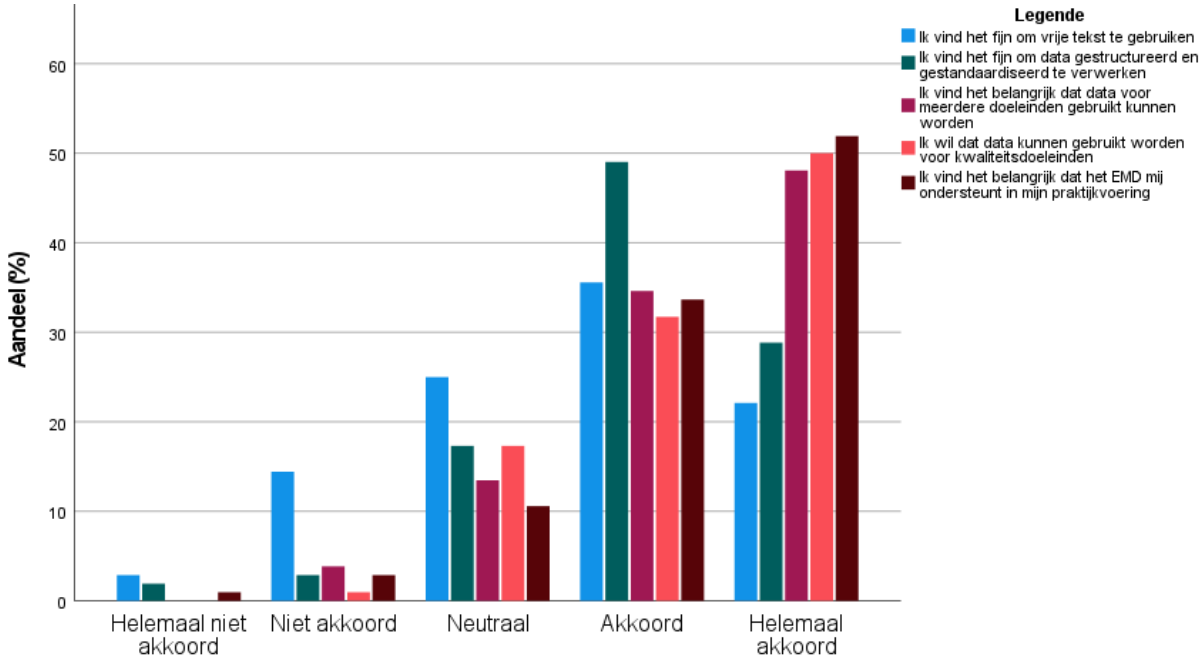
Attitude

Vervolgens werd bevraagd hoe de huisartsen tegenover het principe van gestructureerde en gestandaardiseerde dataverwerking staan. Ten eerste werd er gepeild of huisartsen al dan niet graag gebruik maken van vrije tekst bij hun dataverwerking. 17,3% van de respondenten waren niet akkoord of helemaal niet akkoord met de stelling ‘ik vind het fijn om vrije tekst te gebruiken om informatie op te slaan in het EMD’, 25% stond hier neutraal tegenover en 57,7% ging akkoord of helemaal akkoord met deze stelling.

Nadien werd gepeild naar de mate waarin de respondenten het fijn vinden om data op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier te verwerken. 4,8% van de respondenten ging niet akkoord of helemaal niet akkoord met deze stelling, 13,5% antwoordde neutraal en 82,7% was akkoord of helemaal akkoord.

Voor wat betreft de attitude ten opzichte van gebruik van data voor meerdere doeleinden ging 82,7% akkoord of helemaal akkoord. 13,5% stond hier neutraal tegenover en 3,8% van de respondenten ging niet akkoord of helemaal niet akkoord met deze stelling.

De volgende stelling waarnaar gevraagd werd, peilde naar hoe belangrijk huisartsen het vinden dat hun softwarepakket hen ondersteunt bij hun praktijkvoering. 3,8% vond dit eerder niet belangrijk, 10,6% gaf aan hier neutraal in te staan en 85,6% van de respondenten gaf aan akkoord of helemaal akkoord te gaan met deze stelling. Op vlak van het gebruik van data voor kwaliteitsdoeleinden gaf 1% aan dat zij niet akkoord gaan met de stelling ‘ik wil dat data hergebruikt kunnen worden om de kwaliteit van de zorg in de praktijk te bewaken’. 17,3% stond hier neutraal tegenover en 81,7% ging hiermee akkoord of helemaal akkoord.

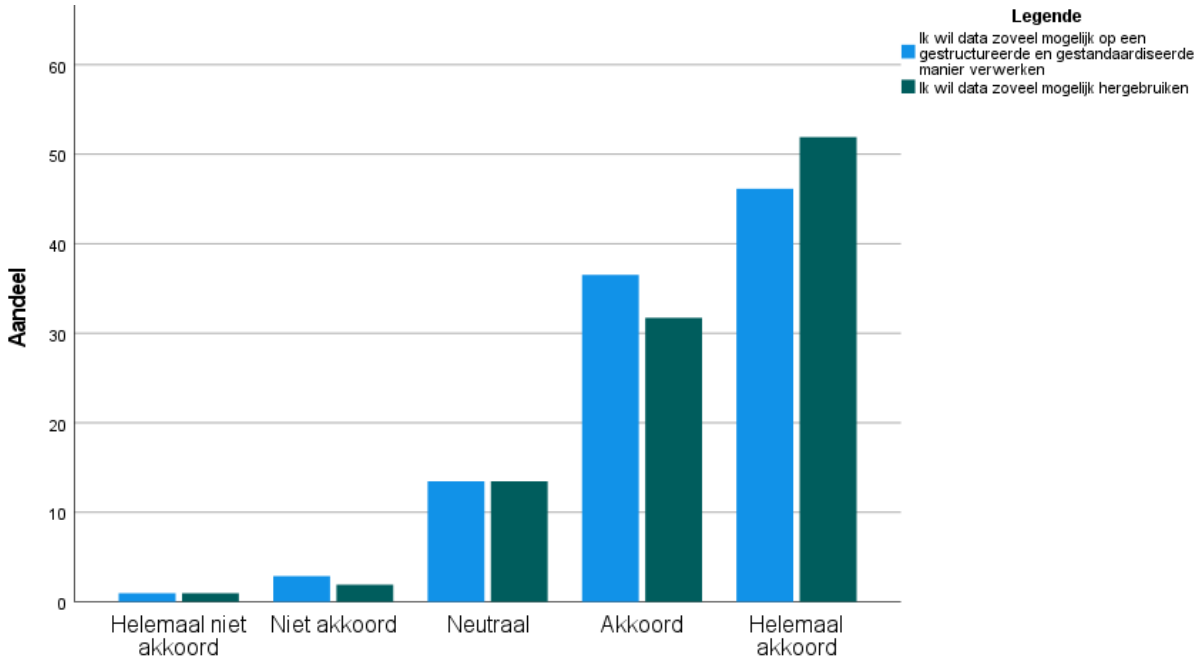


Grafiek 5 Attitude ten opzichte van het COUMT-principe

Intentie

Naast de attitude ten opzichte van het gestandaardiseerd en gestructureerd verwerken van data werd ook nagegaan welke intentie huisartsen hebben ten opzichte van dit principe. Er werd gepeild naar de mate waarin de respondenten data op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier willen verwerken en in welke mate ze data willen hergebruiken.

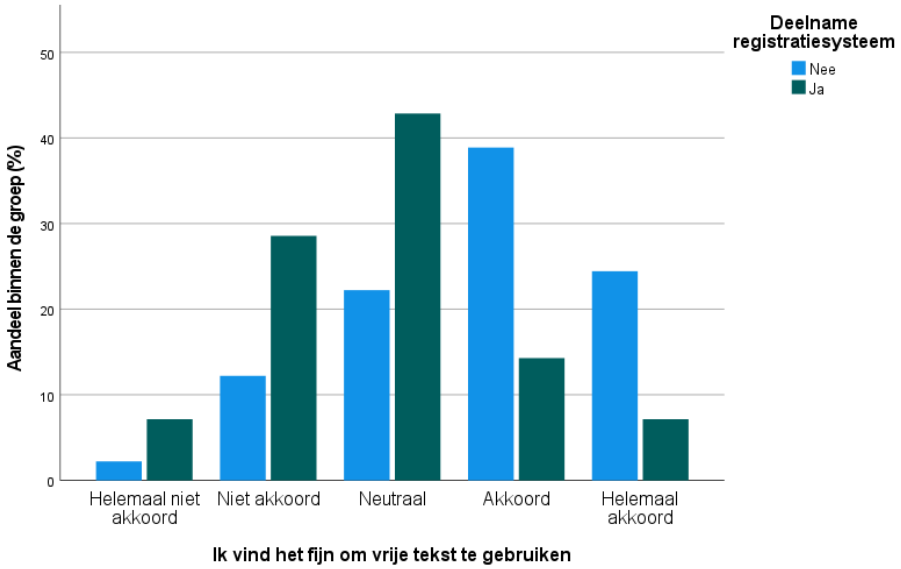
3,8% van respondenten gaf aan data eerder niet (helemaal niet akkoord of niet akkoord) op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier te willen verwerken, 13,5% gaf aan hier neutraal tegenover te staan en 82,7% antwoordde dat ze dit wel wilden toepassen (akkoord of helemaal akkoord). Daarnaast wou 83,6% graag data hergebruiken (akkoord of helemaal akkoord), was 13,5% neutraal en 2,9% gaf aan liever geen data te hergebruiken (niet akkoord of helemaal niet akkoord).



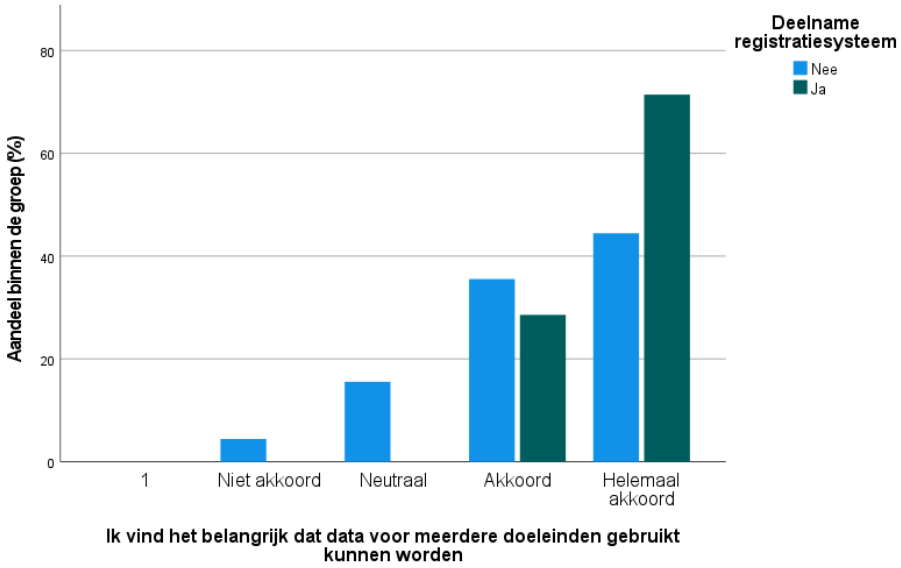
Grafiek 6 Intentie met betrekking tot het COUMT-principe

Verschillen attitude en intentie

Er werd onderzocht of er bij bepaalde stellingen een verschil tussen groepen werd waargenomen. Zo werd er bij Mann-Whitney U-testen een statistisch significant verschil ($p < 0,05$) gevonden tussen de groep die wel deelnam aan een registratiesysteem en de groep die niet deelnam aan een registratiesysteem voor de stellingen ‘ik vind het fijn om vrije tekst te gebruiken’ ($p = 0,005$) en ‘ik vind het belangrijk dat data voor meerdere doeleinden kunnen gebruikt worden’ ($p = 0,033$). Onderstaande grafieken geven weer dat respondenten die deelnemen aan een registratiesysteem het minder fijn vinden om vrije tekst te gebruiken en dat deze respondenten het ook belangrijker vinden dat data voor meedere doeleinden kunnen gebruikt worden.



Grafiek 7 Mate waarin huisartsen het fijn vinden om vrije tekst te gebruiken volgens deelname aan een registratiesysteem

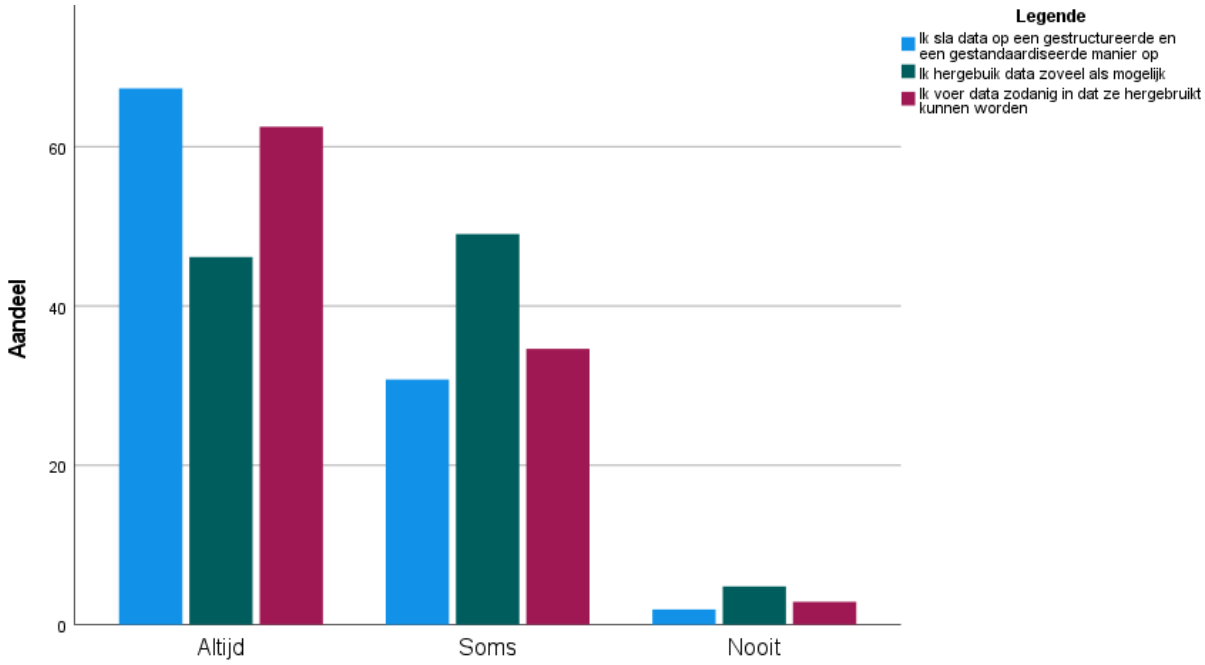


Grafiek 8 Mate waarin huisartsen het belangrijk vinden om data voor meerdere doeleinden te kunnen gebruiken volgens deelname aan een registratiesysteem

Gedrag

Tot slot werd er ook navraag gedaan naar het gedrag van de huisartsen omtrent het COUMT-principe. Eerst werd er gepeild naar het algemene gedrag in hun dataverwerking en nadien werd er gevraagd naar het gedrag op specifieke domeinen binnen dataverwerking in het EMD.

Zo werd er eerst bevraagd of de respondenten data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier verwerkten. 1,9% gaf aan dit nooit te doen, 30,8% doet dit soms en 67,3% probeert dit altijd waar mogelijk. Tevens werd er gepeild naar het gedrag inzake het invoeren van data zodat ze hergebruikt kunnen worden en naar het gedrag inzake het hergebruiken van data. 62,5% voert data altijd in zodat hergebruik van deze data mogelijk is, 34,6% doet dit soms en 2,9% gaf aan dit nooit te doen. Data werden waar mogelijk altijd hergebruikt door 46,2% van de respondenten, 49,0% deed dit soms en 4,8% antwoordde dat ze dit nooit doen.



Grafiek 9 Gedrag met betrekking tot het COUMT-principe

Voor wat betreft specifiekere domeinen van gestructureerde en gestandaardiseerde dataverwerking in het EMD werd navraag gedaan naar de volgende elementen in het dossier: deelcontacten aanmaken, linken aan zorgelementen, reden van contact, vitale

parameters, diagnose, voorgeschiedenis, allergieën, vaccinatie en SumEHR. Onderstaande tabel geeft de proporties bevattelijk weer.

	Ja (%)	Nee (%)
Ik maak deelcontacten aan	79,8	20,2
Ik link mijn (deel)contacten aan zorgelementen	59,6	40,4
Ik geef de reden van consult op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier in	77,9	22,1
Ik geef vitale parameters op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier weer	100	0
Ik geef diagnoses op een gestructuureerde en gestandaardiseerde manier in	95,2	4,8
Ik geef de medische voorgeschiedenis op een gestructureerde en gestandaarde manier in	90,4	9,6
Ik documenteer allergieën op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier	87,5	12,5
Ik registreer vaccinaties zodat ze kunnen geraadpleegd worden via Vaccinnet	94,2	5,8
Ik controleer of de patiënt reeds een SumEHR heeft en maak deze zo nodig aan	72,1	27,9

Tabel 2 Specifieke domeinen van gestructureerde en gestandaardiseerde dataverwerking in het EMD

Discussie

Studiepopulatie

Ondanks dat de studiepopulatie significant verschilde van de algemene populatie huisartsen en huisartsen in opleiding voor wat betreft geslacht en leeftijd, zijn er toch relevante uitspraken te doen in verband met de intentie, de attitude en het gedrag ten opzichte van gestructureerde en gestandaardiseerde verwerking van gegevens.

Bij de gemiddelde tijd die wekelijks gespendeerd werd aan het in orde houden van patiëntendossiers werd een grote spreiding waargenomen. Dit kan eventueel verklaard worden door het feit dat de vraag door de respondenten anders geïnterpreteerd werd. Zo was er een uitschieter in de gemiddelde wekelijkse tijd gespendeerd tijdens patiëntencontact van 60 uur. Dit zou erop kunnen wijzen dat het gehele patiëntencontact als gespendeerde tijd werd aanzien, terwijl het uiteraard niet realistisch is dat deze tijd effectief werd besteed aan het in orde houden van de patiëntendossiers. Wanneer men echter naar de mediaan (omdat deze niet beïnvloed wordt door uitschieters) van deze antwoorden kijkt, dan is er een mediaan van 10,8 uur tijdens patiëntencontact en 4,2 uur buiten patiëntencontact. Dit geeft een meer realistische weergave van de gespendeerde tijd aan het in orde houden van de dossiers.

In de studiepopulatie maakte het overgrote merendeel van de respondenten gebruik van het softwareprogramma CareConnect. Ook Daktari werd door een relatief groot deel van de respondenten gebruikt. Er werden in deze studie geen statistisch significante verschillen waargenomen tussen de beide softwarepakketten voor wat betreft tevredenheid, mogelijkheid om data te verwerken op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier en gebruiksvriendelijkheid om dit te doen.

Attitude

Voor wat betreft attitude ten opzichte van een gestructureerde en gestandaardiseerde manier van dataverwerking werden een aantal interessante vaststellingen gedaan. Zo vond meer dan de helft van de respondenten (57,7%) het fijn om vrije tekst te gebruiken om informatie op te slaan in het EMD. Deze resultaten zijn niet verwonderlijk gezien bepaalde zaken zoals de anamnese moeilijk vast te leggen zijn op een

gestructureerde en gestandaardiseerde manier. Mogelijks zouden zo teveel nuances verloren gaan.

Anderzijds was ook 82,7% van de respondenten akkoord of helemaal akkoord met de stelling ‘ik vind het fijn om data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier te verwerken’. Hieruit zou men kunnen opmaken dat de meeste huisartsen het belangrijk vinden om, naast het gebruik van vrije tekst, op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier data te verwerken waar mogelijk.

Ook voor wat betreft de attitude ten opzichte van het gebruiken van data voor meerdere doeleinden en ondersteuning bij de praktijkvoering bleek dat een grote meerderheid van de respondenten dit belangrijk vindt. Daarnaast bleek dat het grootste deel van de studiepopulatie data wil kunnen gebruiken voor het bewaken van de kwaliteit van de zorg in de praktijk.

Er werd tevens een statistisch significant verschil waargenomen tussen de groep die deelnam aan een registratiesysteem en de groep die hier niet aan deelnam voor wat betreft de attitude ten opzichte van het gebruik van vrije tekst en het gebruik van data voor meerdere doeleinden. Respondenten die wel deelnamen aan een registratiesysteem vonden het minder fijn om vrije tekst gebruiken en vonden het belangrijker dat data voor meerdere doeleinden gebruikt kunnen worden. Mogelijks zou dit te maken kunnen hebben met de gewoonte om data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier te verwerken, gezien dit een noodzaak is om deel te nemen aan dergelijke registratiesystemen.

Intentie

Bij navraag naar de intentie om data op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier te verwerken gaf telkens meer dan 80% van de respondenten aan dat hij of zij waar mogelijk data op een dergelijke manier wil verwerken en data wil hergebruiken waar dit mogelijk is.

Gedrag

Wanneer er gekeken wordt naar het gedrag omtrent het gestructureerd en gestandaardiseerd verwerken van data, geeft ongeveer een derde van de studiepopulatie aan dit altijd toe te passen. Tevens geeft net iets meer dan 60% aan data waar mogelijk altijd in te geven zodanig dat deze hergebruikt kunnen worden. Hierdoor zou kunnen aangenomen worden dat het merendeel van de studiepopulatie hun attitude en intentie ten opzichte van een gestructureerde en gestandaardiseerde manier van dataverwerking ook effectief in de praktijk omzetten.

Voor wat betreft het hergebruik van data lagen de waarnemingen lager. Iets minder dan de helft van de respondenten hergebruikt data waar dit mogelijk is.

Bij navraag naar specifieke zaken binnen het verwerken van data in het EMD valt op dat er op een aantal domeinen nagenoeg enkel gebruik gemaakt wordt van een gestructureerde en gestandaarde manier van dataverwerking. Zo gaven alle respondenten de vitale parameters op een dergelijke manier op de daarvoor bestemde plaats in. Ook voor wat betreft het ingeven van diagnoses, medische voorgeschiedenis, allergieën en vaccinaties deed 85% of meer dit op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier. Net geen 80% van de studiepopulatie maakte deelcontacten aan en gaf de reden van consult op een dergelijke manier in.

Op het vlak van het linken van (deel)contacten aan zorgelementen en het controleren of de patiënt reeds een SumEHR heeft en deze indien nodig aanmaken, ligt het aandeel van de studiepopulatie die dit doet opmerkelijk lager. Respectievelijk 59,6% en 72,1% van de populatie past deze principes toe.

Ondanks dat het linken aan een zorgelement kan toelaten om bepaalde informatie gemakkelijk terug te vinden en ervoor kan zorgen dat data hergebruikt kunnen worden, is het onduidelijk waarom minder respondenten gebruik maken van een dergelijke functionaliteit.

Ook de aandacht voor het aanmaken van een SumEHR ligt opmerkelijk lager wanneer men dit vergelijkt met het gedrag op de andere specifieke domeinen. Een SumEHR zou nochtans van grote waarde kunnen zijn wanneer men een patiënt voor het eerst

ziet of wanneer deze op de spoedgevallendienst belandt. Daarnaast is het aanmaken van SumEHR's ook een van de parameters voor de geïntegreerde praktijkpremie. Echter, de drempel om te voldoen aan deze parameter ligt slechts op 25% van de patiënten waarbij de huisarts de GMD-houdend huisarts is. Mogelijks ligt een andere verklaring voor deze lagere cijfers in het feit dat softwarepakketten ook automatisch een SumEHR kunnen aanmaken waardoor minder artsen aandacht besteden aan het controleren of dit ook daadwerkelijk gebeurd is.

Mogelijkheid tot verbetering

Zoals eerder in de literatuurstudie werd aangegeven, is er momenteel in de criteria voor de geïntegreerde praktijkpremie weinig stimulans om data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier te verwerken. Hier liggen er toch nog mogelijkheden om huisartsen meer te stimuleren om deze manier van dataverwerking toe te passen. Zo zouden de drempels voor het behalen van een bepaalde parameter verhoogd kunnen worden of zouden er aanvullende criteria kunnen toegevoegd worden. Op die manier zou de datakwaliteit in het EMD kunnen verhoogd worden en zouden de voordelen van het gestructureerd en gestandaardiseerd verwerken van data optimaal benut kunnen worden.

Conclusie

Het gestructureerd en gestandaardiseerd verwerken van data kan heel wat voordelen met zich meebrengen. Data kan, wanneer deze op een dergelijke manier verwerkt wordt, voorkomen dat men deze keer voor keer opnieuw moet invoeren. Verder kan het ervoor zorgen dat er ondersteuning is van 'decision support systems' en automatische processen op de achtergrond laten plaatsvinden. Tot slot kan het voor meerdere doeleinden gebruikt worden en, indien de setting dit toelaat, ook hergebruikt worden. Belangrijk daarbij is echter wel dat er, in een poging om dit waar mogelijk toe te passen, geen belangrijke gegevens verloren gaan, zoals nuances en data die niet in een gestructureerd en gestandaardiseerde vorm kunnen gegoten worden.

Via het TAM-model en de uitbreiding hierop, namelijk het model van Joukes et al., werd meer inzicht verkregen in de factoren die een invloed hadden op het gebruik van een gestructureerde en gestandaardiseerde wijze van dataverwerking. Er werd een vragenlijst opgesteld die peilde naar de attitude en intentie ten opzicht van COUMT enerzijds en naar het gestelde gedrag inzake dit principe anderzijds. Demografische gegevens werden nagevraagd om te toetsen of de studiepopulatie overeen kwam met de algemene populatie en om eventueel verklarende factoren voor de onderzoeksresultaten te identificeren.

Ondanks het gegeven dat de studiepopulatie statistisch significant verschilde van de algemene populatie, leverde dit onderzoek toch waardevolle data op in verband met de attitude, de intentie en het gedrag ten opzicht van het gestructureerd en gestandaardiseerd verwerken van data.

De vergelijking tussen de softwarepakketten onderling toonde geen verschil aan in tevredenheid omtrent het gebruikte softwareprogramma, de mogelijkheid om data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier te verwerken en de gebruiksvriendelijkheid hiervan. De kanttekening dat hier slechts 2 softwarepakketten met elkaar vergeleken werden, dient wel gemaakt te worden. Enkel voor CareConnect en Daktari waren er voldoende gebruikers binnen de studiepopulatie om een zinvolle vergelijking uit te voeren. Omtrent de andere softwarepakketten kan er dus geen uitspraak gedaan worden inzake deze stellingen.

Verder bleek uit de vragenlijst dat het merendeel van de respondenten een positieve attitude en intentie had ten opzichte van het gestructureerd en gestandaardiseerd verwerken van data. Doorheen alle vragen van deze vragenlijst kwam naar voor dat de meerderheid van de studiepopulatie een positieve attitude had inzake het gestructureerd en gestandaardiseerd verwerken van data, het mogelijk maken om data te hergebruiken, het inzetten van data voor meerdere doeleinden en het gebruik voor het bewaken van de kwaliteit in de praktijk. Daarnaast gaf de meerderheid aan een intentie te hebben om data op deze manier te verwerken. Respondenten die deelnamen aan een registratiesysteem stonden negatiever ten opzichte van het gebruik van vrije tekst en positiever ten opzichte van het gebruik van data voor meerdere doeleinden dan de algemene populatie.

Inzake het gedrag bij het verwerken van data in het EMD werd waargenomen dat op het vlak van gestructureerd en gestandaardiseerd data opslaan en het invoeren van data om later te kunnen hergebruiken ongeveer tweederden van de populatie dit altijd probeert na te streven. Slecht een kleine minderheid gaf aan dit nooit te doen. Net iets minder dan de helft van de studiepopulatie hergebruikt data altijd wanneer hier de mogelijkheid toe is.

Wanneer er gekeken werd naar specifieke domeinen binnen de dataverwerking in het EMD viel op dat er vooral nog vooruitgang te boeken valt op vlak van het linken van (deel)contacten aan zorgelementen en het controleren of er al dan niet een SumEHR werd aangemaakt en deze indien nodig aan te maken. Het optrekken van de drempel voor de praktijkpremie zou hierin mogelijks een toename kunnen betekenen. Voor de overige domeinen kwam naar voor dat de respondenten in grote mate data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier verwerkten.

Deze studie peilde naar de haalbaarheid van een gestructureerde en gestandaardiseerde wijze van dataverwerking om eventueel systemen te kunnen ontwikkelen die huisartsen ondersteunen om de administratieve last te verminderen. Hieruit kwam voort dat er zeker een positieve attitude ten opzichte van deze manier van dataverwerking is en dat er ook de intentie heerst om het COUMT-principe ten uitvoer te brengen. Hoewel een aantal punten verbetering in zich dragen, kan er

geconcludeerd worden dat dit principe een grote rol speelt bij de dataverwerking in het EMD.

Indien ook beleidsmatig nog meer aangezet zou worden om gegevens op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier te verwerken, zou dit kunnen betekenen dat meer artsen op meer domeinen gebruik zouden maken van een dergelijke manier van dataverwerking. Het bewaken van de datakwaliteit is hierin ook een belangrijk gegeven.

Het is alvast een positief gegeven dat de jongere huisartsen positief staan tegenover het gestructureerd en gestandaardiseerd verwerken van data. Dit geeft aan dat, waar mogelijk, het verwerken van gegevens volgens het COUMT-paradigma een haalbare zaak is. Op basis hiervan zouden softwareontwikkelaars nieuwe systemen kunnen ontwikkelen om bepaalde processen automatisch te laten verlopen. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat de administratieve belasting voor huisartsen kan dalen.

Literatuurlijst

[1] Rijnen Wil. Het Elektronisch Medisch Dossier of EMD [internet] Geraadpleegd via: https://www.domusmedica.be/expertisedomein/ict/het-elektronisch-medisch-dossier-emd [Geraadpleegd 2021 8 augustus].

[2] Ghazisaeedi M., Mohammadzadeh N., Safdari R. Electronic Health Record (EHR) As a Vehicle for Successful Health Care Best Practice. Med Arch. 2014;68(6):419-21.

[3] RIZIV. Uitleg bij de voorwaarden voor de geïntegreerde praktijkpremie huisartsgeneeskunde [internet] [Geraadpleegd 2021 9 augustus].

[4] Joukes E., Cornet R., de Keizer N., de Bruijne M. Collect Once, Use Many Times: End-Users Don't Practice What They Preach. Stud Health Technol Inform. 2016;228:252-6.

[5] Medicine Institute of. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM, editors. Washington, DC: The National Academies Press; 2004. 550 p.

[6] eHealth-platform. Standaarden [internet] Geraadpleegd via: https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/nl/standaarden [Geraadpleegd 2021 9 augustus].

[7] Federale overheidsdienst volkgezondheid veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES – 10th REVISION – CLINICAL MODIFICATION (ICD-10-CM) [internet] Geraadpleegd via: https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/delen-van-gezondheidsgegevens/terminologiecentrum/terminologiestelstels/icd-10-cm [Geraadpleegd 2021 9 augustus].

[8] Corilus. Vaccinatiecampagne [internet] Geraadpleegd via: https://careconnectmanual.corilus.be/nl/faq/vaccinatiecampagne [Geraadpleegd 2021 9 augustus].

[9] Joukes E., Cornet R., de Bruijne M. C., de Keizer N. F., Abu-Hanna A. Development and validation of a model for the adoption of structured and standardised data recording among healthcare professionals. BMC Med Inform Decis Mak. 2018;18(1):54.

[10] Rahimi B., Nadri H., Lotfnezhad Afshar H., Timpka T. A Systematic Review of the Technology Acceptance Model in Health Informatics. Appl Clin Inform. 2018;9(3):604-34.

[11] Charnock V. Electronic healthcare records and data quality. Health Info Libr J. 2019;36(1):91-5.

[12] De Moor Georges J. E., Van Maele Georges. Inleiding tot de biomedische statistiek. 4e herziene druk ed: Leuven : Acco; 2014.

[13] Federale overheidsdienst volkgezondheid veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. HWF STATAN 2021 (detailstatistieken) [internet] Geraadpleegd via: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/hwf-statan-2021-detailstatistieken [Geraadpleegd 2021 9 augustus].

Bijlagen

Goedkeuring Ethische Commissie UZ Gent

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Diego Schrans
Huisartsengeneeskunde - HAG
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-11461	NVT	29/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"'Collect once, use many times' in het EMD, een haalbaar principe? - MaNaMa Jens Kockx"

B.U.N.: wet nvt
EudraCT:
Fase (Phase):

*Begeleidende brief dd. 1/12/2021
*Adviesaanvraagformulier dd. 1/12/2021
*Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier versie 1.1 dd. 1/12/2021
*Protocol versie 1.1 dd. 1/12/2021
*Vragenlijsten versie 1.1 dd. 1/12/2021

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. Diego Schrans

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 28/12/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 28/12/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 28/12/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 28/12/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT

UNIVERSITEIT

Universitair
C. Heymansl

° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
° *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
° *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
° *All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

UZ GENT UNIVERSITEIT Universitair C. Heymansl

Ledenlijst op 28/12/2021

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

UZ GENT UNIVERSITEIT Universitair C. Heymansl

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: 'Collect once, use many times (COUMT)' in het EMD, een haalbaar principe?

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit kan via het emailadres jens.kockx@ugent.be . Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om door middel van het aanvinken van het vakje 'ik heb bovenstaande informatie gelezen en ik ga akkoord.' uw toestemming te geven.

1. Beschrijving en doel van de studie

Deze scriptie zal de haalbaarheid van het principe 'Collect once, use many times (COUMT)' voor gebruik in het EMD (Elektronisch Medische Dossier) onderzoeken. Deze functionaliteit vergt enerzijds het technische aspect binnen het EMD en anderzijds de bereidwilligheid van de huisarts om volgens een bepaalde manier data te verwerken.

Om zicht te krijgen op de haalbaarheid van dit principe zal er gebruik gemaakt worden van een kwantitatief onderzoek door middel van een elektronische vragenlijst. Deze zal enerzijds peilen naar de bereidwilligheid om volgens het principe van 'enter once, use for different reasons' te werken en anderzijds het huidige gedrag ten aanzien van dit principe in kaart brengen.

In het eerste deel van de vragenlijst worden enkele demografische gegevens nagevraagd, teneinde in de analyse verschillen in bereidwilligheid en in huidig gedrag te kunnen verklaren (bijvoorbeeld geslacht, leeftijd…). In het tweede deel van de vragenlijst wordt gepeild naar de bereidwilligheid om het principe toe te passen. Enerzijds wordt met enkele vragen naar de attitude van dit principe gepeild, anderzijds wordt met enkele vragen naar de intenties ten opzichte van dit principe gepeild. In het laatste deel van de vragenlijst wordt tenslotte navraag gedaan naar het huidige gedrag ten aanzien van dit dataverwerkingsprincipe.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 5 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de

Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Diego Schrans en Prof. Dr. Pascal Coorevits.

2. Toestemming en weigering

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt tevens op ieder moment stoppen met het invullen van deze vragenlijst. Uw antwoorden zullen enkel opgeslagen worden indien u de volledige vragenlijst doorloopt en beantwoordt.

3. Voordelen

Deelname aan deze studie brengt voor u geen medisch of ander voordeel met zich mee.

4. Kosten

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) of (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal geanonimiseerd worden (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar u als persoon). Enkel de geanonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” gelezen en begrepen.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

- ❑ ik heb bovenstaande informatie gelezen en ik ga akkoord.

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

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

1. Titel van het onderzoek

[Een titel in het Nederlands is vereist. De Engelse titel mag bijkomstig toegevoegd worden.]

'Collect once, use many times' in het EMD, een haalbaar principe?

☐ retrospectief ☒ prospectief

2. Gegevens van de begeleidende en superviserende onderzoekers

Promotor

- NAAM: DR. DIEGO SCHRANS
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 28
- FAX:
- E-MAIL: DIEGO.SCHRANS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. SARA WILLEMS

Co-Promotor

- NAAM: PROF. DR. PASCAL COOREVITS
- FUNCTIE: HOOFDDOCENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: VOLKGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 89 26
- FAX:
- E-MAIL: PASCAL.COOREVTITS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. SARA WILLEMS

3. Gegevens van de onderzoeker, huisarts-in-opleiding.

- NAAM: KOCKX JENS
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0499287032
- E-MAIL: JENS.KOCKX@UGENT.BE

4. Gegevens van de opleidingspraktijk van de huisarts-in-opleiding.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. PETER VERSYCK
- ADRES: LEOPOLD II-LAAN 9, 8420 WENDUINE
- TELEFOONNUMMER: 050 41 46 07
- E-MAIL: DOKTERVERSYCK@GMAIL.COM

5. Soort onderzoek

☐ Patiëntengegevens verzamelen die klinisch standaardgegevens zijn
(= geen enkel aanvullend onderzoek, bloed- of andere staalafname)
☐ Interventioneel onderzoek
Specifieer interventie:

☒ Vragenlijsten (gelieve deze eveneens voor te leggen aan het CME)
☐ Interview (gelieve de vragen eveneens voor te leggen aan het CME)
☐ Retrospectief onderzoek
☐ Gegevensverzameling van patiënten door u persoonlijk behandeld.
☐ Gegevensverzameling van een groep patiënten van de opleidingspraktijk waar u stage loopt waarbij u niet bij de behandeling betrokken was.

6. Geef een korte samenvatting van het protocol (in het Nederlands, minimum 30 zinnen/ een halve pagina en maximum één pagina), verstaanbaar voor mensen niet gespecialiseerd in de materie. Verwijs niet naar een bijgevoegd protocol. Gebruik geen afkortingen.

Deze scriptie zal de haalbaarheid van het principe 'Collect once, use many times' voor gebruik in het EMD (Elektronisch Medische Dossier) onderzoeken. Deze functionaliteit vergt enerzijds het technische aspect binnen het EMD en anderzijds de bereidwilligheid van de huisarts om volgens een bepaalde manier data te verwerken. De bereidwilligheid van de huisartsen zal tevens vergeleken worden met het huidige gedrag dat de huisartsen stellen tijdens het verweken van data.

Om zicht te krijgen op de haalbaarheid van dit principe zal er gebruik gemaakt worden van een kwantitatief onderzoek door middel van een elektronische vragenlijst. Deze zal enerzijds peilen naar de bereidwilligheid om volgens het principe van 'enter once, use for different reasons' te werken en anderzijds het huidige gedrag ten aanzien van dit principe in kaart brengen.

De vragenlijst zal naar huisartsen in Vlaanderen worden gestuurd. Het streefdoel is om hiermee 250 respondenten te bereiken. De verspreiding van de vragenlijst zal gebeuren via de regionale wachtkringen, het ICHO, Domus Medica en social media. Deelname aan het onderzoek is volledig vrijwillig en men kan op elk moment beslissen om de vragenlijst niet verder te doorlopen. De eerder ingevulde antwoorden zullen in dit geval niet bewaard worden.

De vragenlijst werd aangemaakt na literatuuronderzoek in verband met deze materie en is toegevoegd aan deze aanvraag. In het eerste deel van de vragenlijst worden enkele demografische gegevens nagevraagd, teneinde in de analyse verschillen in bereidwilligheid en in huidig gedrag te kunnen verklaren (bijvoorbeeld geslacht, leeftijd...). In het tweede deel van de vragenlijst wordt gepeild naar de bereidwilligheid om het principe toe te passen. Enerzijds wordt met enkele vragen naar de attitude van dit principe gepeild, anderzijds wordt met enkele vragen naar de intenties ten opzichte van dit principe gepeild. In het laatste deel van de vragenlijst wordt tenslotte navraag gedaan naar het huidige gedrag ten aanzien van dit dataverwerkingsprincipe.

Respondenten zullen een emailadres kunnen opgeven om een elektronische versie van de afgewerkte scriptie te kunnen ontvangen. Het al dan niet invullen van een emailadres is volledig vrijblijvend. Deze gegevens zullen niet gekoppeld worden aan de antwoorden op de vragenlijst, waardoor de onderzoeker de antwoorden niet zal kunnen koppelen aan de identiteit van een respondent. Verder worden naast enkele demografische gegevens geen persoonsgegevens gevraagd.

Als platform voor het aanmaken van de vragenlijst en het verwerken van de resultaten zal het REDCap platform van het UZ Gent gebruikt worden. Statistische analyse zal gebeuren met SPSS. De gebruikte statistische methode zal vraag per vraag bekeken worden.

Er zullen in geen geval kosten zijn voor de respondenten

7. Gegevens over (meerdere keuzes zijn mogelijk)

- ☒ Volwassenen in staat om toestemming te geven
- ☐ Volwassenen niet in staat om toestemming te geven
- ☐ Minderjarigen
- ☐ Studie in urgentiesituatie
- ☐ Gegevensverzameling van patiënten die niet langer in follow up naar de arts of het ziekenhuis komen en/of ondertussen overleden zijn.

8. Gegevens over

- ☐ Gezonden
- ☐ Zieken
  Lijdend aan:

- ☒ Personeel, studenten
  Nader omschrijven: huisartsen in Vlaanderen

- ☐ Geslacht
  - ☐ Man
  - ☐ Vrouw

9. Hoe worden deze deelnemers gerekruteerd?

DE VERSPREIDING VAN DE VRAGENLIJST ZAL GEBEUREN VIA DE REGIONALE WACHTKRINGEN, HET ICHO, DOMUS MEDICA EN SOCIAL MEDIA

10. Totaal aantal deelnemers in de studie in België?

- ☐ In het UZ Gent:
- ☒ Andere locatie: 250

Opgelet: het experiment is enkel verzekerd voor het aantal dat hier opgegeven wordt.
Indien men extra deelnemers wil includeren, zal men dat via een amendement moeten aanvragen.

11. Periode van het onderzoek (begin- en einddatum maand/jaar) (bij retrospectieve studie graag ook de periode van datacollectie vermelden)

Vanaf goedkeuring EC – woensdag 1 september 2021

Let wel op: elk experiment op mensen na de einddatum is niet meer gedekt door de verzekering zodat op dat ogenblik u in overtreding bent met de wettelijke beschikkingen.
U kan een verlenging van het experiment bij de Commissie voor Medische Ethiek aanvragen.

12. Wie is de opdrachtgever?

Faculteit geneeskunde Universiteit Gent (= faculteit promotor)

13. Verzekering

In principe is het de verzekering van de universiteit waaraan uw promotor verbonden is waardoor u gedekt bent. Wanneer u en/of uw promotor een andere verzekering hebben afgesloten, gelieve dan de verzekeringspolis in bijlage bij te voegen.

14. Het onderzoek is monocentrisch? Indien er meerdere ethische comités betrokken zijn gelieve multicentrisch aan te duiden. Dit is enkel van toepassing als het desbetreffend centrum over een ethisch comité beschikt. De onderzoeker dient op voorhand na te gaan of het centrum waar het onderzoek doorgaat over een ethisch comité beschikt.

☒ ja

☐ neen
Welke centra nemen hieraan nog deel? (Naam, adres, tel., fax en e-mail van andere Commissies voor Medische Ethiek die meewerken aan het onderzoek + naam van de lokale onderzoeker):

15. Toegang tot het elektronisch patiëntendossier vereist (student)?

☐ ~~Ja~~

☐ Nee

16. Wordt voor dit onderzoek een informed consent gevraagd aan de patiënt voor inzage van dossier, afnemen vragenlijsten/interview (steeds het IC ter goedkeuring aan het CME voorleggen)

☒ ja

Indien u voor deze studie een nieuw informatie- en toestemmingsformulier opmaakt moet de template van HIRUZ (versie: v20200324) gebruikt worden. Deze documenten vindt u terug via http://hiruz.be/templates/

☐ neen (argumenteren waarom niet)

Ik verklaar de gehele verantwoordelijkheid van het hierboven vermeld project op mij te nemen en bevestig dat voor zover de huidige kennis het toelaat, de gegeven inlichtingen met de werkelijkheid overeenstemmen.

Huisarts-in-opleiding

datum
01/12/2021

naam
Kockx Jens

handtekening

Praktijkopleider

PRAKTIJKOPLEIDER :
DATUM : 01/12/2021
NAAM : DR. PETER VERSYCK
HANDTEKENING :

Dr VERSYCK P.
Leopold II laan 9 Wendu
1-36796-71-004

Promotor

PROMOTOR
DATUM : 6/12/21
NAAM : DR. DIEGO SCHRANS
HANDTEKENING :

Vakgroepvoorziter Huisartsengeneeskunde

(Enkel van toepassing voor onderzoek met als opdrachtgever Universiteit Gent)
datum
6 december 2021

naam
Prof.dr. Sara Willems

handtekening
Prof.dr. Sara Willems

VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID
EN EERSTELIJNSZORG
UNIVERSITEIT GENT
CAMPUS UZ GENT – 6K3
Corneel Heymanslaan 10
B-9000 GENT
TEL. +32(0)9 332 36 28

Vragenlijst voor de huisartsen en huisartsen in opleiding

Demografische gegevens

De mogelijke antwoorden op deze vragen worden in rood aangegeven. Er wordt navraag gedaan naar deze gegevens om enerzijds de studiepopulatie te kunnen vergelijken met de volledige populatie huisartsen. Anderzijds kan met deze vragen trachten te achterhalen of er een statistisch verband bestaat tussen een bepaald antwoord op deze vraag en verschillen in bereidwilligheid en/of gedrag ten aanzien van 'insert once, use for different reasons'.

- Geslacht? M/V/X
- Leeftijd? Numerieke waarde
- Aantal jaren praktijkervaring? Numerieke waarde
- Welk softwarepakket voor het beheren van het EMD gebruikt u? Dropdown menu met de goedgekeurde softwarepakketten.
- Hoe tevreden bent u over uw softwarepakket (1 = helemaal niet akkoord, 2 = niet akkoord, 3 = neutraal, 4 = akkoord, 5 = helemaal akkoord)
- Mijn softwarepakket biedt de mogelijkheid om data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier in te geven/te verwerken… (1 = helemaal niet akkoord, 2 = niet akkoord, 3 = neutraal, 4 = akkoord, 5 = helemaal akkoord)
- Mijn softwarepakket is gebruiksvriendelijk om data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier in te geven/te verwerken… (1 = helemaal niet akkoord, 2 = niet akkoord, 3 = neutraal, 4 = akkoord, 5 = helemaal akkoord)
- Hoeveel uren besteedt u gemiddeld per week aan het in orde houden van uw medische dossiers tijdens patiëntencontact? Numerieke waarde
- Hoeveel uren besteedt u gemiddeld per week aan het in orde houden van uw medische dossiers buiten het patiëntencontact? Numerieke waarde
- Werkt u reeds mee in een registratiesysteem (Intego-project, huisartsenpeilpraktijk)

Bereidwilligheid ten opzichte van COUMT

Alle vragen kunnen worden beantwoord op een 5-punts Likert schaal (1 = helemaal niet akkoord, 2 = niet akkoord, 3 = neutraal, 4 = akkoord, 5 = helemaal akkoord). Hiermee wordt naar de bereidwilligheid gekeken ten aanzien van dit dataverwerkingsprincipe.

- Ik heb de gewoonte om vrije tekst te gebruiken om informatie op te slaan in het EMD.
- Ik vind het fijn om data op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier op te slaan in het EMD.
- Ik vind het belangrijk dat data voor meerdere doeleinden kunnen gebruikt worden (bijvoorbeeld studies, prioriteitenlijst COVID-vaccinatie, …)
- Ik wil zoveel mogelijk gegevens die eerder door mezelf/collega's in het dossier opgeslagen werden, hergebruiken.

- Ik wil dat data kunnen hergebruikt worden om de kwaliteit van de zorg in de praktijk te bewaken.
- Ik vind het belangrijk dat het EMD mij ondersteunt in mijn praktijkvoering (bijvoorbeeld automatische link naar BAPCOC bij diverticulitis)
- Ik wil data zoveel mogelijk op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier opslaan in het EMD.

Huidig gedrag ten opzichte van COUMT

- Ik sla data waar ik kan in het EMD op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier op. (Altijd, soms, nooit)
- Ik hergebruik zoveel als mogelijk data die eerder reeds door mij of door collega's in het EMD opgeslagen werd. (Altijd, soms, nooit)
- Ik voer mijn data zo in dat ikzelf/collega's deze data op een later moment in toekomst kan/kunnen hergebruiken. (Altijd, soms, nooit)

CASUS

Rik, een man van 46 jaar heeft een afspraak gemaakt. In de online agenda heeft hij genoteerd: "Ik ben een nieuwe patiënt wil graag kennismaken en heb enkele vragen".

Hij vertelt dat hij bijna een jaar geleden in de buurt van de praktijk is komen wonen. Tot nu toe ging hij nog naar zijn vorige huisarts in een gemeente 20 km verder. Hij zegt letterlijk "ik ga daar al van me toen ik kind was, ze kent heel mijn verhaal ", maar 20km lijkt toch te ver.

Tijdens de consultatie kom je vrij spontaan het volgende over hem te weten:

- Hij heeft regelmatig last van hooikoorts
- Hij is allergisch aan penicillines
- Hij neemt dagelijks medicatie voor een hoge bloeddruk
- Na een burn-out 5 jaar geleden is hij van een grote multinational naar een kleine KMO overgestapt en heeft daar een leidinggevende functie
-

Vandaag heeft 3 vragen mee voor jou:

- Zijn partner maakt zich zorgen over een vervelende hoest die hij nu toch al een aantal weken lijkt te hebben.
- Hij wil een verlengvoorschrift voor zijn bloeddruk- en hooikoortsmedicatie
- Er zou ook nog een jaarlijkse controle moeten gebeuren in het kader van zijn vroeger nierprobleem

- Ik maak meerdere deelcontacten aan indien er meerdere aanmeldingsklachten of problemen zijn (hoesten, herhalingsvoorschriften, controle nierprobleem) (ja/nee)
- Ik link mijn (deel)contacten aan een zorgelement (bijvoorbeeld 'astma'), zodanig dat ik alle informatie over een zorgelement vlot kan terugvinden. (ja/nee)
- Ik geef de reden van komst op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier in. (bijvoorbeeld "herhalingsvoorschrift medicatie") (ja/nee)

- Ik geef vitale parameters op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier in. (bijvoorbeeld bloeddruk, op de daarvoor bestemde plaats bij de parameters) (ja/nee)
- Ik geef diagnoses een gestructureerde en gestandaardiseerde manier in. (bijvoorbeeld ‘astma’ gecodeerd volgens de Belgische Thesaurus (3BT)) (ja/nee)
- Ik geef de medische voorgeschiedenis op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier in. (bijvoorbeeld “burn-out”, gecodeerd volgens de Belgische Thesaurus (3BT)) (ja/nee)
- Ik documenteer allergieën op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier. (Bijvoorbeeld allergie aan penicillines, waarbij je het product selecteert uit een lijst producten en niet als vrije tekst ingeeft.) (ja/nee)
- Ik registreer vaccinaties op een zodanige manier dat deze ook geraadpleegd kunnen worden via Vaccinnet. (ja/nee)
- Als GMD-houdende arts controleer ik of de patiënt reeds een SumEHR heeft en maak ik een SumEHR aan voor patiënten die dit nog niet hadden. (ja/nee)