Het gebruik van de preventiemodule in het EMD

De Jonghe Eline, UGent

Promotor: Prof. Dr. DereseAnselme, UGent
Co-promotor: Dr. Piessens Veerle, UGent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Voorwoord

Graag zou ik een woord van dank richten aan alle mensen die geholpen hebben bij het tot stand komen van deze masterproef.

In de eerste plaats wil ik mijn promotor, Prof. Dr. A. Derese en copromotor Dr. V. Piessens bedanken; niet enkel voor de kans om deze scriptie te maken, maar ook voor desteun en de feedback gedurende het schrijven er van.

Hiernaast wil ik ook mijn praktijkopleider, Dr K. Vanderlinden, bedanken. Zonder zijn medewerking was dit project niet mogelijk geweest.

Uiteindelijk wil ik ook mijn man, Karel, bedanken voor het grondig nalezen van deze scriptie en het corrigeren van taalfouten. En natuurlijk ook voor zijn steun en begrip tijdens het maken van deze masterproef.

Eline De Jonghe

Abstract

Het gebruik van de preventiemodule in het EMD.

Haio: Eline De Jonghe
UGent
Promotor: Prof. Dr. Anselme Derese
Co-promotor: Dr. Veerle Piessens
Praktijkopleider: Dr. Kris Vanderlinden

Context: Preventie is een belangrijk onderwerp in de gezondheidszorg. Heden maakt het Elektronisch Medisch Dossier het mogelijk om hier op een overzichtelijke manier aandacht aan te besteden. In onze praktijk bleek dat er slechts beperkt gegevens in het dossier terug te vinden waren omtrent preventie zodat besloten werd om hierrond een praktijkproject op te zetten.

Onderzoeksvragen: Bestaan er richtlijnen over een goede notitie en opvolging van preventieve handelingen via het EMD en wat is daarvan mogelijk binnen het in onze praktijk gebruikte pakket? In welke mate staan cervixkankerscreening, tetanusvaccinatie en rookstatus in de doelgroep van vrouwen tussen 25 en 65 jaar daarin reeds vermeld? Welk effect hebben de gebruikte interventies op het noteren (en opvolgen) van de preventieve handelingen in onze opleidingspraktijk?

Methode (literatuur & registratiewijze): Voor de literatuur werd gezocht in de databanken Medline/Pubmed, The Cochrane Library en op de websites van het WHO en Domus Medica. Verschillende combinaties van volgende key-words werden gebruikt: Electronic Health Records, Prevention, Reminder systems, Quality, Implementation, Use of HER, Screening en Vaccination. Via een FOCUS stappenplan en het doorlopen van een PDCA-cyclus werd een interventie opgesteld en uitgevoerd bij de doelgroep van vrouwen tussen 25 en 65 jaar met een actief GMD in de praktijk (292 personen). Hierbij stelden wij voor iedere persoon een werkplan op rond de rookstatus, de tetanusvaccinatie en de cervixkankerscreening.

Resultaten: De notitie van de rookstatus verbeterde van 1 op 100 personen naar 27 op 100. De notitie van de tetanusvaccinatie bleef na de interventie ongeveer gelijk (30 op 100 personen voor en 32 op 100 na de interventie). Bij de eindmeting kon men bij 26 vrouwen informatie met betrekking tot het laatste uitstrijkje terugvinden. Voor de interventie was hierover niets genoteerd in het dossier. De notitie is voor 2 van de 3 gekozen onderwerpen verbeterd, hoewel uiteindelijk nog steeds bij 3 op de 4 vrouwen de gegevens van de 3 onderzochte onderwerpen ontbreken in het dossier.

Conclusies: Een EMD-programma biedt voldoende mogelijkheden om meer aandacht te besteden aan preventie. In deze praktijk blijkt het belangrijk om op de preventieve handelingen attent te blijven, maar ook de verdere verkenning van de mogelijkheden van het EMD-programma blijft een uitdaging. Een globale strategie omtrent preventie dient opgesteld te worden. Indien het programma het toelaat om op een eenvoudige manier de GMD+vragenlijst te integreren in het patiëntendossier, is dit een stap die zeker overwogen moet worden. Dit kan zorgen voor een bredere aanpak van preventie in plaats van de 3 onderwerpen waar wij ons op gefocust hebben. Verlaten we het niveau van de praktijk, dan is er nood tot het aanpakken van de huidige EMD-markt en te streven naar een uniformer programma zodat het gebruik van de verschillende modules reeds vanuit de opleiding een gewoonte is. Het lijkt me ook noodzakelijk om te werken aan de communicatie tussen verschillende hulpverleners om zo te kunnen beschikken over alle gegevens van een patiënt.

E-mail: eline.dejonghe@ugent.be

ICPC-code: A98 preventie

Inhoudsopgave

Abstract
1 Inleiding 1
1.1 Praktijkproject 1
1.1.1 Voorstelling van de praktijk 1
1.1.2 Keuze van het thema 2
1.1.3 Onderzoeksvragen 2
1.1.4 Goedkeuring Ethische commissie 2
2 Literatuuronderzoek 3
2.1 Methodologie 3
2.2 Resultaten 3
2.2.1 Elektronisch medisch dossier 3
2.2.2 Preventie 5
3 Methodologie 11
3.1 Idee (FOCUS) 11
3.1.1 F: Find 11
3.1.2 O: Organise meeting 11
3.1.3 C: Clarify 11
3.1.4 U: Understand of Uncover 11
3.1.5 S: Start 12
3.2 Opzet/Plan (P) 12
3.2.1 Aangeboden mogelijkheden preventiemodule 12
3.2.2 Actieplan 13
3.3 Interventie (D) 16
3.4 Evaluatie (C) 17
4 Resultaten 18
4.1 Doelgroep 18
4.2 Cijfers van de metingen 18
5 Discussie 20
5.1 Interpretatie van de resultaten 20
5.2 Ervaring van beide onderzoekers 21
5.3 Ervaringen van gebruikers van andere EMD-programma's 21
5.4 Betekenis voor de praktijk 22
5.5 Ruimere betekenis 23
6 Conclusie 25
7 Referenties 26
8 Bijlagen: 28

1 Inleiding

Preventie is een belangrijk onderwerp in de gezondheidszorg, hoewel het in de dagelijkse huisartsenpraktijk soms wat naar de achtergrond verbannen wordt. Door een goed preventief beleid te voeren, kan men vaak morbiditeit en zelfs mortaliteit voorkomen.
Vandaag de dag is het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) een belangrijk praktijkinstrument dat de huisarts toelaat om een goed dossier bij te houden en meteen ook herinnerd te worden aan bepaalde preventieve handelingen.
Via dit onderzoek willen we de registratiegraad van preventieve handelingen in het EMD optimaliseren met het uiteindelijke doel te komen tot een betere preventieve aanpak in onze praktijk. Momenteel staan veel preventieve handelingen niet duidelijk genoteerd. Soms ontbreekt zelfs de mogelijkheid tot correcte notitie in het dossier. Nochtans is goede documentatie van patiëntengegevens een basis voor goede gezondheidszorg. De WHO zegt hierover: “the availability at the time of consultation of high-quality medical records is essential to continuity of care” (1).
In België heeft men hierop ingespeeld door het ontwikkelen van het GMD, het globaal medisch dossier. Het globaal medisch dossier omvat de socio-administratieve gegevens van de patiënt, zijn antecedenten, de chronische behandelingen, een lijst van problemen en verslagen van geneesheren-specialisten en andere zorgverstrekkers. Sinds april 2011 moet dit GMD ook een preventief luik bevatten, bestaande uit een checklist van de thema’s die voor een patiënt zullen worden opgevolgd (2). Voor de patiënten van 45 tot 75 jaar kan de bespreking en de opvolging van de checklist (zie bijlage 1) van de preventiemodule in het kader van het beheer van het GMD één keer per jaar door de huisarts geattesteerd worden tijdens een raadpleging of een bezoek (GMD+). Dit kan als een extra stimulans beschouwd worden om meer aandacht te besteden aan preventieve onderwerpen.

1.1 Praktijkproject

1.1.1 Voorstelling van de praktijk

De praktijk in dit onderzoek bestaat een reeds lange tijd doordat die van vader op zoon overging. Sinds 2011 ben ik hier, als eerste HAIO, bijgekomen. De praktijk is gelegen in het rustige Eke (Nazareth), in de landelijke rand rond Gent. Het is een praktijk die een gevarieerde populatie heeft, zowel jong als oud, met echter wel een groter aandeel sporters daar mijn praktijkopleider ook sportarts is. Deze patiënten hebben echter vaak geen GMD in onze praktijk en zullen geen deel uitmaken van de onderzoekspopulatie in dit project.

Er is geen praktijkassistent aanwezig, maar er wordt wel gebruik gemaakt van een telefonisch secretariaat voor de palnning van de raadplegingen in de praktijk. In de voormiddag zijn er vrije raadplegingen, 's avonds wordt er enkel op afspraak gewerkt.
In de praktijk wordt er met het EMD-programma 'Windoc' gewerkt.

1.1.2 Keuze van het thema

Voor deze masterproef zijn mijn praktijkopleider en ik op zoek gegaan naar thema's die ons beiden interesseerden. Daar ik interesse heb in preventie en mijn praktijkopleider de voordelen van het EMD graag wil optimaliseren, was de keuze snel gemaakt voor het onderwerp 'Het gebruik van de preventiemodule in het EMD'.

1.1.3 Onderzoeksvragen

In dit project willen we nagaan hoe goed preventieve handelingen reeds ingegeven worden in het EMD en hoe dit kan verbeterd worden in onze praktijk. De volgende onderzoeksvragen staan hierbij voorop:

- Wat is een goede aanpak voor notitie en opvolging van preventieve handelingen via het EMD en wat is mogelijk in het gebruikte pakket? Bestaan hier richtlijnen over?
- In welke mate staan cervixkankerscreening, tetanusvaccinatie en rookstatus in de doelgroep van vrouwen tussen 25 en 65 jaar reeds vermeld in het EMD?
- Welk effect hebben de gebruikte interventies op het noteren (en opvolgen) van de preventieve handelingen in deze opleidingspraktijk?

1.1.4 Goedkeuring Ethische commissie

Op 29/05/2012 werd dit praktijkonderzoek goedgekeurd door de Ethische commissie verbonden aan het UZ Gent. Daar het hier een onderzoek betreft op basis van gegevens uit een EMD van patiënten, diende er toestemming gevraagd te worden aan deze patiënten om hun gegevens te gebruiken. In bijlage kan u de brief vinden die via mail of via de post verstuurd werd naar alle patiënten uit de doelgroep. Zes patiënten gaven te kennen dat ze liever niet deelnamen. Deze werden dan ook uit het onderzoek geweerd. (Zie bijlage 2)

2 Literatuuronderzoek

2.1 Methodologie

- De opzoekvraag:

  Welke aanbevelingen bestaan er voor het verkrijgen van een goede notitie in het EMD?

  Op welke manier kan men preventieve handelingen opvolgen via het EMD?

  Wat zijn de huidige richtlijnen betreffende de gekozen onderwerpen?

- De gebruikte key-words:

  Verschillende combinaties van volgende termen: Electronic Health Records, Prevention, Reminder systems, Quality, Implementation, Use of HER, Screening, Vaccination

- De databanken waarin gezocht werd

  Medline/Pubmed, Cebam – The Cochrane library, WHO, Domus Medica

- De zoekstrategie

  Filters: laatste 10 jaar, Engels-Frans-Duits-Nederlands

- De selectie van de artikels: welke criteria?

  Eerst werden de titels doorlopen. Indien een titel interessant leek, werd het abstract gelezen. Gaf het abstract de indruk dat het artikel gebruikt kon worden, dan werd de volledige tekst doornomen. Bij de bruikbare artikels werd ook gekeken naar de 'related articles', referenties en citaties om via het 'watervalsysteem' tot bij nieuwe artikels te komen.

  Bij de selectie van het artikel werd er, naast de inhoud, ook gekeken naar het tijdschrift waarin het artikel werd gepubliceerd, naar het type onderzoek (review, meta analyse) en naar de grootte van de studie.

2.2 Resultaten

2.2.1 Elektronisch medisch dossier

Het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) is een belangrijk praktijkinstrument dat de huisarts kan gebruiken om een goed dossier bij te houden. Het EMD kan de arts onder andere attenderen op de bovenvermelde checklist en de items die opgevolgd moeten worden. Op die manier kan een "preventie op maat" worden gerealiseerd.

Het EMD wordt vaak aanzien als een goede basis om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De resultaten van studies hieromtrent zijn echter verdeeld. Een recente review van Holroyd-Leduc J.M. et al. besluit dat het EMD een gemengd effect heeft op onder andere klinische

uitkomsten.(3) In het algemeen blijkt dat het gebruik van een EMD slechts een minimaal positief effect heeft op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Nochtans hebben veel artsen de indruk dat er een duidelijk positief effect aanwezig is. In de studie van DesRoches et al. (2008) vermelden 82 tot 85% van de artsen die een EMD gebruiken positieve effecten op het leveren van zorg op lange termijn en op preventieve handelingen. Vooral artsen met een uitgebreid EMD merken deze effecten.(4)

2.2.1.1 EMD – Effectieve systemen

Uit verschillende studies is gebleken dat een EMD op zich niet voldoende is om een kwaliteitsvolle zorg te leveren, maar dat de onderdelen aanwezig in het dossier belangrijker zijn om een effect op de kwaliteit te verkrijgen.(5-6)

De markt van aanbieders van een EMD-softwarepakket is groot. Daarom is het moeilijk om een goed beeld te krijgen op de kwaliteit van de methodiek. Sommige overheden proberen hier iets aan te doen door een richtlijn op te stellen over hoe een EMD eruit moet zien. Ook in België heeft men hiervoor een checklist ontwikkeld. Zoals bepaald in het koninklijk besluit van 6 februari 2003 kan de gebruiker die een softwarepakket gebruikt dat beantwoordt aan de vastgelegde registratiecriteria een premie ontvangen. Deze registratiecriteria werden vastgelegd door het eHealth-platform in nauwe samenwerking met de vertegenwoordigers van de huisartsen en van de openbare instellingen (RIZIV en FOD Volksgezondheid) na raadpleging van de vertegenwoordigers van de softwareproducenten. Op deze manier probeert men een zekere kwaliteitscontrole uit te oefenen op de gebruikte systemen. In België komen 17 softwarepakketten hiervoor in aanmerking, wat toch nog altijd een grote versplintering betekent.(7)

In bijlage 3 kan men een uittreksel uit de registratiecriteria in verband met preventie terugvinden.

2.2.1.2 EMD – Kwaliteit van de gegevens

Om een effect te hebben op de kwaliteit van zorg, moet de kwaliteit van het EMD ook in orde zijn. Uit een Finse studie bleek dat slechts 1 op de 5 patiëntendossiers inhoudelijk als kwalitatief goed konden beschouwd worden. Zo was de reason for encounter vermeld in 79% van de gevallen, maar de voorgeschiedenis van de patiënt slechts in 32%. Hier vond men echter ook dat de kwaliteit van het dossier samenging met het programma dat ervoor gebruikt werd.(8)

In een review van de Cochrane Collaboration over het gebruik van het EMD om rookstop te ondersteunen, beschrijft men dat men pas een behandeling voor rookstop kan opstarten als men weet wie er rookt en in welke mate ze bereid zijn om te stoppen.(9) Uit een studie uit deze review bleek dat, vóór enige vorm van interventie, de rookstatus bekend was bij slechts

35 tot 37% van de patiënten.(10) De aanbeveling van Domus Medica omtrent rookstop spreekt over de strategie van de 5A's, waarbij de eerste A staat voor ask. De eerste stap is dus ook hier vragen of de patiënt rookt (en dit noteren in het dossier).(11)

2.2.1.3 EMD – Reminders

Om tot een goede preventieve opvolging te komen, dienen de gegevens aanwezig te zijn in het dossier, maar dient er ook een goede opvolging te gebeuren van deze gegevens. De manier waarop dit best kan gebeuren, is op verschillende wijzen onderzocht. Zowel patiënten- als artsenreminders zijn onderzocht, naar werkzaamheid en kosteneffectiviteit. Vann et al. onderzochten het effect van de patiëntenreminders op de immunisatiestatus in ontwikkelde landen. Hierbij bleken de meeste vormen werkzaam te zijn. De meest effectieve waren de telefoonoproepen, maar de best haalbare in de praktijk waren de oproepbrieven naar de patiënt, telkens er een preventief onderzoek diende uitgevoerd te worden.(12) In de American Journal of Preventive Medicine verscheen in 2000 een review over het gebruik van artsenreminder/recall systemen, eveneens in het kader van vaccinaties. Hier was er een verbetering van de immunisatiestatus met 1% tot 67% na invoeren van deze reminders.(13)
Shojania et al. keken het effect na van on-screen computer-reminders op processen en uitkomsten van zorg. Hierbij vonden ze kleine tot bescheiden veranderingen in het gedrag van de artsen, waaronder 3,8% beterschap bij vaccinaties en 3,8% voor het aanvragen van testen.(14)
In het praktijkverbeterend project van Dr. Marieke Geijsels werd aangetoond dat het instellen van een pop-up ter herinnering van een pneumokokkenvaccinatie op korte tijd tot een zeer grote verbetering van de vaccinatiegraad leidde (van 48,1% tot 77,8%). Ze nuanceert dit resultaat echter met het feit dat de verhoogde alertheid door het onderzoek in se verantwoordelijk kan zijn voor dit resultaat in plaats van de ingestelde pop-up.(15) In een Cochrane review van Thomas et al. over verbetering van de influenzavaccinatie bij 60-plussers besluit men dat er geen evidentie bestaat over het feit dat reminders aan artsen verbetering van de vaccinatiestatus brengen.(16)

2.2.2 Preventie

Aan de hand van 3 preventieve items willen we nagaan hoe de kwaliteit van de preventiemodule in ons medisch dossier is en hoe we dit met een interventie kunnen verbeteren.
We kozen voor de volgende items: de cervixkankerscreening, de rookstatus en de tetanusvaccinatie.

2.2.2.1 Preventie - Onderwerpen

Preventieve handelingen hebben tot doel de algemene gezondheidstoestand van een patiënt/populatie te verbeteren. De huisarts is een ideale partner om deze handelingen bij de patiënt toe te passen daar zij, vooral bij een jonge populatie, de enige gezondheidswerkers zijn waar deze populatie mee in aanraking komt.
Preventie kun je onderverdelen in 3 groepen. Primaire, secundaire en tertiaire preventie. Met onze onderwerpen slagen we er in om uit elke groep iets te halen (tetanusvaccinatie als primaire, Cervixkankerscreening als secundaire (deels primaire) en rookstatus als primaire of tertiaire). Hiernaast zorgt de keuze van de onderwerpen ervoor dat we aandacht besteden aan zaken die zeer frequent (roken) of juist zeer zeldzaam (tetanusinfectie) voorkomen. Cervixkanker kunnen we hiertussen plaatsen. Indien we effectief preventief willen werken, hebben wij als arts een grote verantwoordelijkheid om de tetanusvaccinaties op tijd te vernieuwen. Hierbij wordt er weinig inbreng van de patiënt verwacht. Bij het bespreken van de rookstatus ben je als arts daarentegen vooral afhankelijk van de medewerking en bereidheid van de patiënt. Het herhaaldelijk uitvoeren van een cervixuitstrijkje vraagt zowel van de arts als van de patiënt een inbreng.
Uiteindelijk hopen we dat wat we hieruit leren, we later ook kunnen extrapoleren naar andere preventieve handelingen (bv. van cervixkankerscreening naar borstkankerscreening).

2.2.2.2 Preventie – Doelgroep

De gekozen doelgroep zijn vrouwen van 25 tot en met 64 jaar, met een GMD in de praktijk. Dit is de periode waarin uitstrijkjes aan te raden zijn. Dit is reeds een goed afgelijnd gebied voor wie ook de 2 andere onderwerpen van toepassing zijn. Vanaf 25 jaar dient er een booster van tetanus gegeven te worden, daar dit niet meer systematisch via het onderwijs gebeurt. De rookstatus is enerzijds een belangrijk gegeven ter voorkoming van een trombose bij vrouwen die hormonale anticonceptie gebruiken, maar tevens ook een belangrijk onderwerp bij de iets oudere populatie in het kader van de preventie van hart- en vaatziekten, longkanker en COPD.

2.2.2.3 Preventie - Cijfers

In bijlage 4 vindt men een overzicht van het absoluut aantal overlijdens en het voor de leeftijd gestandaardiseerd sterftecijfer voor 8 doodsoorzaken in 2010 in het Vlaams gewest. Ziekten van het hart- en vaatstelsel, kanker en andere nieuwvormingen en ziekten van het ademhalingsstelsel vormen hier de top 3. Dit zijn net de 3 gebieden waar we in deze masterproef (rechtstreeks of onrechtstreeks) aandacht willen aan besteden.(17)

a) Cervixkankerscreening

Baarmoeder(hals)kanker was verantwoordelijk voor 8,3 op 100 000 overlijdens bij vrouwen in 2010.(17) In 2006 vermeldt het KCE dat de driejaars dekkingsgraad voor de Pap-screening bij vrouwen van 25 tot 64 jaar slechts 59% bedraagt, dit terwijl veel van de gescreende vrouwen overgescreend worden met een jaarlijks uitstrijkje.(18) In de studie van Mathias et al., uitgevoerd in de USA, bleek dat 66% van de vrouwen met een laag risico op baarmoederhalskanker sneller opnieuw een uitstrijkje kregen dan wat de richtlijnen aanraden (een interval van 3 jaar bij laag risico patiënten).(19)

In België gebeurt de screening op vraag van de patiënt of op aanraden van de arts, in tegenstelling tot de georganiseerde screening voor borstkanker. In landen waar de screening voor cervixcarcinoom ook georganiseerd verloopt, ziet men dat 80% van de doelgroep bereikt wordt. In Noorwegen bijvoorbeeld zag men een substantiële toename in deelname na de start van een georganiseerd programma in 1995, met een daling van de incidentie van invasieve kankers met 22%.(18)

b) Rookstatus

Als arts is het belangrijk om de rookstatus van uw patiënt te kennen. In België rookt 25% van de bevolking. In 2008 rookten 20.4% van de vrouwen ouder dan 15 jaar. Mannen zijn vaker roker (28%) en zijn ook vaker dagelijks roker (24%) dan vrouwen (respectievelijk 21% en 18%) en dit verschil manifesteert zich in alle leeftijdsgroepen. Ook is het percentage zware rokers hoger bij mannen (10%) dan bij vrouwen (6%). Mannen beginnen bovendien op jongere leeftijd op regelmatige basis te roken dan vrouwen (gemiddeld ongeveer 10 maanden vroeger).(20)

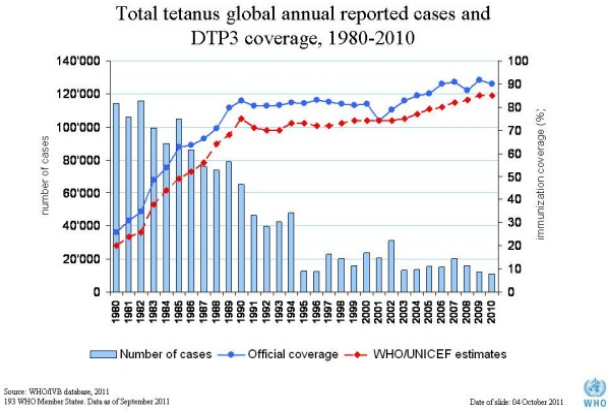
Roken heeft veel invloed op de gezondheid van de patiënt, maar ook op de werking van medicatie en op de omgeving van de patiënt. In 2010 stierven 93,77 op 100 000 mannen en 24,64 op 100 000 vrouwen aan longkanker. Hierbij zien we een daling bij de mannen en een stijging bij de vrouwen in vergelijking met de cijfers uit 2003.(17) Hiernaast hebben we nog de effecten van roken op onder andere hart- en vaatziekten en de ontwikkeling van COPD, welke ook zorgen voor een voortijdig sterven (zie tabel 1).(21)

	Mannen			**Vrouwen**		
Oorzaak	35-69	70+	Totaal	35-69	70+	Totaal
Longkanker	2,8/2,9	2,7/2,9	5,5/5,8	0,3/0,5	0,2/0,5	0,5/1
Alle andere vormen van kanker	1,2/4,3	1,3/6,1	2,5/10,5	0,1/4,0	0,1/6,8	0,2/10,9
Hart- en vaatziektes	1,7/4,9	2,2/13	3,9/17,9	0,2/2,2	0,4/19	0,6/21,3
Luchtwegen	0,9/1,4	2,5/4,7	3,4/6,1	0,2/0,5	0,5/3,5	0,7/4
Alle andere aandoeningen	0,8/4,6	0,9/6,4	1,7/12,8	0,1/2,4	0,2/11	0,3/14,2
Alle oorzaken	7,4/18	9,6/33	17/53,2	1,0/9,6	1,5/41	2,4/51,7

Tabel 1: Impact van roken in België (2005)

c) Tetanus

Tussen 1954 en 1959 waren er 340 gevallen van tetanus in België. In 1959 heeft men de tetanusvaccinatie ingevoerd waardoor er bijvoorbeeld in de periode tussen 1994 en 1997 slechts zeven gevallen meer beschreven zijn. Dankzij een goede vaccinatiestrategie heeft men het aantal tetanusgevallen kunnen reduceren van 1/100 000 inwoners in 1920 naar 0,03/100 000 inwoners in 1997 (22).



Volgens de gezondheidsenquête 2008 gaf 58% van de vrouwen aan tegen tetanus gevaccineerd te zijn tegen 67% van de mannen (significant verschil na correctie voor leeftijd). De vaccinatiegraad varieert met de leeftijd:

- rond 80% tussen 15 en 24 jaar;
- rond 70% tussen 25 en 54 jaar;
- gevolgd door een progressieve vermindering om uiteindelijk 30% te worden bij personen van 75 jaar en ouder.(23)

2.2.2.4 Preventie – Richtlijnen

In 2010 bracht Domus Medica de Gezondheidsgids uit, een handleiding voor de preventieve module in het GMD die sinds 2011 verplicht is. Hierin staat duidelijk vermeld wie welke adviezen moet krijgen of welke screening er moet gebeuren en met welke intervallen dit herhaald dient te worden.(24) Voor onze masterproef is het belangrijk om deze intervallen te kennen als men, bij het invoeren van de gegevens, ook een planning wil maken voor de volgende screening of rappelvaccinatie. We hebben deze richtlijnen gevolgd, omdat we er van uitgaan dat er reeds een uitgebreid literatuuronderzoek gebeurd is bij het opstellen van deze gezondheidsgids. Hieronder vindt u een korte samenvatting van de richtlijnen, bruikbaar voor deze masterproef.

a) Cervixkankerscreening

De aanbeveling Cervixkankerscreening adviseert om bij alle vrouwen tussen 25 en 64 jaar die ooit seksueel actief geweest zijn, om de drie à vijf jaar een uitstrijkje te maken. Drie jaar na een vorig normaal uitstrijkje van voldoende kwaliteit wordt bij gelegenheid een nieuw onderzoek aangeboden. Als het vervolgonderzoek vijf jaar na het laatste uitstrijkje nog niet is gebeurd, dan moet de patiënte schriftelijk of telefonisch uitgenodigd worden. Een eerste normaal uitstrijkje van voldoende kwaliteit wordt na één jaar herhaald. De screening wordt stopgezet op 65 jaar indien de twee laatste uitstrijkjes normaal beoordeeld werden.

Vrouwen die om goedaardige redenen een hysterectomie ondergingen, hoeven geen uitstrijkjes meer te laten maken. Dit is dan ook belangrijk om te noteren in het dossier om herhaaldelijke herinneringsvragen naar screening door de arts bij deze vrouwen te voorkomen.

Afwijkende uitstrijkjes moeten een follow-up krijgen in overeenstemming met de meest recente richtlijnen van de Belgische Vereniging van Klinische Cytologie (hier minder van toepassing).(25)

b) Rookstatus

De rookstatus is een belangrijk onderdeel van de inschatting van het risico op hart- en vaatziekten. Domus Medica raadt aan om dit risico te berekenen bij alle patiënten tussen 40 en 75 jaar volgens het ABCDEF-algoritme, waarbij de C staat voor de rookstatus. Het is dus belangrijk dat dit in het dossier vermeld staat. Ook voor de jongere groep is dit belangrijk, omdat zij vaak gebruik maken van hormonale anticonceptie. Er wordt aangeraden om minimaal jaarlijks de rookstatus, zoals genoteerd in het dossier, te herevalueren.

c) Tetanusvaccinatie

De vaccinatie tegen tetanus/difterie wordt om de tien jaar herhaald. De bespreking van wat er moet gebeuren bij wonden, laten we hier buiten beschouwing.

- Is de laatste vaccinatie minder dan tien jaar geleden, dan wordt de volgende vaccinatie tien jaar na de laatste inenting gepland.
- Is de laatste vaccinatie meer dan tien jaar maar minder dan twintig jaar geleden, dan geeft de arts een booster dT en plant de volgende booster na tien jaar.
- Als de laatste vaccinatie meer dan twintig jaar geleden is en het volledige basisvaccinatieschema werd afgewerkt, dan worden twee inspuitingen gegeven met een interval van zes maanden.

- Als de laatste vaccinatie meer dan twintig jaar geleden is maar het basisvaccinatieschema is onvolledig afgewerkt of ongekend, dan start men een volledige difterie-tetanusvaccinatie, met een totaal van drie injecties volgens het schema 0, 1 en 12 maanden. Hierbij richt men zich vooral tot mensen geboren voor 1959.(22)

3 Methodologie

3.1 Idee (FOCUS)

3.1.1 F: Find

Zoals reeds eerder vermeld, werd het thema van deze masterproef gekozen op basis van de interesses van mijn praktijkopleider en mezelf.

3.1.2 O: Organise meeting

Het thema werd besproken tijdens het wekelijks overleg op vrijdagmiddag tussen mijn praktijkopleider en mijzelf. Daarnaast werd ook een overleg geregeld tussen mijn pormotor, co-promotor en mijzelf om het thema wat duidelijker in kaart te brengen.

3.1.3 C: Clarify

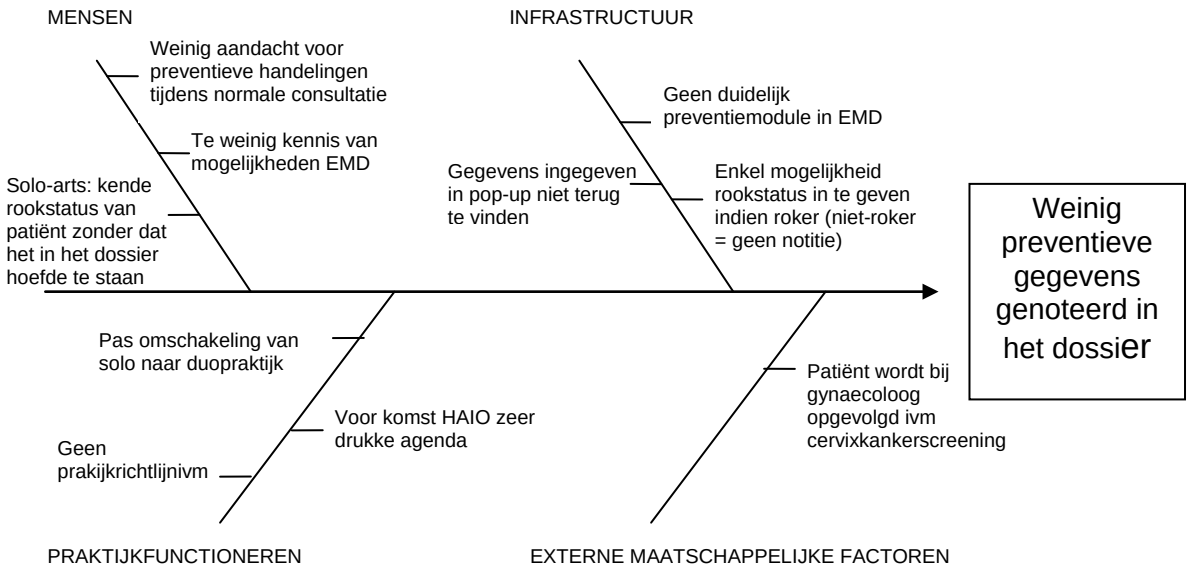
Tijdens deze meetings werd afgesproken om zich te focussen op 3 onderwerpen, namelijk de cervixkankerscreening, de rookstatus en de tetanusvaccinatie. Eerst was er sprake om nog een vierde onderwerp te bespreken, namelijk de pneumococcenvaccinatie bij mensen met splenectomie (specifiek tertiaire preventie). Maar aangezien geen enkele patiënt uit de doelgroep een splenectomie had ondergaan, werd er van dit luik afgezien. Tijdens deze meetings werd ook de doelgroep gedefinieerd, namelijk vrouwen van 25 tot en met 64 jaar, met een actief GMD in de praktijk (vernieuwd in 2011 of later).

3.1.4 U: Understand of Uncover

Hierna gingen we op zoek naar hoe de situatie op dat moment was en waar de problemen zich bevonden.

Via een steekproef werd een eerste stand van zaken opgesteld. Hierbij werd bij 100 willekeurige vrouwen uit de doelgroep gekeken wat er reeds in het dossier vermeld stond. Toen bleek dat bij geen enkele patiënt terug te vinden was wanneer er een uitstrijkje genomen werd. Hiernaast stond slechts bij 1 patiënt de rookstatus vermeld in het dossier. De situatie voor de tetanusvaccinatie was beter. Bij 30 patiënten kon de laatste vaccinatie teruggevonden worden. Hiervan waren er slechts 5 patiënten waarbij de vaccinatie reeds meer dan 10 jaar geleden was. Dit is beter dan het gemiddelde in Vlaanderen.

Via een visgraatanalyse konden enkele problemen geanalyseerd worden.



3.1.5 S: Start

Dit gebeurt via het volgen van de PDCA cyclus. (Zie volgend punt).

3.2 Opzet/Plan (P)

Uit de visgraatanalyse bleek onder andere dat de artsen niet volledig op de hoogte waren van de mogelijkheden van het EMD, maar tevens dat niet alles mogelijk was in het gebruikte EMD. Daarom werd er een kleine synthese gemaakt van de preventiemodule in het EMD en werd er gezocht naar mogelijkheden om toch alles in het dossier te krijgen.

3.2.1 Aangeboden mogelijkheden preventiemodule

Algemeen heeft Windoc ingespeeld op de noodzakelijke preventiemodule via het opstellen van een werkplan. Hier kan voor iedere patiënt individueel ingevuld worden wanneer men iets dient te vernieuwen of dient te controleren. Dit werd eigenlijk niet gebruikt in de praktijk. Het werkplan is gemakkelijk bereikbaar via een rechtstreekse link op het basisblad. De mogelijkheid bestaat om dit werkplan ook altijd als eerste zichtbaar te maken bij het openen van een dossier, zodat de aandacht gevestigd wordt op wat er nog gepland is bij deze patiënt.

Bij het openen van het dossier van een vrouw uit de doelgroep, verschijnt er een pop-up met volgende tekst: “Bij deze patiënt is geen cervixuitstrijkje gepland. Wenst u dit nu te doen?” met de opties ja en nee. Indien men drukt op ja kan men de datum ingeven wanneer dit gebeurd is en kan men onmiddellijk plannen wanneer het volgende dient te gebeuren. Dit kan men dan terug opvolgen in het werkplan. Plant men echter geen volgend uitstrijkje, dan verdwijnt de pop-up, maar is er ook niets terug te vinden in het werkplan.

In het gebruikte pakket is het enkel mogelijk om de rookstatus in te vullen indien een patiënt een roker is. Niet-rokers kan men dus niet uit dit pakket halen, omdat men er niet kan van uitgaan dat als de rookstatus niet ingevuld is, men geen roker is. Als men aanvinkt dat de patiënt roker is en hierbij het aantal sigaretten per dag ingeeft, dan verschijnen deze gegevens op het basisblad bij de risicofactoren.
Vaccinaties worden ingevuld via een rechtstreekse link op het hoofdblad. Daar krijg je een overzicht van de reeds gegeven vaccinaties in deze praktijk en kan je, als het correct ingegeven is bij het invullen van de gegeven vaccinatie, zien wanneer de volgende vaccinatie uitgevoerd dient te worden. Stel dat je vandaag de tetanusvaccinatie ingeeft bij een patiënt, dan kun je een nieuwe vaccinatie plannen na 10 jaar, wat dan terug zichtbaar wordt in het werkplan. Deze nieuwe planning kan je automatisch laten uitvoeren mits een kleine aanpassing van de eigenschappen.

3.2.2 Actieplan

a) Algemeen

In de algemene instellingen werd aangepast dat het werkplan geopend wordt bij het openen van het dossier (Opties -> instellingen -> pop-ups -> check werkplan bij openen dossier.)

Via vaccinaties werd het herplannen van de tetanusvaccinatie na 10 jaar aangepast, zodat dit nu automatisch gebeurt bij het ingeven van een nieuwe vaccinatie.

b) Opstellen basiswerkplan

Aangezien het programma het niet toelaat om een algemeen werkplan op te stellen voor een bepaalde doelgroep, werd bij elke patiënt uit de doelgroep individueel een geüpdate werkplan opgesteld voor de 3 onderwerpen (292 personen).

- Cervixkankerscreening: Via documenten werd opgezocht of er soms een uitstrijkje gebeurt bij de gynaecoloog en via de antecedenten werd gekeken of er geen contra-indicatie was (bv. totale hysterectomie). Hierna werd in het werkplan een nieuw werkplan geopend, genaamd “Uitstrijkje”, waarbij indien de datum van het laatste uitstrijkje gekend was, er na 3 jaar een nieuw gepland werd. Was er geen gekende datum, dan werd de uit te voeren datum vrij gelaten met de intentie om dit na te vragen bij de patiënt en dan het werkplan verder te vervolledigen. Indien er een contra-indicatie was of indien de patiënt bij de gynaecoloog opgevolgd werd, dan werd dit bij opmerkingen genoteerd.
- Rookstatus: Er werd een werkplan geopend, genaamd “Rookstatus”, ter herinnering voor het navragen van de rookstatus.

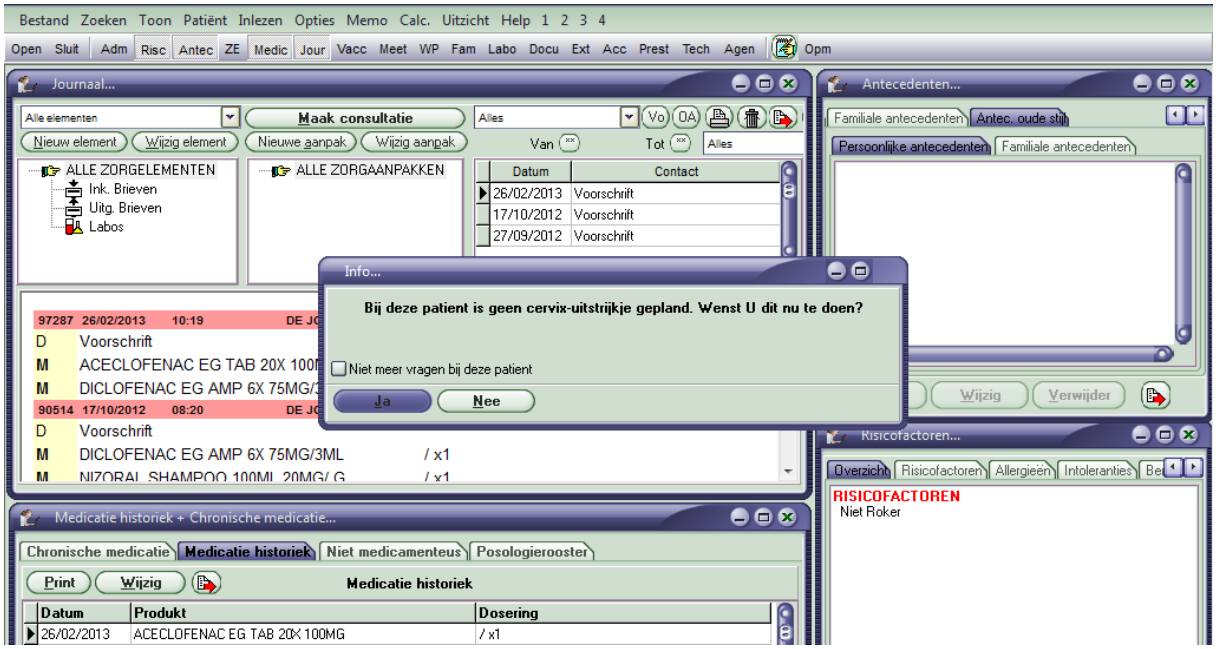
- Tetanusvaccinatie: Via vaccinaties werd gecontroleerd of er reeds een tetanusvaccinatie ingegeven was in het dossier. Indien ja, dan werd de vaccinatie herpland na 10 jaar. Indien nee, werd er zoals bij rookstatus een werkplan geopend, genaamd Tedivax, ter herinnering om de laatste vaccinatie na te vragen en te vervolledigen in het dossier.

c) Gegevens updaten

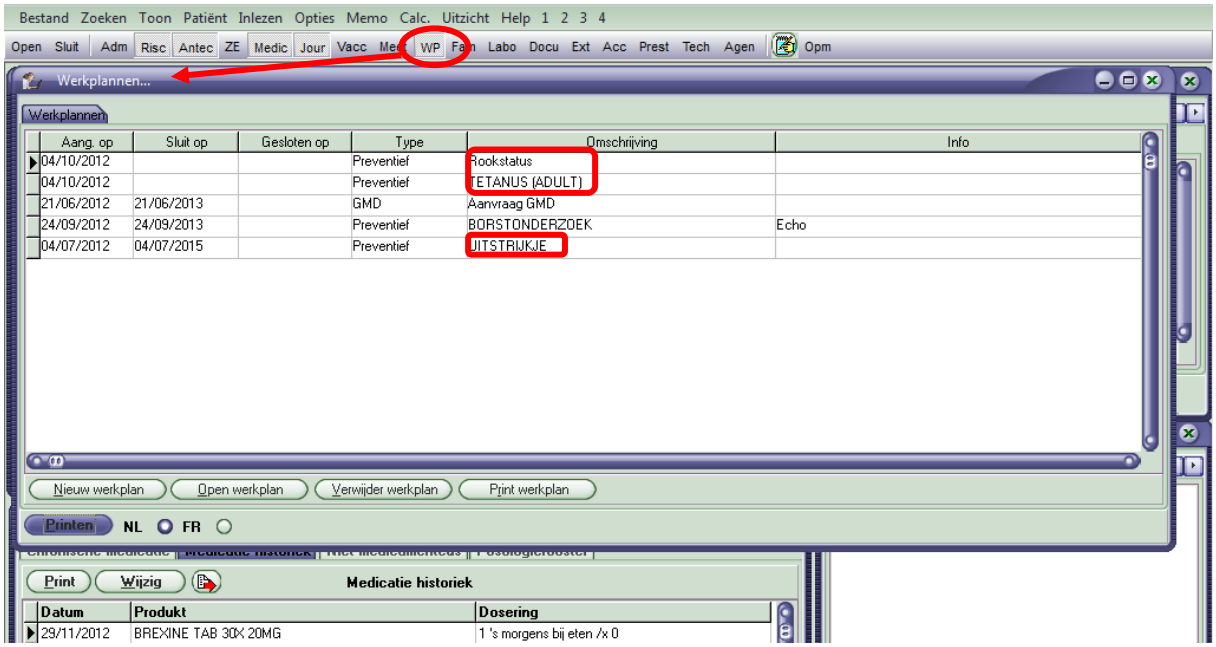
Bij elke consultatie zou men het werkplan moeten nakijken en aanvullen met inlichtingen van de patiënt indien er nog ontbrekende gegevens zijn.

- Cervixkankerscreening: Via pop-up: datum invullen + opnieuw plannen (Dit staat dan in het werkplan ingevuld). Of rechtstreeks via opgesteld werkplan: herplannen 3 jaar na datum van het laatste uitstrijkje.
- Rookstatus: Indien roker, via administratie -> rookgedrag: roker aanvinken en aantal sigaretten/dag invullen. Indien niet-roker: bij risicofactoren rechtstreeks niet-roker ingeven. In werkplan: preventief -> rookstatus na 1 jaar opnieuw vragen.
- Tetanusvaccinatie: Invullen via vaccinaties

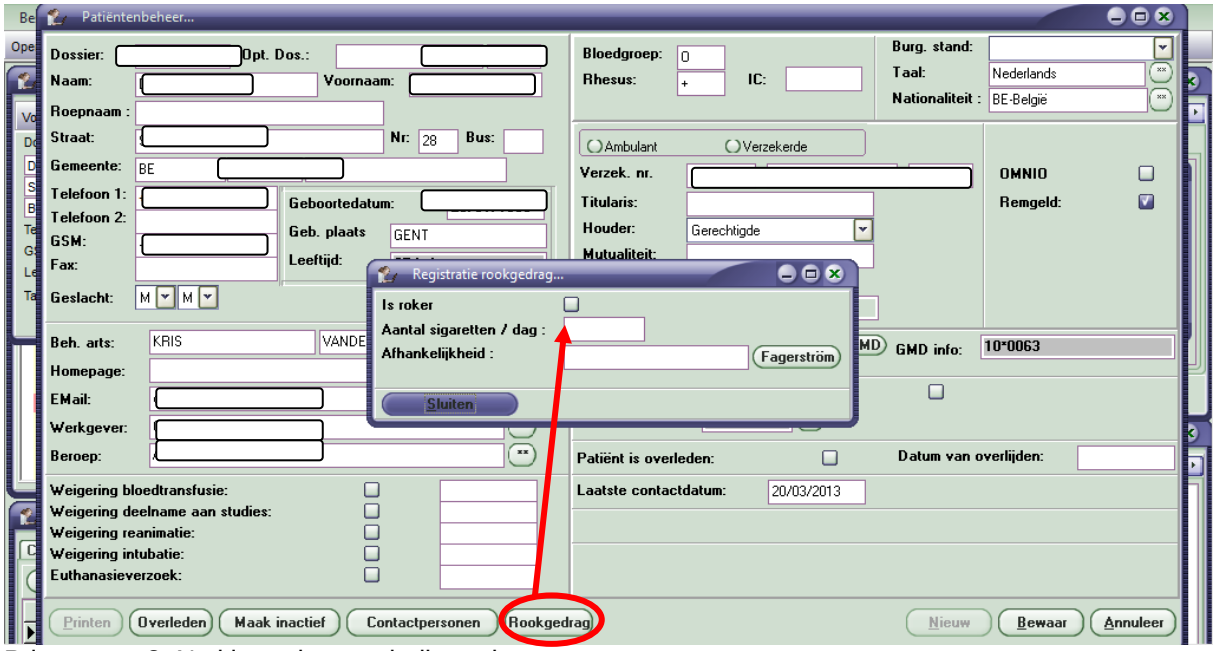
Hieronder volgen enkele printscreens ter illustratie.



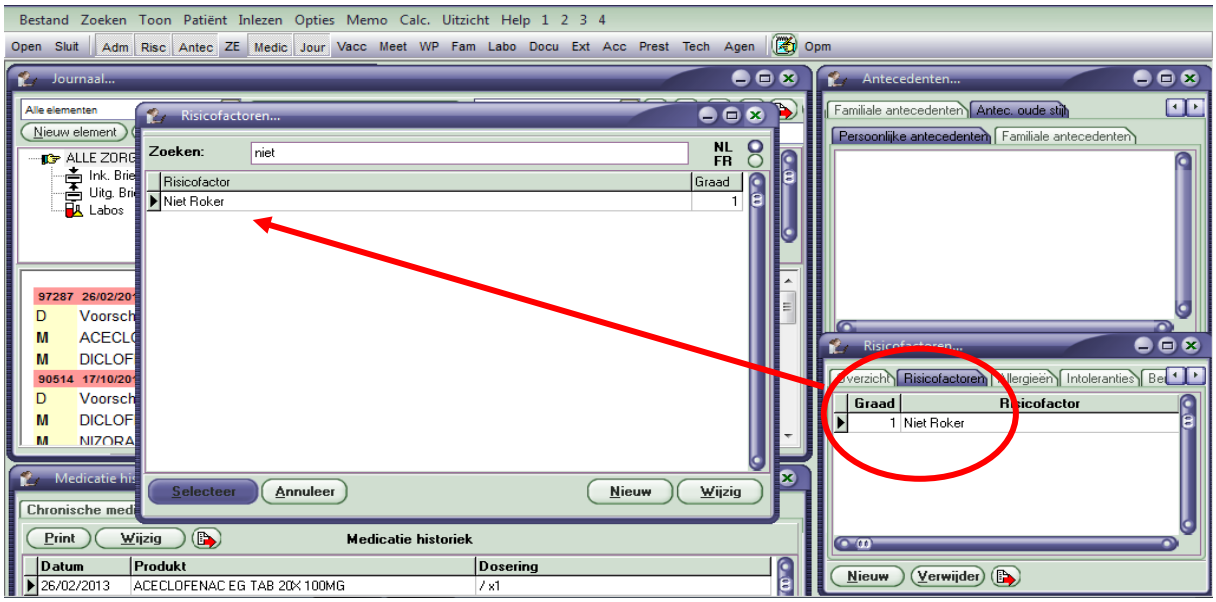
Printscreen 1: automatische pop-up in verband met cervixkankerscreening



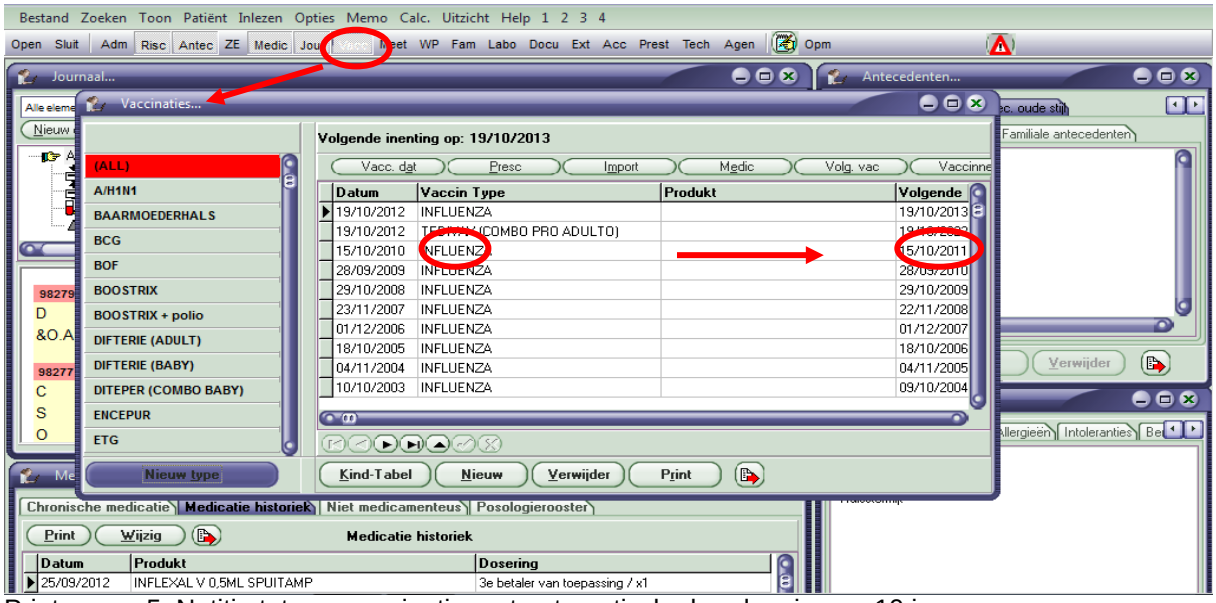
Printscreen 2: Het opgestelde werkplan



Printscreen 3: Notitie rookstatus indien roker



Printscreen 4: Notitie van rookstatus indien niet-roker



Printscreen 5: Notitie tetanusvaccinatie met automatische herplanning na 10 jaar

3.3 Interventie (D)

In september werd bij elke patiënt uit de doelgroep het werkplan vervolledigd zoals vermeld in het actieplan. Hierna wilden we evalueren hoe goed we de ontbrekende gegevens verder aan konden vullen tijdens een consultatie met de patiënt.

Eind oktober werd een tussentijdse evaluatie uitgevoerd. Er werd terug een willekeurige selectie gemaakt van 100 personen uit de doelgroep. Bij 22 patiënten konden we informatie over het uitstrijkje terugvinden (datum laatst uitgevoerd of tegenindicatie). Bij 9 patiënten werd de rookstatus genoteerd en bij 36 patiënten stond de laatste tetanusvaccinatie vermeld (waaronder 5 patiënten met een vaccinatie van meer dan 10 jaar geleden). Er bleek dus al een duidelijke beterschap te zijn bij de notitie van de uitstrijkjes en de rookstatus. Omdat op

2 maanden tijd slechts een deel van de patiëntenpopulatie komt consulteren, was de beterschap voor de notitie van de uitstrijkjes vooral te wijten aan het opstellen van het werkplan. We dienden dit dus niet altijd persoonlijk na te vragen bij de patiënt, wat bij de rookstatus en de tetanusvaccinatie wel het geval was. Na het bespreken van deze gegevens werd alles nog eens heropgefrist voor een tweede registratieronde.

3.4 Evaluatie (C)

Begin maart werd een eindevaluatie uitgevoerd. Zie bespreking resultaten.

4 Resultaten

4.1 Doelgroep

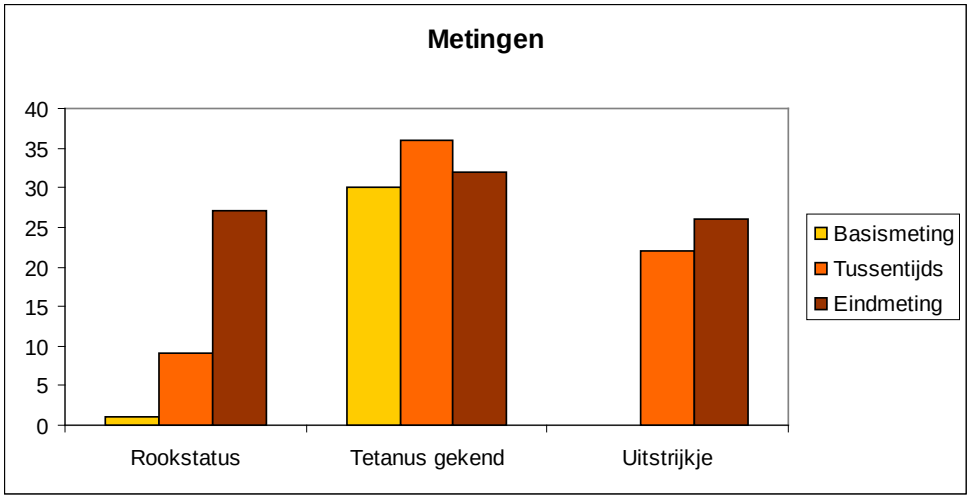
In totaal werden 3 verschillende metingen uitgevoerd: een basismeting in augustus, een tussentijdse meting in oktober en een eindmeting in februari.
Bij de basismeting vonden we 292 personen in de doelgroep. Hieruit werd zowel bij de basismeting en als bij de tussentijdse meting 100 personen willekeurig gekozen.
Voor de eindmeting werden opnieuw willekeurig 100 personen geselecteerd, maar dit keer uit de 244 personen uit de doelgroep die tijdens de registratiefase bij ons zijn komen consulteren. Hiermee zijn we zeker dat er bij deze patiënten de mogelijkheid is geweest om de onderwerpen aan te halen.
Slechts 48 personen (16,44%) kwamen dus niet consulteren tijdens de 6 maanden dat de registratie liep. Op een half jaar tijd kun je blijkbaar een groot deel van je patiënten bereiken via de normale consultaties.

4.2 Cijfers van de metingen

Zoals hoger vermeld kon men bij de basismeting bij geen enkele patiënt terugvinden wanneer er een uitstrijkje genomen werd. Hiernaast stond slechts bij 1 patiënt de rookstatus vermeld in het dossier. Bij 30 patiënten kon de laatste tetanusvaccinatie teruggevonden worden.
In de tussentijdse evaluatie eind oktober werd bij 22 patiënten informatie over het uitstrijkje teruggevonden. Bij 9 patiënten werd de rookstatus genoteerd en bij 36 patiënten stond de laatste tetanusvaccinatie vermeld.
In de eindevaluatie konden we bij 26 personen informatie met betrekking tot het uitstrijkje terugvinden. De rookstatus was nu gekend bij 27 personen en de tetanusvaccinatie was bij 32 personen gekend.
In volgende tabel en grafiek ziet u een overzicht van de verschillende metingen.

	Basismeting	Tussentijds	Eindmeting
Rookstatus	1	9	27
Tetanus gekend	30	36	32
Uitstrijkje	0	22	26

Tabel 2: Resultaten van de verschillende metingen



Grafiek 1: Resultaten van de verschillende metingen

5 Discussie

5.1 Interpretatie van de resultaten

Het doel van dit praktijkproject was de registratiegraad van bepaalde preventieve handelingen te verbeteren door gebruik te maken van de preventiemodule beschikbaar in het EMD. De resultaten tonen dat de registratie van de rookstatus en het uitstrijkje verbeterd zijn, maar dat er weinig beterschap is voor de tetanusvaccinaties.

De notitie van de rookstatus is verbeterd van 1% naar 27%. Vooral de afspraak om ook de status ‘niet roker’ te noteren in het dossier zorgt er voor dat het percentage gekende rookstatussen sterk gestegen is. Tevens waren de vele luchtweginfecties in de wintermaanden een goede aanleiding om de rookstatus te bevragen en het dossier te vervolledigen .

De registratie van de tetanusvaccinatie is slechts minimaal verbeterd op het einde van het onderzoek. Het aantal personen bij wie de tetanusvaccinatie up-to-date is, is echter bij de eindmeting wel verbeterd. Bij 29 van de 32 gekende tetanusvaccinaties was deze in orde bij de eindmeting in tegenstelling tot25 van de 30 bij de basismeting. Bij de opmerkingen in het werkplan is bij de eindmeting bij één patiënt vermeld dat zij geen vaccinaties wenst en bij één patiënt dat zij schrik heeft voor de spuit. Voor 2 van de 3 personen bij wie de tetanusvaccinatie niet up-to-date is, is dus ook een verklaring verkregen. Bij het navragen van de tetanusvaccinatie was het gemakkelijk om, indien het meer dan 10 jaar geleden was, onmiddellijk een rappel toe te dienen. Dit kan het gestegen aantal up-to-date vaccinaties verklaren. De reden waarom we er niet in geslaagd zijn om de registratie betreffende de vaccinatie te verbeteren, is voor ons niet duidelijk. De onderzoekers hadden subjectief wel het gevoel meer naar de tetanusvaccinaties gevraagd te hebben, ondanks dat de cijfers dit tegenspreken. We werken voor de metingen echter met verschillende willekeurige steekproeven, wat het resultaat een vertekend beeld kan geven. Dit zien we duidelijk in de cijfers van de tussentijdse meting waarbij meer tetanusvaccinaties genoteerd zijn dan bij de eindmeting.

Het al of niet uitgevoerd zijn van uitstrijkjes werd nu duidelijker genoteerd. In de tussentijdse evaluatie was dit vooral te wijten aan gegevens die reeds terug te vinden waren in het dossier (brieven gynaecologie en voorgeschiedenis van hysterectomie). Bij de eindmeting was de notitie nog verbeterd dankzij de bevraging van de patiënten zelf. In de tussentijdse evaluatie bleek bij 8 personen (36,36%) gekend dat ze het uitstrijkje altijd bij de gynaecoloog lieten gebeuren. Bij de eindmeting was dit bij 12 personen (46,15%) het geval. We ondervonden dat, sinds de aandacht voor de uitstrijkjes in dit project, er meer aanmoediging

was om dit in de praktijk zelf te laten uitvoeren wat positieve reacties opwekte bij de patiënten.
Hoewel er voor de rookstatus en de uitstrijkjes een betere registratie bereikt is, ontbreken deze gegevens echter bij 3 op de 4 vrouwen nog steeds. Dit duidt aan dat er toch nog door beide onderzoekers te weinig aandacht besteed werd aan de goede notitie van preventieve gegevens in het EMD.

5.2 Ervaring van beide onderzoekers

Omdat het onmogelijk bleek om een eenduidig overzicht te verkrijgen van de preventieve module in het dossier, was het voor de onderzoekers moeilijk om een duidelijk beleid af te spreken. Dit is vooral te wijten aan de beperkingen van het softwarepakket. Dit is nogal stug: het biedt weinig ruimte voor eigen aanpassingen of veranderingen. Een grote beperking was dat er bij iedere patiënt afzonderlijk een werkplan opgesteld moest worden, wat als zeer arbeidsintensief ervaren werd.
Werken met een werkplan kan een goed instrument zijn om herinnerd te worden aan bepaalde preventieve handelingen. Bij het openen van het dossier kwam dit werkplan te voorschijn. Dit is echter ook het moment dat de patiënt zijn verhaal begint te doen. Beide onderzoekers ondervonden al snel dat het werkplan dan gewoon weggekliktwerd en dat zo de preventieve onderwerpen niet meer ter sprake kwamen. Daarom is het voor ons niet duidelijk of de betere notitie in het dossier te wijten is aan het werkplan dat ingesteld werd of dat het eerder kwam omdat we zelf alerter waren om de 3 onderwerpen in het dossier aan te vullen.
Met dit praktijkproject heb ik geprobeerd om preventieve handelingen meer aandacht te geven in de praktijk. De tegenvallende resultaten wijzen erop dat dit niet zo eenvoudig is (ook bij mezelf niet). Wellicht vraagt zo'n verandering méér dan enkele maanden en dient de aandacht voor het project nog levendigerte worden gehouden.

5.3 Ervaringen van gebruikers van andere EMD-programma's

Om een beeld te krijgen hoe het er in andere praktijken aan toe gaat, voerde ik een kleine rondvraag uit bij de collega's huisartsen-in-opleiding van mijn seminariegroep. Omdat Windoc, Health One en Medidoc 50% van de EMD-markt vormen, richtte ik me specifiek op gebruikers van deze programma's.
Vier personen werken met Medidoc en hun ervaringen zijn zeer verschillend. Bij enkelen van hen verschijnt er nooit een pop-up, terwijl iemand anders deze mogelijkheid van het programma wel reeds ontdekt heeft. Zij spreken wel allen van een planningsknop, vergelijkbaar met onze werkplanningsknop, waar men een overzicht krijgt van de uit te voeren acties en waar vaccinaties altijd terug te vinden zijn. Hiermee verschijnen dan de

pop-ups. Eén van hen benoemt ook de belangrijke voorwaarde dat de arts de gegevens eerst moet ingeven voordat er een planning kan opgesteld worden. Bij drie van hen heeft men geen duidelijke afspraak waar men het uitstrijkje dient in te vullen. Dit wordt momenteel gewoon in het journaal van de consultatie vermeld. De andere persoon geeft het uit te voeren uitstrijkje een plaats in de planning. De rookstatus wordt ofwel bij risicofactoren ofwel bij de administratie vermeld.
Health One wordt door één persoon gebruikt. Bij het openen van het dossier verschijnt de lijst met preventieve handelingen die uitgevoerd moeten worden. Er blijft een belletje in de rechter hoek verschijnen tijdens de consultatie. Je kunt in dit programma ook lijsten oproepen rond bepaalde onderwerpen. Bijvoorbeeld een lijst van alle patiënten bij wie het uitstrijkje reeds meer dan 3 jaar geleden is. Ook hier wordt de rookstatus bij risicofactoren vermeld.
In het kader van het GMD+ zit de vragenlijst rechtstreeks in beide programma's, waaruit dan ook onmiddellijk herinneringen voor screening en vaccinatie ingesteld worden.
Algemeen beschrijft iedereen dat de kennis van het EMD nog ontoereikend is. Enkele citaten: "Ons EMD wordt allesbehalve deftig gebruikt. Zo missen en vergeten we vele zaken.", "Een zeer uitgebreid programma waarvan nog niet alle mogelijkheden optimaal benut worden binnen onze praktijk". Hier en daar werden reeds bijscholingen gevolgd waardoor het gebruik verbeterd werd.

5.4 Betekenis voor de praktijk

Dit project was een eerste stap om met behulp van het EMD meer aandacht te schenken aan preventieve handelingen in de praktijk, maar ook om het gebruik van alle mogelijkheden van het EMD aan te moedigen.
Een systematisch review uit Zwitserland beschrijft drie barrières die artsen ondervinden bij het uitvoeren van screening en preventie in de eerstelijn, namelijk tekort aan kennis of vaardigheden, tijdstekort of hoge werkdruk en eigen ongeloof. Dit is wat we ook hier ondervinden in dit project.(23)
Voordat ik hier startte als HAIO was deze praktijk een solopraktijk. Als soloarts ben je vaak op de hoogte van bepaalde zaken, maar hoeft dit niet noodzakelijk genoteerd te worden in het dossier omdat er niet gecommuniceerd moet worden met een andere collega in de praktijk. Dit veranderde toen ik als HAIO startte. Het bleek echter niet gemakkelijk om op korte termijn een gedragsverandering te bewerkstelligen.
Volgens mij is het belangrijk om met de praktijk een globale strategie op te stellen om tot een beter preventief beleid te komen.
Een groot werkpunt is het verder verkennen en op punt stellen van de mogelijkheden van het EMD-programma. Het vraagt echter veel tijd om bij iedereen uit de doelgroep het dossier uit

te spitten en een werkplan op te stellen. Men ziet hier ook niet onmiddellijk het resultaat van. Er zal een evenwicht gezocht moeten worden tussen de werkbelasting en de verkregen winst. Een praktijkassistent kan hier eventueel een oplossing bieden. Hij/zij kan bij elke patiënt die zich aanmeldt enkele onderwerpen navragen en aanvullen in het werkplan. Maar of dit kosten-effectief is in een kleine praktijk als de onze is natuurlijk nog de vraag. Daarnaast zou ook een grotere automatisering van het EMD-programma een flinke duw in de rug betekenen. Zoals aangehaald door de gebruikers van andere EMD-programma's lijkt de vragenlijst uit het GMD+ een ideaal middel om voor iedereen een preventief actieplan op te stellen. Het elektronisch invullen van de vragenlijst en de automatische generatie van werkplannen in het EMD zou een grote stimulans hiervoor zijn. Al deze gegevens invullen vraagt de eerste keer veel tijd, maar vraagt vanaf dan veel minder moeite omdat de meeste onderzoeken de eerste keer al gebeurd zijn. Dit is iets wat zeker verder gestimuleerd kan worden in deze praktijkomdat er momenteel nog geen GMD+consulten uitgevoerd worden.
Het openen van het werkplan bij het begin van de consultatie en het hierbij wegklikken ervan als de patiënt zijn verhaal begint te doen blijft ook een probleem. Een blijvend 'belletje' of ander opvallend symbool ergens in een hoekje tijdens de consultatie kan hiervoor een oplossing zijn. Maar misschien moet ook de consultatievoering van de artsen aangepast worden. Zo kan men zich bijvoorbeeld oefenen om na de anamnese en voor het klinisch onderzoek nog eens te kijken naar het werkplan en eens kort overlopen met de patiënt wat nog op zijn actieplan staat. Een gedragsverandering met eventueel een specifieke training zal dus noodzakelijk zijn.(23)
Wil men dat dit project niet verloren gaat, dan zal het belangrijk zijn dat iemand de verantwoordelijkheid hiervoor overneemt. Misschien kan dit praktijkproject als startpunt dienen voor het praktijkproject van de nieuwe HAIO? Ook een verdere bijscholing over het EMD-programma is aan te raden.

5.5 Ruimere betekenis

Twee belangrijke punten zou ik hier willen aanhalen: de mogelijkheid tot elektronische communicatie tussen verschillende zorgverstrekkers en de noodzaak tot harmonisering van de EMD-programma's.
Een tetanusvaccin wordt vaak toegediend op de spoedafdeling of door de arbeidsgeneesheer. Dit wordt echter niet doorgegeven aan de huisarts. Vaccinnet is hiervoor dé oplossing maar eigenaardig genoegwordt Vaccinnet nog vaak weinig benut door bovengenoemde instanties. Het zou veel praktischer zijn, indien er een rechtstreekse input vanuit Vaccinnet in het dossier mogelijk zou zijn zonder dat telkens opnieuw ingelogd dient te worden op de overheidssite. Hetzelfde geldt voor de cervixkankerscreening. Bij navraag

bleek dat vele uitstrijkjes uitgevoerd werden door de gynaecoloog. Vele gynaecologen brengen de huisarts hiervan niet op de hoogte. Ook hier zou een goede communicatie de notitie en de opvolging door de huisarts sterk kunnen verbeteren. Bij de screeningsmammografie loopt dit beter:als huisarts word je altijd verwittigd als een patiënt langs geweest is voor een screening, wat het heel gemakkelijk maakt om het werkplan in verband met de borstkankerscreening voor deze patiënt up-to-date te houden. Valt een georganiseerde baarmoederhalskankerscreening dan ook niet te overwegen? Het KCE heeft hier alvast de nodige argumenten voor verzameld in hun rapport over baarmoederhalskankerscreening uit 2006.(18)

Om deze communicatie te verbeteren lijkt het me noodzakelijk dat er in de toekomst een betere uniformiteit ontstaat in de EMD-programma's. Dit zal ervoor zorgen dat alle gezondheidswerkers elektronisch gegevens omtrent een patiënt kunnen uitwisselen en zo op de hoogte blijven van wat er allemaal bij een patiënt gebeurt. Ook ontstaat de mogelijkheid om artsen-in-opleiding reeds vertrouwd te maken met het uniforme EMD en hiervan al de kneepjes van het vak te leren zodat ze, eenmaal in de praktijk, zich optimaal kunnen laten ondersteunen door het EMD.

6 Conclusie

Een EMD-programma biedt voldoende mogelijkheden om meer aandacht te besteden aan preventie. De notitie is voor 2 van de 3 gekozen onderwerpen verbeterd, hoewel uiteindelijk nog steeds bij 3 op de 4 vrouwen de gegevens van de 3 onderzochte onderwerpen ontbreken in het dossier. In deze praktijk blijkt het belangrijk om op de preventieve handelingen attent te blijven, maar ook de verdere verkenning van de mogelijkheden van het EMD-programma blijft een uitdaging. Een globale strategie omtrent preventie dient opgesteld te worden. Indien het programma het toelaat om op een eenvoudige manier de GMD+vragenlijst te integreren in het patiëntendossier, is dit een stap die zeker overwogen moet worden. Dit kan zorgen voor een bredere aanpak van preventie in plaats van de 3 onderwerpen waar wij ons op gefocust hebben. Verlaten we het niveau van de praktijk, dan is er nood tot het aanpakken van de huidige EMD-markt en te streven naar een uniformer programma zodat het gebruik van de verschillende modules reeds vanuit de opleiding een gewoonte is. Het lijkt me ook noodzakelijk om te werken aan de communicatie tussen verschillende hulpverleners om zo te kunnen beschikken over alle gegevens van een patiënt.

7 Referenties

1. Boerma W.G.W., Fleming D.M.. The role of general practice in primary health care. Stationary office for the WHO regional office for Europe. 1998.
2. RIZIV. Globaal Medisch Dossier. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/care/nl/doctors/collaboration/dmg-gmd/index.htm. Geraadpleegd 2013 maart 23.
3. Holroyd-Leduc J.M., Lorenzetti D., Straus S.E., Sykes L., Quan H. J Am Med Inform Assoc. 2011;18;732-737.
4. DesRoches C.M., Campbell E.G., Rao S.R., Donelan K., Ferris T.G., Jha A., Kaushal R., Levy D.E., Rosenbaum S., Shields A.E., Blumenthal D. Electronic Health Records in Ambulatory Care — A National Survey of Physicians. N Engl J Med. 2008;359:50-60.
5. Poon E.G., Wright A., Simon S.R., et al. Relationship between use of electronic health record features and health care quality. Medical Care. 2010(3);48;3:203-209.
6. Linder J.A., Ma J., Bates D.W. et al. Electronic health record use and the quality of ambulatory care in the United States. Arch Intern Med. 2007; 167:1400-1405.
7. FOD Volksgezondheid. Registratie van de medische softwarepakketten. Beschikbaar via: https://www.ehealth.fgov.be/nl/registratie-van-de-medische-softwarepakketten. Geraadpleegd 2013 maart 23.
8. Vainiomäki S., Kuusela M., Vainiomäki P., Rautava P. The quality of electronic patient records in Finnish primary healthcare needs to be improved. Scand J Prim Health Care. 2008;26(2):117-22.
9. Boyle R., Solberg L., Fiore M. Use of electronic health records to support smoking cessation. Cochrane Database SystRev2011;12.
10. Linder J.A., Rigotti N.A., Schneider L.I., et al. An electronic health record-based intervention to improve tobacco treatment in primary care: a clusterrandomized controlled trial. Archives of InternalMedicine2009;169(8):781–787.
11. Gailly J. Stoppen met roken. Huisarts Nu. 2006(9);35.
12. Vann J.C., Szilagyi P. Patient reminder and recall systems to improve immunization rates (review). The Cochrane Library. 2009;1.
13. Provider reminder/recall. Am J Prev Med. 2000;18(1S):114-115.
14. Shojania K.G., Jennings A., Mayhew A., et al. Effect of point-of-care computer reminders on physician behaviour: a systematic review. CMAJ. 2010;182:E216-225.

15. Geijsels M. Pop ups in preventie: een praktijkverbeterend project over pneumokokkenvaccinatie bij volwassenen. Master-na-Master thesis in de Huisartsgeneeskunde. 2011.
16. Thomas R.E., Russell M., Lorenzetti D. Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2010;9.
17. Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. Statistiek van de doodsoorzaken. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning. Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Statistiek-van-de-doodsoorzaken/. Geraadpleegd 2013 maart 23.
18. Hulstaert F., Arbyn M., Huybrechts M., et al. Baarmoederhalskankerscreening en testen op Human Papillomavirus (HPV). Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE reports 38A.
19. Mathias J.S., Gossett D., Baker D.W. Use of electronic health record data to evaluate overuse of cervical cancer screening. J Am Med Inform Assoc 2012;19.
20. Gisle L. Het gebruik van tabak. Gezondheidsenquête 2008. Beschikbaar op: https://www.wiv-isp.be/epidemio/epinl/index4.htm. Geraadpleegd 2013 maart 23.
21. Van den Bruel A., Cleemput I., Van Linden A., et al. Effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2004 Juni. KCE Reports vol. 1A.
22. Dillen J. Preventie van tetanus en difterie bij volwassenen: vaccinatie en profylactische aanpak. Huisarts Nu. 2001;30:146-57.
23. Eisner D., Zoller M., Rosemann T., et al. Screening and prevention in Swiss primary care: a systematic review. Int J Gen Med 2011;4:853-70.
24. Tafforeau J. Vaccinatie. Gezondheidsenquête 2008. . Beschikbaar op: https://www.wiv-isp.be/epidemio/epinl/index4.htm. Geraadpleegd 2013 maart 23.
25. Wyffels P., Van Herck J., Govaerts F., et al. Gezondheidsgids. DomusMedica. Beschikbaar op: http://www.domusmedica.be/documentatie/gezondheidsgids.html. Geraadpleegd 2011 oktober 21.
26. Smeets F., Verhoeven V., Baay M., et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. Huisarts Nu 2011;40:S64-S88.
27. NRKP Werkgroep huisartsgeneeskunde. Goed gebruik van GMD. Aanbevelingen. Maart 2010.
28. Grouwels D., Seuntjens L., Vanden Bussche P. Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard Uitgeverij nv, 2008. p248.

8 Bijlagen:

Bijlage 1: Checklist van de preventiemodule GMD (2)

Checklist van de preventiemodule GMD

type interventie			
	(1) advies voeding en		
1	fysieke oefeningen+ tabak + alcohol		A
2	(2) anamnese en klinisch onderzoek		A
	(2) cardiovasculair (CV)		A
	waarbijacetylsalicylzuur	(risicogroep)	A
3	(2) opsporingcolorectaalkanker		A
	(2) opsporingbaarmoederhalskanker		A
	(2) opsporingborstkanker	(mammotest)	A
4	(1) vaccinatie difterie tetanos		A
	(1) vaccinatie griep		B
	(1) vaccinatie pneumokokken		B
5	(2) biologischemetingen		
	glycemie (diabetes) (>65 jaar)		B
	creatinine en proteïnurie (CNI)	(risicogroep)	B
	lipiden (CV) (>50 jaar)		A
6	geestelijkegezondheid		(B*)

(1) = primaire preventie
(2) = secundaire preventie/screening

Niveau bewijskracht A
Niveau bewijskracht B
(*) screening van depressie

Bijlage 2: Patiëntenbrief

Dr. KRIS VANDERLINDEN
Dr. ELINE DE JONGHE
Stationsstraat 67
9810 Eke

«Adresblok»

Eke, 25 juni 2012

Betreft : Oproep tot deelname aan ons praktijkproject:
"***Het gebruik van de preventiemodule in het elektronisch medisch dossier"***

«Begroetingsregel»

In het kader van haar master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde verricht Dr. Eline De Jonghe binnen de praktijk een onderzoek naar het gebruik van de preventiemodule in het elektronisch medisch dossier. Het onderzoekzal plaatsvinden van 1/9/2012 tot en met 30/11/2012.

Preventieve handelingen hebben tot doel de algemene gezondheidstoestand van een patiënt/populatie te verbeteren, waardoor men ook kansen krijgt om de kosten van de gezondheidszorg terug te dringen. Het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) is een belangrijk praktijkinstrument dat de huisarts attent kan maken op preventieve interventies die met een bepaalde regelmaat bij bepaalde patiënten dienen te worden uitgevoerd. Op die manier kan een "preventie op maat" worden gerealiseerd.
Daar 'preventiebeleid' een groot gebied omvat, zouden we ons in dit praktijkverbeterend project willen toespitsen op 3 onderdelen uit het preventief luik, nl. de baarmoederhalskankerscreening (het uitstrijkje), de tetanusvaccinatie en de rookstatus. Wat we hieruit leren, kan later worden geëxtrapoleerd naar andere preventieve handelingen (bv. van baarmoederhalskankerscreening naar borstkankerscreening).
In onze praktijk wordt het EMD 'Windoc' gebruikt. Via dit onderzoek willen we de registratiegraad van preventieve handelingen in het EMD optimaliseren met het uiteindelijke doel te komen tot een betere preventieve aanpak in onze praktijk.

Hiervoor wensen we gegevens te analyseren uit de dossiers van alle vrouwen tussen de 25 en de 65 jaar, die een globaal medisch dossier bij ons in de praktijk hebben. Daarom richten we deze brief tot u. Indien u akkoord gaat met het gebruik van de gegevens uit uw dossier, dan is deze informatiebrief voldoende, zonder dat u hierop reageert (geen reactie betekent geen bezwaar en dus toestemmen). Alleen gegevens die terug te vinden zijn in het dossier, zullen gebruikt worden. U hoeft dus zelf niets te doen. Het spreekt voor zich dat alle gegevens vertrouwelijk zullen worden behandeld, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer. Indien u liever niet hebt dat we uw gegevens gebruiken, gelieve dan onderstaand strookje bij ons terug te bezorgen, of ons een seintje te geven op het telefoonnummer 09/3854346 of op het emailadres eline@dokterkris.be, voor eind augustus. Dan garanderen we u dat uw dossier niet gebruikt zal worden voor deze praktijkstudie.

Aarzel vooral niet de verantwoordelijke onderzoeker (Dr. Eline De Jonghe) of Dr. Kris Vanderlinden te contacteren indien u bijkomende vragen zou hebben over dit onderzoek.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en danken U alvast!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Kris Vanderlinden
Dr. Eline De Jonghe

Hierbij wens ik, Mevr. ……, te kennen te geven dat ik liever niet wil deelnemen aan het praktijkonderzoek betreffende '*Het gebruik van de preventiemodule in het elektronisch medisch dossier'* in de huisartsenpraktijk van Dr. Kris Vanderlinden.

Datum …….. Handtekening …….

Bijlage 3: Registratiecriteria in verband met preventie (7)

3.5	Organisatie, preventie en kwaliteit van de gezondheidszorg			
3.5.1	Primair			
AE	P	81	De software levert of is interactief met een referentiebestand van vaccins dat de volgende informatie bevat:	
AE	P	*81a*	*Naam van het vaccin*	
AE	P	*81b*	*Aard van het vaccin*	
AE	P	*81c*	*Nationale basisvaccinatieschema's van de (Franse of Vlaamse) Gemeenschap, volgens de geldende aanbevelingen voor goede praktijk*	
AE	P	82	De software registreert de volgende gegevens met betrekking tot de toediening :	
AE	P	*82a*	*Naam van het vaccin*	
AE	P	*82b*	*Datum van toediening*	
AE	P	*82c*	*Aard van het vaccin*	
AE	P	83	De software kan de rappels van vaccinaties op basis van een voorafgaande registratie van de latere rappels in de planning of in een persoonlijk zorgplan beheren.	
AE	P	84	De software kan vaccinaties registreren die niet in de basisvaccinatieschema's zijn opgenomen.	
AE	P	85	De software maakt het mogelijk om alle vaccinaties die voor deze patiënt zijn gekend in één rubriek "Vaccinaties" te visualiseren en af te drukken.	
AE	P	86	De verantwoordelijke verstrekker kan de datum van een herhaalvaccinatie wijzigen.	
3.5.2	Secundair			
AE	P	90	Rekening houdend met de geldende aanbevelingen voor goede praktijk, kan de software voor de volgende preventieve handelingen de resultaten registreren, alsook het proces ondersteunen voor het informeren van de patiënten die tot de doelgroepen behoren en/of hen informeren op het moment van contactname met de software:	
AE	P	*90a*	*de onderzoeken in het kader van borstkankerscreening*	
AE	P	90b	*de onderzoeken in het kader van screening van barmoederhalskanker*	
AE	P	90c	*de onderzoeken in het kader van screening van colorectalekanker*	
AE	P	91	Weigeringen van een patiënt om een preventieve handeling te laten uitvoeren, kunnen worden geregistreerd (zie criterium 90).	
AE	P	92	Preventieve handelingen kunnen worden geregistreerd. Een historiek van preventieve handelingen kan worden gevisualiseerd en afgedrukt (zie criterium 90).	
3.5.3	Tertiair			
L	L	93	De software beheert de volgende preventieve handelingen rekening houdende met de geldende aanbevelingen van goede praktijk:	
AE	P	*93a*	*De onderzoeken die opgenomen zijn in de diabetespas*	
C	N	94	De software beheert het zorgtraject diabetes en nierinsufficiëntie rekening houdende met het KB van 29 januari 2009.	
L	L	94a	De software laat toe om de zorgtrajectgegevens te exporteren in het door de overheid vastgestelde formaat.	
C	N	95	GMD+ (GMDplus):	
	N	95a	Het dossier toont het administratieve beheer van GMDplus, de aan-of aanwezigheid, de datum van ondertekening en de titularisidentificatie (riziv-nummer).	
	N	95b	Het medisch dossier beschikt over een interface met de mogelijkheid om de gegevens van het GMDplus op een samenhangende manier te visualiseren en bij te werken.	
L	L	96	Met de software kan een periode voor het verstrijken van een preventieve behandeling bepaald worden om een waarschuwing te sturen.	
L	L	97	In de selectie voor de preventie, maakt de software mogelijk rekening te houden met patiënten die al een herinnering gekregen hebben.	
L	L	98	De software laat toe rekening te houden met patiënten die preventieve behandelingen geweigerd hebben.	
L	L	99	Een volgende preventieve handeling is gebaseerd op het toepasselijk officieel preventieschema.	
L	L	100	Met de software kunnen de criteria voor de preventie van baarmoederhalskanker uitgebreid worden.	
L	L	101	Met de software kunnen de criteria voor de preventie van colonkanker uitgebreid worden.	
L	L	102	De toepassing maakt het mogelijk om de frekwentie van de preventieve handelingen individueel te wijzigen voor een patiënt.	

Bijlage 4: Overzicht van de doodsoorzaken (16)

8.1.1 Absoluut aantal overlijdens en direct gestandaardiseerd sterftecijfer (ASR) (per 100.000 inw.) voor 8 doodsoorzakengroepen, mannen en vrouwen, Vlaams Gewest, 2010

Doodsoorzaak	ICD-10code	Mannen		Vrouwen		Totaal
		absoluut	ASR	absoluut	ASR	absoluut
Totaal - Alle doodsoorzaken		**28.969**	**987,12**	**29.037**	**633,88**	**58.006**
Algemene infectieziekten	**A00-B99**	542	18,61	755	15,96	1.297
Kanker en andere nieuwvormingen	**C00-D48**	9.327	303,79	7.177	176,38	16.504
Endocriene, voedings- en stofwisselingsstoornissen	**E00-E99**	493	16,53	737	15,53	1.230
Psychische en neurologische aandoeningen	**F00-G99**	1.896	65,77	2.809	57,92	4.705
Ziekten van het hart- en vaatstelsel	**I00-I99**	8.657	302,65	10.071	205,69	18.728
Ziekten van het ademhalingsstelsel	**J00-J99**	3.352	119,35	2.689	55,50	6.041
Uitwendige doodsoorzaken	**V00-Y89**	2.053	68,72	1.287	32,15	3.340
Andere doodsoorzaken	**Overige codes**	2.649	91,69	3.512	74,76	6.161
Bron:		alle sterftecertificaten, Vlaams Gewest, 2010				