# Het thuisdossier voor de wachtarts: stand van zaken.

Dr. Plancke Lies,

Huisarts in Opleiding , Universiteit Gent

2011-2013

Promotor: Prof. Dr. D. Avonts,
Huisartsgeneeskunde en eerstelijnszorg, Universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. Els Linskens, huisarts-praktijkopleider

Dr. Philippe Vandevelde, wachtdienstcoördinator HABO

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

# Abstract

***Context***

Als wachtarts komt men geregeld in een situatie terecht bij patiënten waarvan men de voorgeschiedenis niet kent. Bij de ontwikkeling van e-Health streeft men naar de centrale beschikbaarheid van een kerndossier, SumEHR (Summerized Elektronical Health Record), met essentiële medische informatie dat onder andere voor de wachtarts toegankelijk is.

***Onderzoeksvraag***

- Welke attitude hebben artsen van de wachtkring ten opzichte van een thuisdossier bij hun patiënten voor de wachtarts? Welke gegevens willen zij, als huisarts, delen met de wachtarts en welke gegevens vinden ze in hun functie als wachtarts belangrijk in een thuisdossier?
- Hoe staan de artsen van de wachtkring ten opzichte van een kerndossier (SumEHR) dat centraal opgeslagen wordt en toegankelijk is voor de wachtarts?

***Methode***

Een literatuuronderzoek zocht naar welke inhoud het thuisdossier of SumEHR volgens de beschikbare richtlijnen en literatuurgegevens moet bevatten en de plaats ervan in het kader van e-Health. Een bevraging van de artsen in de wachtkring polste naar het papieren thuisdossier voor onze patiënten, hoe de artsen staan ten opzichte van het (elektronische) SumEHR en hoe belangrijk de inhoudelijke informatie van een thuisdossier of SumEHR wordt ervaren tijdens de wachtdienst.

***Resultaten***

Vierenveertig van de 50 artsen (96%) ervaren een meerwaarde als er een thuisdossier aanwezig is tijdens de wachtdienst, maar slechts 22 op 50 artsen (44%) werken zelf actief aan een thuisdossier voor hun patiënten. De informatie die het meest frequent gedeeld wordt met de wachtarts via het thuisdossier zijn de administratieve gegevens zoals naam (98%), geboortedatum (91%), adresgegevens van de patiënt (80%) en de contactgegevens van de vaste huisarts (75%), de medische voorgeschiedenis (66%), de actuele medicatie (83%) en de actuele probleemlijst (63%) en allergieën (55%). Aan deze informatie wordt ook het meest nood ervaren tijdens de wachtdienst. Informatie die niet steeds aanwezig is, maar volgens wachtartsen wel noodzakelijk is in het thuisdossier voor de wachtarts, zijn de risicofactoren (usus, sociaal gedrag…) en de ernst van de allergische reactie of intolerantie. Ook de informatie met betrekking tot euthanasie en DNR-verklaring achten de artsen nuttig tot noodzakelijk tijdens de wacht, maar slechts de helft van de artsen noteert deze informatie terwijl de andere helft dit geen plaats geeft in het thuisdossier. Bijna 9 op 10 artsen blijkt SumEHR nuttig te vinden tijdens de wachtdienst en ze zouden er dan ook gebruik van maken indien ze de kennis hebben hoe dit concreet functioneert en indien dit algemeen voorhanden zou zijn.

***Conclusie***

Dat artsen de aanwezigheid van een thuisdossier tijdens de wachtdienst nuttig vinden staat vast. Voornamelijk bij patiënten met een complexere zorgvraag en –situatie is er nood aan meer informatie. Er is echter een grote discrepantie tussen het nut dat ervaren wordt van dit thuisdossier en het aantal artsen dat actief aan een thuisdossier voor hun eigen patiënten werken. Tevens bleek dat de artsen, in kader van de verdere informatisering van de gezondheidszorg, positief staan ten opzichte van het gebruik van een SumEHR tijdens de wachtdienst en dit zowel op de wachtpost als tijdens de mobiele wacht.

***Contact***: lies.plancke@gmail.com

# Inhoud


1. Inleiding ..... 1
   1.1. Onderzoeksvraag ..... 3
2. Literatuuronderzoek ..... 3
   2.1. Methodiek ..... 3
   2.2. Resultaten ..... 4
      2.2.1. Definitie kerndossier/SumEHR ..... 4
      2.2.2. Waarom een kerndossier/thuisdossier/SumEHR? ..... 6
      2.2.3. Inhoud van het kerndossier ..... 8
      2.2.4. Uitwisseling van medische gegevens: privacy- en patiëntenrechten ..... 10
      2.2.5. Situatie in België: e-Health ..... 10
      2.2.6. Situatie Nederland ..... 13
3. Onderzoeksmethodiek ..... 15
4. Onderzoeksresultaten ..... 16
   4.1. Studiepopulatie ..... 16
   4.2. Attitude ten opzichte van het thuisdossier voor de wachtarts ..... 16
   4.3. Inhoud thuisdossier en wat is nuttig tijdens de wachtdienst ..... 19
   4.4. SumEHR, toegankelijk voor de wachtarts ..... 21
5. Discussie ..... 22
6. Besluit ..... 33
7. Referenties ..... 35

BIJLAGE I: INFORMATIEFOLDER ..... I

BIJLAGE II: VRAGENLIJST ..... IV

BIJLAGE III: WAT IS IN HET THUISDOSSIER AANWEZIG / AAN WELKE INFORMATIE IS ER NOOD TIJDENS DE WACHTDIENST? ..... XVII

BIJLAGE IV: AFKORTINGEN ..... XXI

# 1. Inleiding

Als beginnend arts wordt men frequent geconfronteerd met huisbezoeken, in het kader van de eigen opleidingspraktijk of wachtdienst, bij patiënten waarvan men de voorgeschiedenis niet of nauwelijks kent. Indien dit patiënten zijn van de opleidingspraktijk kan er eventueel teruggevallen worden op een thuisdossier, het Elektronische Medisch dossier (EMD) in de praktijk, een papieren outprint uit het EMD … In uiterste nood kan een huisarts in opleiding natuurlijk ook een beroep doen op de praktijkopleider. Tijdens mijn eerste wachtdiensten merkte ik al snel dat opmerkelijk weinig patiënten een thuisdossier liggen hadden. Als wachtarts heb je ook geen toegang tot het EMD van de patiënt en moet men gebruik maken van een eventueel aanwezig thuisdossier, een aanwezig hospitalisatieverslag, (hetero-)anamnese over medische voorgeschiedenis en actuele ziekten en de aanwezige medicatie in het medicijnenkastje. Als je tijdens diezelfde wachtdienst dan ook geconfronteerd wordt met een (bejaarde) patiënt en er moet beslist worden over al dan niet opname, m.a.w. de DNR-code, is het niet de meest comfortabele periode om hierover overleg te plegen met de familieleden, indien deze op dat moment al te bereiken zijn.

Een indicator voor de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg is de continuïteit van zorg. Agarwal en Crooks (2008) stellen dat de beschikbaarheid van patiënteninformatie de basis van de geïnformeerde continuïteit van zorg vormt. (1)

Verschillende huisartsen-in-opleiding hebben reeds een masterproef geschreven rond het thema “thuisdossier” en zij kwamen tot de volgende conclusies.

Dr. An Weerts heeft met haar praktijkproject in de eerste plaats getracht de zorgkwaliteit bij de (chronische) thuispatiënten te verbeteren door het optimaliseren van het thuisdossier, maar hoopte op deze manier ook de collega huisartsen tijdens de wacht van dienst te zijn door hen te voorzien van vitale informatie, zodanig dat de continuïteit van zorg, ook tijdens de afwezigheid van de eigen huisarts, gegarandeerd blijft. (2)

Ook uit de masterproef van Dr. Christiaan Nauta blijkt dat het thuisdossier een goed instrument is om de continuïteit van zorg bij een chronische patiënt te verbeteren. De volledigheid van de informatie tijdens een huisbezoek is niet enkel afhankelijk van de transfer van dossiergegevens, maar vooral van de kwaliteit van het basisdossier (EMD of thuisdossier). (3)

Dr. Hans Delva stelde dat een belangrijke voorwaarde tot het efficiënt opstellen en bijwerken van een thuisdossier een EMD is dat correct is en up-to-date wordt gehouden. (4)

Dr. Anneleen Van Hyfte concludeerde dat naar de toekomst toe het elektronisch medisch dossier, nu reeds een preferentiële basis voor een goed medisch thuisdossier, indien correct bijgehouden, oplossingen zal bieden voor onder andere het privacy-probleem dat zich stelt bij een papieren thuisdossier. (5)

Net zoals uit bovenstaande masterproeven komt ook uit het onderzoekrapport "ICT-tools en gebruik van EMD door de huisarts", uitgevoerd door Domus Medica op vraag van de Vlaamse overheid, dat slechts het gebruik van een EMD en een correcte registratie van gegevens ook deze gegevensdeling tussen verschillende gezondheidswerkers mogelijk maakt. (6)

### *De toekomst?*

Net zoals zijn buurlanden staat België voor een uitdaging: het aanpakken van een grondige vernieuwing in de oriëntatie en financiering van zijn gezondheidszorgsysteem in de komende tien jaar. (7) In een tijdperk van e-Health, waarin we reeds geëvolueerd zijn van een papieren dossier naar een Elektronisch Medisch Dossier (EMD), zowel in het kabinet als op huisbezoek, streeft men naar de centrale opslag van een kerndossier, SumEHR (Summerized Elektronical Health Record), dat onder andere voor de wachtarts toegankelijk is. (8-11) Als we kijken naar de periode van 2002 tot 2012 duurde het tien jaar om van de eerste aanbeveling van de Telematica Commissie (nu vervangen door e-Health) tot de start van implementatie te komen van een gedeeld gezondheidsdossier. Dit is reeds een lange weg geweest, maar toch is dit nog maar het begin van een lang proces. (7)

### *De wachtkring*

In onze wachtkring, Huisartsen Brugge en Omgeving (HABO), proberen we met het doorsturen van wachtverslagen via de HPWmailer de continuïteit van wachtarts naar huisarts toe te garanderen.
Maar hoe kunnen we de continuïteit van zorg van huisarts naar wachtarts verzekeren?
Hoever staan we in onze wachtdienst met de aanwezigheid van een thuisdossier bij onze patiënten?
In welke mate staan de artsen van de wachtkring open voor de centrale opslag en toegankelijkheid van een kerndossier tijdens de wachtdienst?

## 1.1. Onderzoeksvraag

- Welke attitude hebben artsen van de wachtkring ten opzichte van een thuisdossier bij hun patiënten voor de wachtarts? Welke gegevens willen zij, als huisarts, delen met de wachtarts en welke gegevens vinden ze in hun functie als wachtarts belangrijk in een thuisdossier?

- Hoe staan de artsen van de wachtkring ten opzichte van een kerndossier (SumEHR) dat centraal opgeslagen wordt en toegankelijk is voor de wachtarts?

# 2. Literatuuronderzoek

## 2.1. Methodiek

Voorafgaand aan het literatuuronderzoek werden eerdere masterproeven met betrekking tot de onderwerpen "thuisdossier" en "SumEHR" bekeken via de databank van het ICHO. Verder werd ook literatuur opgezocht via de site van Domus Medica. Domus Medica behartigt de belangen van de huisartsen en de huisartsenkringen in Vlaanderen op wetenschappelijk, maatschappelijk en syndicaal vlak via democratische besluitvorming en wetenschappelijke onderbouw en bevordert de ontwikkeling en realisatie van een goede patiëntgerichte gezondheidszorg en zorgbeleid. Ook op de site van het Nederlands Huisartsensgenootschap (NHG) werd informatie over het onderwerp verzameld. Informatie over e-Health in België werd op de site van FOD Volksgezondheid, voedselveiligheid en milieu opgezocht. Hetzelfde werd ook gedaan op de internet site van de Rijksoverheid in Nederland. Meer uitgebreide informatie en literatuur werd opgezocht via de online databank PubMed. Er werd gezocht op MESH-termen: "primary health care", "general practitioner", "electronic health record", "after-hours care", "referral and consultation". Deze MESH-termen werden aangevuld met de algemene termen "summary care record" en "shared electronic health record".

## 2.2. Resultaten

Een huisartsenwachtpost kan per definitie niet gelijkgesteld worden aan een normale huisartspraktijk: het is de continuïteit van zorg verstrekken bij afwezigheid van de vaste huisarts in het kader van de organisatie van de bevolkingswachtdienst. (12) Tijdens een wachtdienst wordt de huisarts meestal geconfronteerd met patiënten van wie hij de medische voorgeschiedenis niet kent. Dit bemoeilijkt de interpretatie en inschatting van de ernst van de klachten en onderstreept het belang van een systeem dat snel en plaatsonafhankelijke minimale, maar essentiële informatie over de patiënt kan verschaffen zoals SumEHR (Summerized Electronical Health Record) . (13)

Een verzameling van, los van elkaar opgestelde, wachtverslagen vervangt geenszins de rol van het kerndossier. Een wachtverslag kan niet als een volwaardig medisch dossier beschouwd worden omdat de inhoud van een wachtverslag niet voldoet aan de criteria die gesteld worden aan een algemeen medisch dossier. Gefragmenteerde medische informatie draagt slechts bij aan de kwaliteit van zorg als deze ingepast wordt in het medisch dossier van de vaste huisarts. (12)

Eén van de kwaliteitsverbeteringen die kunnen verkregen worden via het EMD is onder andere de beschikbaarheid van een 'kerndossier' per patiënt. In elk medisch dossier zitten gegevens die voor iedere andere hulpverlener van fundamenteel belang zijn voor de verdere zorgverlening van de betrokken patiënt. Het samenbrengen van deze informatie noemen we het 'kerndossier' van de patiënt. De juiste benaming en samenstelling staan momenteel nog ter discussie. (14) De software waarmee ons EMD wordt opgesteld moet dus in staat zijn om een SumEHR op een eenvoudige manier toegankelijk te maken voor artsen van wacht. Tevens moet uit het EMD een verkort medisch dossier kunnen gegenereerd worden om bij chronische patiënten thuis achter te laten, dit in het kader van een goede continuïteit van zorg. (15)

### 2.2.1. Definitie kerndossier/SumEHR

Bij zorgdossiers vormt de minimum meedeelbare inhoud de kern van de uitgaande gegevens, die permanent beschikbaar en toegankelijk moeten zijn, voor toegangsgemachtigden, om de continuïteit van de zorg te kunnen waarborgen. Deze minimaal meedeelbare inhoud omvat zowel een 'kerndossier' of SumEHR als een pakket dat de wilsbeschikkingen van de patiënt bevat. (16)

De WVVH (Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen) geeft zelf eerder de voorkeur aan de benaming 'kerndossier' dan thuisdossier. De benaming, 'kerndossier', werd gekozen als de beste uit een reeks circulerende benamingen (minimaal medisch dossier, urgentiedossier, wachtdossier,..). (17)

Het kerndossier wordt als volgt gedefinieerd:

*"Het strikte minimum aan gegevens over een bepaalde patiënt waarover een arts moet beschikken om in enkele ogenblikken inzicht te krijgen in diens medische toestand en dit zowel met het oog op acute situaties als op de continuïteit van de zorgen." (18)*

Het Summerized Electronical Health Record (SumEHR) is het beknopt elektronisch medisch dossier en komt overeen met de gezondheidsfoto van de patiënt. Het is een momentopname die de huisarts, als beheerder van het (globaal) medisch dossier (GMD), aanmaakt tijdens zijn gepriviligeerde contacten met de patiënt. Het gaat dus niet om een volledig gezondheidsdossier, maar over een gedeelte dat de nuttige gezondheidselementen bevat die nodig zijn voor verdere medische opvolging, een behandeling of de continuïteit van de zorg en dit zowel in de thuissituatie, in het rusthuis/WZC als in het ziekenhuis. De inhoud van SumEHR wordt onder punt 2.2.3 beschreven. (14, 18-19)

SumEHR is een verbindingsdocument tussen de verschillende Elektronische Medische Dossiers (EMD). Niet alleen de EMD's van de huisartsen, maar ook van geneesheren-specialisten al dan niet binnen een ziekenhuis. SumEHR kan op verschillende manieren gedeeld worden tussen zorgverstrekkers. Bijvoorbeeld door een eenvoudige transfer van een elektronisch bestand van een medisch softwarepakket naar een ander of door bewaring in een permanente container, zodat het een gedeeld gezondheidsdossier vormt binnen een gezondheidsnetwerk. In het tweede geval is het evolutief en ter beschikking van verschillende zorgverstrekkers die het kunnen raadplegen, volledig of gedeeltelijk, volgens toegangsregels vastgelegd onder zorgverstrekkers, en uiteraard op voorwaarde dat ze een formele therapeutische band hebben met de patiënt. Elke patiënt kan zijn huisarts vragen een SumEHR aan te maken waarvan ze de inhoud samen overeenkomen. De gehomologeerde softwarepakketten voor huisartsen zijn in staat om elektronische bestanden die gegevens uit een SumEHR bevatten op gestandaardiseerde wijze aan te maken (exporteren) en te integreren (import). Om deze gegevens te kunnen benutten, zullen de zorginstellingen op hun beurt hun EMD dienen aan te passen. (8, 17)

### 2.2.2. Waarom een kerndossier/thuisdossier/SumEHR?

Fouten gebeuren wanneer er een opeenvolging is van onwillekeurige gebeurtenissen. Door een hiaat in de informatie brengen patiënten langere tijd door op de spoedafdeling gezien die informatie nodig kan zijn voor het stellen van diagnoses en loopt het instellen van therapie aldus vertraging op. (19)

Onvoldoende informatie zet een significante druk/stress op zowel de patiënten als het personeel en zorgt op deze manier voor een bijkomende werkbelasting en risicovolle werkomgeving. Deze tekorten in informatie zouden op een effectieve wijze kunnen verminderd worden door een up-to-date, gemakkelijk toegankelijke patiënten samenvatting, gezien gezondheidszorgwerkers een voorkeur hebben voor gelimiteerde en samenvattende informatie in spoedsituaties. (19)

In zowel de masterproef van Dr. Tom De Coninck als deze van Dr. Alexander Valcke wordt geconcludeerd dat verwijsbrieven, opgesteld door een huisarts aan een spoeddienst, vaak onvoldoende informatie bevatten. De prevalentie van verwijsbrieven, bij patiënten die gezien worden op de spoedopname, is in het algemeen laag (22.5%) en de inhoud is vaak beperkt. Een weergave van de door hen onderzochte criteria wordt weergegeven in Tabel 2-1. De verwijsbrieven die alle 10 van de onderzochte criteria bevatten (5%) komen allen uit de groep van verwijsbrieven opgemaakt via het EMD. Slechts 10% van alle verwijsbrieven werd opgemaakt via het EMD. In beide studies scoort het criterium 'allergieën' zeer slecht. Ok informatie met betrekken tot medicatie is in minder dan de helft van de gevallen aanwezig. (20-21)

| | Studie Valcke Alexander (2012) | Studie De Coninck Tom (2010) |
|---|---|---|
| Naam | 100% | 86,7% |
| Geboortedatum | 29% | 57,8% |
| Adres patiënt | 18% | |
| Anamnese | 94% | 86,7% |
| Klinisch onderzoek | 80% | 66,7% |
| Medicatie | 45% | 37,7% |
| Medische voorgeschiedenis | 25% | 62,2% |
| Allergieën | 10% | 15,5% |
| Verwijzer | 100% | |
| Naar welke arts verwezen | 43% | |
| Gemaakt met EMD | 10% | |

**Tabel 2-1**: Criteria aanwezig in de doorverwijsbrief van huisarts aan de spoeddienst (20-21)

-

In de masterproef van Dr. An Weerts werd een analyse verricht van de onderdelen aanwezig in het thuisdossier van de patiënten in haar opleidingspraktijk. Er was een onderrapportering van alle indicatoren, maar deze was het meest uitgesproken in de categorie 'bloedgroep', 'allergie en intolerantie', 'risicofactoren', maar nog meer belangrijk in de categorie 'medische en therapeutische voorgeschiedenis'. Bij meer dan 80% van onze patiëntenpopulatie was er echter wel een medicatielijst en actuele ziektegeschiedenis voorhanden. (2)

Natuurlijk kan een verwijsbrief enkel een samenvatting geven van wat een huisarts weet van een patiënt en de klinische vraagstelling die moet beantwoord worden. (22) Als we de gegevens uit Valcke (2012), De Coninck (2010) en Weerts (2006) samenleggen is het niet onlogisch dat wanneer er een onderrapportering is van allergische reacties in het thuisdossier, dit zich ook zal reflecteren in de verwijsbrieven gericht aan de spoedopname. (2, 20-21)

Volgens Dr. Alexander Valcke bevat SumEHR in theorie voldoende informatie om te kunnen fungeren als verwijsbrief. Er zijn echter een aantal voorwaarden nodig om een SumEHR te kunnen exporteren en hieraan voldoen niet alle huisartsen. Het exporteren van een SumEHR is niet voor alle huisartsen even eenvoudig wegens gebrek aan kennis van het systeem. Daarnaast is het importeren van SumEHR op heden niet mogelijk in de meeste medische programma's. In zijn onderzoek is het visualiseren van een SumEHR in een leesbaar formaat niet gelukt omwille van technische redenen. De inhoud van een SumEHR verschilde sterk tussen de verschillende artsen. Uiteindelijk werd geconcludeerd dat SumEHR op heden geen goed systeem is om verwijsbrieven op te stellen omwille van het teveel aan technische problemen. (21) . Ceulemans (2010) stelt dan weer dat, hoewel een SumEHR de minimale gegevens weergeeft, dit nooit als een vervanging kan dienen voor een verwijsbrief. Bij elke verwijzing naar een specialist of een ziekenhuis moet de huisarts de relevante informatie uit het globaal medisch dossier (GMD) vermelden. Essentieel in deze verwijsbrief is ook de omschrijving van het actuele probleem en de vraagstelling aan de specialist waar de huisarts naar verwijst. Ook bij het doorsturen van informatie naar andere zorgverstrekkers in de eerste lijn gelden dezelfde regels. (23)

Het genereren van een valide SumEHR uit een gehomologeerd softewarepakket is geen garantie voor een inhoudelijk correct SumEHR. Opdat deze SumEHR nuttig zou zijn voor toekomstige zorgverleners dient het EMD zelf zo correct mogelijk te zijn ingevuld. Dit is echter een continu proces. (24)

### 2.2.3. Inhoud van het kerndossier

In het artikel van De Mey et al. (2004) wordt een richtlijn van Domus Medica beschreven met betrekking tot het kerndossier en zijn inhoud. Over het al dan niet opnemen van bepaalde gegevens in het kerndossier bestaat er in er commissie de volgende consensus: er moet tenminste een buitengewone meerderheid ,van 2/3 of meer, bestaan om een bepaald item op te nemen, zo niet wordt het item niet opgenomen. (17, 25) In Tabel 2-2 staat de inhoud weergegeven.

Er zijn echter ook gegevens die voorlopig geen deel uit te maken van het kerndossier, maar deze kunnen op termijn in aanmerking komen voor opname in het kerndossier. Het gaat over de informatie met betrekking tot euthanasieverzoek, DNR verklaring of code therapiebeperking, verklaring wilsbeschikking en weigering van orgaandonatie. In de masterproef van Dr. An Weerts (2006) werd toen ook geen gebruik gemaakt van deze gegevens, maar er werd wel voorzien dat er bij palliatieve thuiszorgpatiënten een bijkomend formulier aanwezig was waar meerdere details van het opgestarte beleid konden worden opgevolgd. (2) In het sjabloon van het medische thuisdossier zoals opgesteld door Dr. Veronique Adriaansen in haar masterproef, verdedigd in 2011, werden deze gegevens wel geïncorporeerd. (26)

Zowel voor het euthanasieverzoek als de 'Do Not Resuscitate'-verklaring of code van therapiebeperking (DNR) is op dit ogenblik geen plaats voorzien in de homologatiecriteria voor het EMD, zodat het gegeven er ook niet moet kunnen uitgehaald worden. Bovendien dient, naast andere voorwaarden, het kerndossier in dat geval ook permanent actueel te zijn, omdat het gaat over een reversibele beslissing. Aan deze voorwaarden is op dit ogenblik niet voldaan. (17)

De weigering van orgaandonatie is belangrijk voor een ziekenhuisarts met wachtdienst, maar is in feite volgens de Belgische Wet slechts een administratief gegeven dat thuishoort in het minimaal administratief dossier. In het medisch dossier is hier voorlopig geen plaats voorzien en dus kan het gegeven er ook niet uitgehaald worden. Net zoals bij het euthanasieverzoek en de DNR-code moet het kerndossier dan ook permanent actueel zijn gezien het gaat over een reversibele beslissing. (17)

| KERNDOSSIER/THUISDOSSIER | SUMEHR |
|---|---|
| | **Datum van opmaak** |
| | **Auteur: contactgegevens** |
| **Administratieve gegevens** | |
| Naam + Voornaam | Naam + voornaam |
| Geboortedatum | Geboortedatum |
| Geslacht | Geslacht |
| Rijksregisternummer | |
| Adres | |
| Telefoonnummer | |
| GMD, vaste huisarts | Houder GMD (Naam, RIZIVnr, adres…) |
| Burgerlijke staat | |
| Beroep(en) | |
| Telefoonnummer contactpersoon | Contactpersoon (Naam, adres, telefoonnr.) |
| Verzekeringsinstelling | |
| Inschrijvingsnummer | Inschrijvingsnummer |
| | Moedertaal |
| **Medische gegevens** | |
| *Actuele probleemlijst* | Actuele probleemlijst + startdatum |
| *Actuele medicatie + startdatum* | Actuele medicatie + start-en einddatum |
| *Allergieën + ernst van de reactie* | Allergieën |
| *Intoleranties + ernst van de reactie* | Intoleranties |
| *Bloedgroep* | |
| *Vaccinatiestatus* | Vaccinatiestatus + datum |
| Chronische medicatie | |
| Follow-up | |
| Opmerking | |
| DNR-code/Euthanasie/Verklaring wilsbeschikking/ Weigering orgaandonatie | Wilsbeschikking patiënt: therapeutische limitaties geuit door de patiënt |
| Communicatieblad | |
| SOEP-registratie | |
| INR-waarden/ Glycemiewaarden + schema | |
| Zorgteam | |
| Zelfredzaamheid, ADL | |
| **Medische gegevens uitsluitend bedoeld voor artsen** | |
| *Relevante medische voorgeschiedenis* | Relevante medische voorgeschiedenis |
| *Relevante therapeutische voorgeschiedenis* | Relevante therapeutische voorgeschiedenis + start-en einddatum |
| Familiale antecedenten | |
| *Risicofactoren (alcohol, roken, sociaal gedrag…)* | Risicofactoren |
| Preventie-onderzoeken, GMD+ | |
| Mini-Mental State Examination (MMSE) | |

**Tabel 2-2: Inhoud thuisdossier/kerndossier versus SumEHR (2, 17, 26-27)**

(*cursief* staan de elementen die in het kerndossier aanwezig moeten zijn volgens De Mey et al., 2004 (17))

### 2.2.4. Uitwisseling van medische gegevens: privacy- en patiëntenrechten

Het advies van de Orde der Geneesheren met betrekking tot de patiëntenrechten werd in 2001 geformuleerd.

Artikel 39 van de Code van Plichtenleer bepaalt *: "Het is de geneesheer die persoonlijk het medisch dossier heeft samengesteld en aangevuld die verantwoordelijk is voor de bewaring ervan. Hij beslist over de overdracht van het geheel of een gedeelte van het dossier met inachtneming van het beroepsgeheim."*

Indien verschillende artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten en/of paramedici betrokken zijn bij de verzorging van een welbepaalde patiënt, dient de toegang tot het persoonlijk dossier hiërarchisch vastgelegd en beperkt te worden tot diegenen die de patiënt in behandeling hebben en wat noodzakelijke kennis is om een diagnose of een therapie vast te stellen of om verzorging toe te dienen. De duur van deze toelating tot de toegang tot het dossier moet beperkt blijven tot de duur van de behandeling van de patiënt.

Indien een patiënt een persoonlijk medisch dossier aanlegt voor diegenen die hem dienen te verzorgen, draagt alleen de arts de verantwoordelijkheid voor de elementen van dit dossier van de patiënt die hij overneemt in zijn eigen dossier. (28)

### 2.2.5. Situatie in België: e-Health

***e-Health***

***= de ontwikkeling van informatica en telematica in de gezondheidszorg***

In 1999 werd de 'Telematica Commissie', opgericht om de ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken te adviseren over de problematiek van de elektronische uitwisseling van patiëntengegevens. Met het oprichten van het e-Health platform, in 2008, werd de bevoegdheid van de Telematica Commissie naar dit e-Health platform overgedragen. (7, 29)

Het e-Health-platform is een openbare instelling die een 2-ledige missie heeft, namelijk

- een goed georganiseerde, onderlinge elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling te bevorderen en te ondersteunen tussen alle actoren in de gezondheidszorg, *en*

- dit met de nodige waarborgen op vlak van de informatieveiligheid, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en de zorgverlener en het respect van het medisch beroepsgeheim.

Hierdoor zorgen voor

- optimalisatie van de kwaliteit en de continuïteit van de gezondheidszorgverstrekking,
- optimalisatie van de veiligheid van de patiënt,
- vereenvoudiging van de administratieve formaliteiten voor alle actoren in de gezondheidszorg,
- ondersteuning van het gezondheidszorgbeleid. (30)

### *Het actieplan "Informatisering in de gezondheidszorg"*

Tijdens de slotvergadering van de ronde tafel over de "informatisering in de gezondheidszorg" , op 20 december 2012, werd een actieplan, opgesteld door stakeholders die de sector vertegenwoordigen, voorgesteld aan de bevoegde ministers van Volksgezondheid. De actiepunten staan opgesomd in Tabel 2-3. Het uitgangspunt voor het overleg was een oriëntatienota die Minister L. Onkelinx heeft voorgelegd met goedkeuring van de interministeriële Conferentie Volksgezondheid op 28 januari 2013. Belangrijk was dat e-Health een verbindende factor kan zijn in een gefragmenteerde gezondheidszorg en de diensten aangeboden in het kader van de informatisering van de gezondheidszorg een echte toegevoegde waarde moeten betekenen voor zowel de patiënten als de zorgverleners. (9)

In het actieplan e-gezondheid 2013-2018 is één van de essentiële actiepunten het delen van gegevens binnen de eerstelijn en de ziekenhuizen. Het eerste actiepunt stelt dat het GMD bestaat uit meer dan het bijhouden van een EMD, maar ook uit het delen van relevante medische gegevens. Ze stellen dat GMD-houder zijn voor een patiënt inhoudt om voor die patiënt , als hij zijn informed consent geeft, de relevante pathologiegegevens systematisch in een SumEHR bij te houden en deze te delen (via Vitalink of Inter-Med). Dit betekent dat elke zorgverstrekker zijn deel van de gegevens up-to-date houdt (bv. medicatieschema, vaccinatieschema...). Dit leidt ertoe dat alle medische gegevens die relevant zijn voor het uitoefenen van hun zorgtaak zullen gedeeld worden met andere zorgverstrekkers. (9)

*1. GMD = EMD en het delen van relevante medische gegevens*

*2. Ontwikkelen van een ziekenhuis EPD*

*3. Gegevens afgeleverde medicatie en Medicatieschema*

*4. Veralgemeend elektronisch voorschrijven*

*5. Gegevens delen via hub-meta-hub*

*6. Ontwikkelen van een 'minimaal EPD'*

*7. Psychiatrische en andere instellingen en hub-meta-hub*

*8. Invoeren van een uniform evaluatie-instrument (BelRAI)*

*9. Aanpassen van de reglementering en van de financiering als incentives voor het gebruik*

*10. Toegang tot de gegevens door de patiënt*

*11. Parate kennis en inzicht over e-Gezondheid vergroten*

*12. e-Gezondheid opnemen in de opleiding*

*13. Realisatie van een nationaal terminologiebeleid*

*14. MyCareNet*

*15. Een specifiek actieplan voor de harmonisering en administratieve vereenvoudiging*

*16. Traceerbaarheid van medische hulpmiddelen e.a.*

*17. Veralgemeend gebruik van de eHealthBox (en CoBRAH)*

*18. Inventaris en consolidatie registers*

*19. Governance structuur e-Gezondheid*

*20. Monitoring van de Uitvoering van het Actieplan*

**Tabel 2-3:** Lijst van de actiepunten Ronde Tafel e-Health 20 december 2012 "Informatisering in de gezondheidszorg (9)

### *Vitalink*

Vitalink, een platform voor gegevensdeling, is een project dat gefaciliteerd wordt door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG). Om de patiënt de best mogelijke zorg te bieden waar hij of zij zich ook bevindt, wilt men zorgverleners toegang verlenen tot actuele gegevens uit een medisch - of zorgdossier die belangrijk zijn voor de zorg van hun patiënt/cliënt. Zo kan de behandelende zorgverlener accurater beslissen over diagnose en behandeling. De focus wordt hierbij voornamelijk op de eerstelijnsgezondheidszorg en alle daarin actieve zorgverstrekkers gelegd. De patiënt bepaalt mee wie toegang krijgt tot zijn of haar gegevens door middel van het aanmaken van therapeutische relaties. In november 2012 werd een pilootproject opgestart in 4 regio's gedurende een periode van zes maanden. Het medicatieschema is de eerste Vitalink-applicatie die op het platform zal draaien en die de effectiviteit ervan zal testen. (30-31)

***Hubs en MetaHub***

Het Hub/MetaHub systeem laat zorgverleners toe om informatie (huidige en vroegere brieven, verslagen, labo, beeldvorming...) dat binnen ziekenhuizen beschikbaar is te consulteren, onafhankelijk van waar deze informatie zich bevindt. Ook een eventueel beschikbare SumEHR kan via de portaal-applicatie geraadpleegd worden als deze door een arts opgeladen werd. In België zijn er vijf Hubs. Ze zijn regionaal georganiseerd vanuit Antwerpen (ARH), Gent (CoZo), Leuven (VZNHUB), Brussel (ABruMeT) en Wallonië (RSW). Artsen en ziekenhuismedewerkers kunnen via een dergelijke Hub informatie opvragen over een patiënt. Eén van de nieuwe homologatiecriteria voor de EMD's zou de huisartsen op termijn in staat moeten stellen om dit rechtstreeks via het EMD van de patiënt te kunnen doen. Via één van de Hubs is er niet alleen toegang tot de eigen aangesloten ziekenhuizen, maar via de centrale MetaHub worden eveneens alle andere Hubs gecontacteerd waarbinnen de patiënt gekend is. Zo kan een arts via het raadplegen van één Hub, de informatie uit alle vijf de Hubs bekijken. Er werd voor een systeem gekozen waarbij de patiënt expliciet zijn toestemming geven vooraleer de verwijzingen in het verwijzingsrepertorium kunnen geconsulteerd worden, men spreekt van een opt-in systeem. (31-33)

***sumEHR***

Ook SumEHR maakt onderdeel uit van e-Health en werd reeds besproken in punt 2.2.1., 2.2.2. en 2.2.3.

### 2.2.6. Situatie Nederland

In Nederland werd, onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), in 2008 het landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD) ingevoerd. Het EPD moest ervoor zorgen dat de relevante zorginformatie tijd- en plaatsonafhankelijk beschikbaar is en dat deze informatie volledig en actueel is. Gezien het EPD in 2011 werd weggestemd door de Eerste Kamer namen de zorgverleners (VZVZ) zelf het initiatief om zich in te zetten voor het behoud van de zorginfrastructuur, het vroegere landelijke EPD, zonder steun van de overheid vanaf 1 januari 2012. (34-35)

Een onderdeel van het EPD is het 'Waarneemdossier Huisartsen' (WDH). Het ondersteunt de waarneming door huisartsen tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten op huisartsenposten. Het

Waarneemdossier Huisartsen bevat een 'professionele samenvatting' (PS) die inzage verleent in de relevante medische gegevens van de patiënt en een terugrapportage van de waarneming aan de vaste huisarts onder de vorm van 'het waarneembericht' (WB). (36)

De medische gegevens van het EPD worden niet centraal opgeslagen, maar worden uitgewisseld via het landelijk schakelpunt (LSP). Dit landelijk schakelpunt is toegankelijk voor huisartsen, apotheken en ziekenhuizen en op deze manier kan veilig en snel actuele informatie opgevraagd worden uit de computers van andere zorgverleners in heel het land. Vanaf 1 januari 2012 wordt alleen met de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt (opt-in) zijn medische gegevens uitgewisseld, voorheen was dit een opt-out systeem waarbij de patiënten na een rondzendbrief bezwaar konden maken tegen het uitwisselen van hun medische gegevens via het EPD. (36-39)

De eerste pilot rond de invoering van dit landelijk elektronisch patiëntendossier vond plaats in Twente in 2007 en werd in mei 2008 afgerond. Op deze pilot werd er een kwaliteitsstudie uitgevoerd door Dumay en Haaker en de resultaten werden gepubliceerd in 2010. Zij kwamen tot de conclusie dat om het 'waarneembericht' en 'waarneemdossier huisartsen' mogelijk te maken er een goed technisch systeem nodig is, maar dat dit alleen niet voldoende is. Naast de interoperabiliteit tussen de verschillende systemen is ook een uniforme registratie van patiënteninformatie van belang. De richtlijn Adequate Dossiervorming Elektronisch Patiënten Dossier ( ADEPD) is onvoldoende gekend, toegepast of aanvaard. Dit resulteert in vrije interpretatie van deze richtlijn en bijgevolg in verschillende uitkomsten. De richtlijn voor elektronische registratie moet dus uniform, ondubbelzinnig en aanvaard zijn door alle gebruikers. (40)

Via een studie aan de hand van interviews bij gezondheidszorgmedewerkers werden de voordelen en problemen bekeken van het elektronisch uitwisselen van informatie in Nederland. (41) Tabel 2-4.

| Positieve punten | Negatieve punten |
|---|---|
| - Snellere informatieoverdracht<br>- Efficiëntere gezondheidszorg<br>- Toename van de kwaliteit van gezondheidszorg<br>- Toegang tot meer up-to-date informatie | - Veiligheid van informatieoverdracht ( toegang door niet geauthoriseerde personen, patiënt weigert EPD, legitimiteit arts om EPD te raadplegen)<br>- Betrouwbaarheid van informatie ( inadequaat patiëntendossier, vrees van artsen om persoonlijke informatie noteren in EPD, technische performantie en snelheid van systeem)<br>- Andere problemen ( verantwoordelijkheid bij medische fouten door niet correct ingevuld EPD, onvoldoende kennis andere hulpverleners) |

**Tabel 2-4**: Voordelen en problemen bij het elektronisch uitwisselen van informatie. (41)

Volgens Zwaanswijk et al. (2011) was een belangrijke reden voor de problemen bij implementatie van dit systeem dat er een “top-down” aanpak gebruikt werd. Het systeem werd ontwikkeld door de overheid en had onvoldoende aandacht voor de gezondheidswerkers die met het systeem moesten werken. Tevens haakten gebruikers af ten gevolge van technische problemen en het onvoldoende werkbaar zijn van het systeem. (41)

Een andere evaluatie over de elektronische zorginformatie-uitwisseling door Twist et al. (2012) werd geconcludeerd dat het gebruik van het EPD niet eenduidig was. De overheid en de verschillende zorgverleners hadden een verschillende visie op het project waardoor de invulling sterk kon verschillen. (42)

# 3. Onderzoeksmethodiek

We deden een prospectief observationeel onderzoek aan de hand van een enquête die verspreid werd onder de artsen die lid waren van de Huisartsenvereniging Brugge en Omstreken (HABO). Er was ook een korte informatiefolder voorzien voor de artsen, Bijlage I.

De enquête (Bijlage II , http://www.thesistools.com/web/?id=290885) was opgebouwd uit twee delen. Deel I van de enquête ging over de organisatie van de praktijk en praktijkvoering en bestond uit 26, eerder algemene vragen.
In deel II werden eerdere specifieke zaken met betrekking tot de wachtdienst bevraagd. Uiteindelijk bestond de enquête uit 43 vragen, waaronder 41 meerkeuze vragen en 2 open vragen die respondenten toelieten hun mening te formuleren.

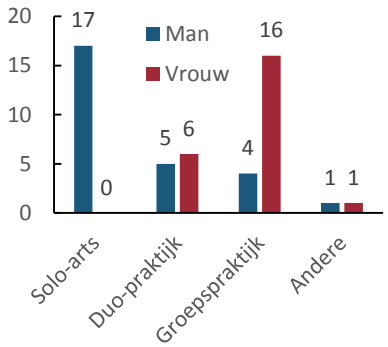
De enquête werd op 28 september 2012 voor de eerste maal via email verstuurd naar 260 artsen die aangesloten waren bij de wachtkring Huisartsen Brugge en Omgeving (HABO). Tijdens weekend- en feestdagen wordt de wachtpost steeds bemand door twee artsen. Op het bureaublad van de computers van de twee consultatieruimtes op de wachtpost werd een link geplaatst naar de online enquête. In beide consultatieruimtes werden tevens flyers met beperkte informatie en een informatiemapje met meer uitgebreide informatie over het onderzoek voorzien. Gezien de matige initiële respons, 11 ingevulde enquêtes, werd er een nieuwe email verzonden, op 26 oktober 2012. Hierop reageerden nogmaals 36 collega’s. Een derde, en laatste maal, werd de enquête via email verstuurd op 15 januari 2013. Op 7 februari werd de enquête afgesloten met 61 respondenten. Bij het nader bekijken van het aantal respondenten zaten er 3 dubbele exemplaren tussen en dit was te wijten aan een technisch probleem. Tevens waren er 2 exemplaren zonder informed consent, waardoor het

vervolg van de enquête niet werd geregistreerd. Na de derde vraag was er ook een drop-out van 6 respondenten en na vraag 27, begin deel II van de enquête, haakten nogmaals 4 extra respondenten af. Uiteindelijk werd de vragenlijst volledig ingevuld door 46 van de 260 artsen, wat gelijk staat aan een respons van 17,7%. De resultaten werden verwerkt via het statistich programma SPSS Statistics 21 en grafieken werden gemaakt met Microsoft Office Excel 2013.

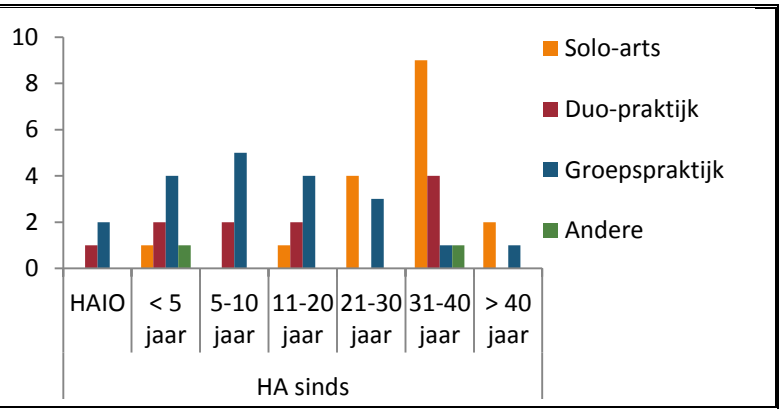
# 4. Onderzoeksresultaten

## 4.1. Studiepopulatie

Deel I van de enquête werd ingevuld door 27 mannelijke (58%) en 23 (46%) vrouwelijke artsen. De 17 artsen die als solo-arts werkten, werden enkel vertegenwoordigd door de mannelijke collega's. Zestien van de 20 artsen (80%) die in een groepspraktijk werkten, waren vrouwen. Het grootste deel van de respondenten, namelijk 32 van de 50 artsen (64%), werkten dus niet alleen, maar in een samenwerking met één of meerdere collega's en dit onder de vorm van duo-praktijk, HOED of groepspraktijk. Figuur 4-1 en 4-2.




**Figuur 4-1:** Verdeling volgens geslacht over de verschillende praktijkvormen.




**Figuur 4-2**: Verdeling het aantal jaren werkzaam als huisarts volgens praktijkvorm waarin werkzaam.

## 4.2. Attitude ten opzichte van het thuisdossier voor de wachtarts

Dat er een thuisdossier aanwezig is bij een patiënt tijdens een wachtdienst wordt volgens 44 van de 46 artsen (96%) als een meerwaarde ervaren. In contrast hiermee zeggen slechts 22 van de 50 (44%) ondervraagden dat ze actief werken aan een thuisdossier voor (een deel van) hun patiënten. In totaal hebben 41 op de 50 artsen (82%) geantwoord dat enkele van hun patiënten een thuisdossier hebben,

maar bij 19 van de 50 artsen (38%) werken ze zelf niet actief mee aan het thuisdossier. Een deel van de patiënten zijn dus in het bezit van een thuisdossier zonder dat hun huisarts hier actief aan meewerkt.

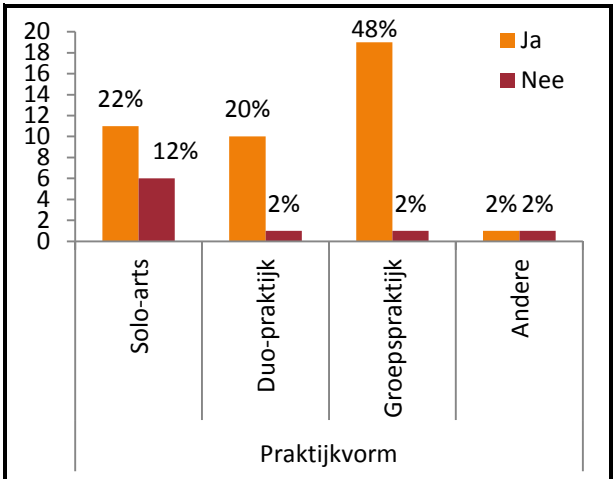
Als er een thuisdossier aanwezig is dan zijn de artsen van mening dat de aanwezigheid en het up-to-date houden hiervan respectievelijk door 28 (56%) en 21 (42%) van de 50 artsen als een gedeelde verantwoordelijkheid van zowel arts als patiënt wordt gezien. Toch zijn 19 op de 50 artsen (38%) van mening dat de verantwoordelijkheid voor de aanwezigheid van een thuisdossier bij de arts ligt en niet bij de patiënt. Hierbij aansluitend vindt de helft van de respondenten dat de arts als enige verantwoordelijke kan aanzien worden voor het up-to-date houden van dit thuisdossier.

Ongeveer een vijfde van de artsen (21%) zegt dat hun patiënten actief meewerken aan hun eigen thuisdossier. De patiënten doen dit dan door het noteren van klinische parameters (BD, pols,..), medicatiewijzigingen, bijhouden van specialistische verslagen, maar ook door het bewaren van dit thuisdossier. Eén van de respondenten gaf aan dat dit thuisdossier nogal eens zou durven te verdwijnen bij patiënten met bijvoorbeeld psychiatrische problematiek.

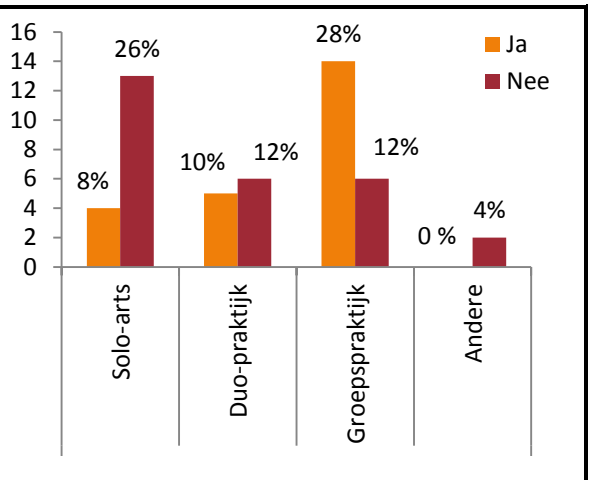
Wanneer er een thuisdossier aanwezig is dan zeggen 41 van de 46 artsen (89%) hun patiënten aan te moedigen om dit thuisdossier te tonen aan collega-artsen zoals aan specialisten of artsen van wacht. We merken echter wel op dat 32 van de 46 artsen (70%) hun patiënten niet attent maken op hun privacy-rechten met betrekking tot dit thuisdossier.

### *Zit er een verschil tussen de aanwezigheid van een thuisdossier volgens de praktijkvorm?*

Of de artsen die werkzaam zijn in een groepspraktijk nu actief aan een thuisdossier werken of niet, toch zijn het net deze artsen die het meest frequent bij hun patiënten een thuisdossier hebben liggen. Negentien van de 20 artsen (95%) die werkzaam waren in een groepspraktijk vermeldden dat een deel van hun patiënten een thuisdossier hadden. Ook de patiënten van artsen werkzaam in een duo-praktijk hebben frequent een thuisdossier, 10 van de 11 duo-praktijk artsen (91%) hebben dan ook “ja” geantwoord op deze vraag. Dit ten opzichte van de solo-artsen, waar slechts 11 op de 17 artsen (65%) zeiden dat een aantal van hun patiënten in het bezit waren van een thuisdossier. Als we verder kijken naar welke artsen het meest actief aan een thuisdossier werken voor hun patiënten is het ook de groep van artsen werkzaam in een groepspraktijk die op de voorgrond komen. Zo zeggen 14 van de 20 artsen (70%) werkzaam in een groepspraktijk actief te werken aan dit thuisdossier en dit ten opzichte van slechts 4 van de 17 van de solo-artsen (11%). Figuur 4-3 en 4-4.




**Figuur 4-3:** Hebben patiënten al dan niet een thuisdossier en dit weergegeven volgens praktijkvorm




**Figuur 4-4:** Actief werken aan een thuisdossier weergegeven volgens praktijkvorm

### *Waarom geen thuisdossier?*

De voornaamste reden die onze respondenten opgeven voor het niet hebben van een thuisdossier is dat het te tijd-investerend is (18 van de 50 artsen (36%)). Ook het moeilijk up-to-date houden, is voor 1 op 3 artsen een reden voor het niet gebruiken van een thuisdossier. Veertien van de 50 artsen (28%) zeggen enkel te werken met het EMD op huisbezoek en voorzien geen thuisdossier meer bij de patiënt zelf. Tien van de 50 artsen (20%) ervaren zelf geen nood aan een thuisdossier bij de patiënten en stellen dit dan ook niet op. Privacy- en patiëntenrechten vormen dan weer voor 7 van de 50 respondenten (14%) een obstakel voor het voorzien van een thuisdossier. Twee van de 50 artsen zeggen dat een thuisdossier, enkel en alleen voor de wachtarts, een stap terug is. Alles verloopt momenteel elektronisch en deze artsen wachten dus op een meer veralgemeend gebruik van SumEHR.

### *Bij welke patiënten is de huisarts meer geneigd om informatie te delen met de wachtarts?*

Als we kijken welke patiënten dan juist een thuisdossier hebben dan is de grootste groep, de inwoners van een Woonzorgcentrum (WZC), waarbij 31 van de 50 artsen (62%) zeggen dat deze patiënten een thuisdossier hebben. Als we de bewoners van een WZC buiten beschouwing laten dan zeggen 18 van de 50 artsen (36%) dat enkel de patiënten die op huisbezoek gezien worden en nooit of zelden op consultatie komen naar de praktijk meest frequent een thuisdossier bezitten. Opvallend hierbij is ook dat onze andere patiënten die nog voldoende mobiel zijn om naar de praktijk te komen, maar met toch ook belangrijke chronische aandoeningen, polypathologie, polyfarmacie… veel minder frequent (slechts bij 2 van de 50 artsen (4%)) een thuisdossier hebben en dit ten opzichte van chronische patiënten die enkel op huisbezoek gezien worden (19 op 50 artsen (38%)).

## 4.3. Inhoud thuisdossier en wat is nuttig tijdens de wachtdienst

*Welke gegevens willen artsen delen met de wachtarts en welke gegevens vinden ze in hun functie als wachtarts belangrijk in een thuisdossier? (Bijlage III)*

**Administratieve gegevens**

Over een aantal gegevens in het thuisdossier is er geen discussie. De naam van de patiënt, de geboortedatum en adresgegevens worden door respectievelijk 43 op de 44 (98%), 39 op de 41 (95%) en 32 op de 40 (80%) artsen altijd in het thuisdossier geplaatst. De artsen vinden 'Naam' (41 op de 44 (93%)) en 'Geboortedatum' (35 op de 41 (85%)) dan ook noodzakelijke informatie voor de wachtarts. 'Adresgegevens' daarentegen wordt door slechts 18 op de 42 artsen (42%) als noodzakelijke informatie ervaren in een thuisdossier voor de wachtarts en 12 op de 42 artsen (29%) vindt dit zelfs overbodige informatie.

Over de aanwezigheid van gegevens over de gezinssituatie/ burgerlijke stand in het thuisdossier is er een grotere verdeeldheid terug te vinden. Negentien op de 37 artsen (52%) zet dit altijd tot frequent in het thuisdossier terwijl 19 op de 37 artsen (45%) dit zelden tot nooit doen. Dat het nuttige gegevens zijn, reflecteert zich in het feit dat 26 op de 40 artsen (65%) dit als nuttige informatie bestempelen tijdens de wachtdienst.

Contactgegevens van artsen (42 op de 43 (98%)) en contactgegevens van verpleegkundigen (32 op de 41 (78%)) worden altijd tot frequent weergegeven in het thuisdossier. Wie de GMD-houdende huisarts is, vinden 26 op de 38 artsen (68%) overbodige informatie tijdens de wachtdienst. De contactgegevens van apotheek (33 op de 37 (89%)) en kinesist ( 29 op de 33 (88%)) worden zelden tot nooit weergegeven in het thuisdossier. Dertig op de 40 (75%) artsen in deze studie vermelden frequent tot altijd de contactgegevens van de mantelzorg in het thuisdossier. Het grootste deel van de artsen (23 op de 41 artsen (56%)) vindt dit nuttige informatie en 16 op de 41 artsen (39%) vindt dit zelfs noodzakelijke informatie tijdens een wacht. De gegevens van bewindvoerder of vertrouwenspersoon zijn ook belangrijk, maar de voorkeur gaat toch uit naar gegevens over de mantelzorg.

**Medische gegevens**

De actieve ziekten worden door 26 op de 41 artsen (63%) steeds in het thuisdossier genoteerd en nog eens 12 op de 41 artsen (29%) geeft aan dit frequent te doen. Ook actuele medicatie wordt door 35

op de 42 artsen (83%) steeds in het thuisdossier vermeld. Informatie over actieve ziekten en actuele medicatie wordt dan ook als noodzakelijke informatie beschouwd, door respectievelijk 40 op de 44 artsen (91%) en 43 op de 44 (98%), tijdens de wachtdienst.

De startdatum (25 op de 38 artsen (66%)) en de reden waarom de medicatie opgestart werd (23 op de 39 (59%)), blijken nuttig te worden bevonden door een meerderheid tijdens een wachtdienst, maar beide gegevens worden toch door ongeveer de helft (18 op de 37 artsen (49%)) van de ondervraagden zelden tot nooit weergegeven in het thuisdossier. Een stopdatum van medicatie wordt zelfs door slechts 8 op de 39 artsen (21%) steeds genoteerd in het dossier en enkel 2 op de 37 artsen (5,5%) zeggen steeds de reden te vermelden waarom de medicatie gestopt werd. Dosisaanpassingen van medicatie worden dan wel weer door 19 op de 42 (45%) artsen altijd en door 15 op de 42 (36%) artsen frequent gedocumenteerd in het thuisdossier. Deze dosisaanpassingen worden door 23 van de 42 artsen (55%) als noodzakelijk bevonden in het thuisdossier tijdens een wachtdienst. De artsen beschouwen deze informatie dus als meer noodzakelijk dan de start- en stopdatum en de redenen waarom medicatie werd gestart of gestopt.

Gegevens over allergieën en intoleranties vinden respectievelijk 41 op de 43 artsen (95%) en 36 op de 41 artsen (88%) noodzakelijke informatie tijdens een wachtdienst. Toch zijn artsen niet zo sterk geneigd deze informatie mede te delen in het thuisdossier. Voor 'allergieën' zeggen 24 op de 44 artsen (54%) en voor 'Intoleranties' 20 op de 43 artsen (46%) deze informatie altijd in het thuisdossier te vermelden. Ook de ernst van de allergische reactie/ intolerantie vinden 28 op de 39 (72%) van de respondenten een noodzakelijke vermelding in het thuisdossier terwijl slechts iets meer dan één vierde (11 op de 39 artsen (28%)) dit altijd documenteert in het thuisdossier.

Bloedgroepgegevens zijn eerder zelden (20 op 36 artsen (55%)) aanwezig in het thuisdossier en vinden 2 op 5 artsen, tijdens hun wachtdienst, overbodige informatie. Hoewel de vaccinatietoestand door 27 op de 41 (66%) artsen nuttig gevonden wordt tijdens de wachtdienst wordt deze niet steeds vermeld in het thuisdossier.

De relevante medische voorgeschiedenis willen 29 op de 44 artsen (66%) steeds delen met de wachtarts in het thuisdossier. Dat deze informatie over een patiënt tijdens de wachtdienst geapprecieërd wordt, komt naar voor uit het gegeven dat alle artsen ( 44 op de 44 (100%)) deze informatie als noodzakelijk beschouwen in het thuisdossier voor de wachtarts. De relevante therapeutische voorgeschiedenis werd minder frequent gedeeld met de wachtarts. Slechts 17 op de 39 artsen (44%) deelden dit altijd mee in het thuisdossier voor de wachtarts terwijl 27 op de 42 (64%) dit wel als noodzakelijke informatie in het thuisdossier beschouwden. Artsen ervaren dit dus als meer noodzakelijk tijdens hun wachtdiensten dan dat ze het eigenlijk zelf steeds noteren in het thuisdossier.

Informatie rond de aanwezigheid van vreemde voorwerpen zoals onder andere een pacemaker, prothesen…kan nuttige informatie zijn tijdens een wachtdienst en wordt dan ook door 21 van de 40 artsen (53%) altijd of toch ten minste frequent (11 op de 40 artsen (28%)) vermeld in het thuisdossier.

Recente laboverslagen worden door artsen als nuttig (24 op de 42 artsen (57%)) tot noodzakelijk (18 op de 42 artsen (43%)) ervaren en dit werd steeds (14 op de 41 artsen (34%)) tot frequent (15 op de 41 artsen (37%)) toegevoegd aan het thuisdossier.

Risicofactoren zoals alcohol, roken, druggebruik, maar ook sociaal gedrag vinden 33 van de 44 artsen (75%) noodzakelijke informatie tijdens hun wachtdienst. Met 11 van de 41 collega's (27%) die deze gegevens altijd en 18 op de 41 artsen (44%) die dit frequent in het thuisdossier beschreven, zien we dat de verwachting van de artsen in hun functie als wachtarts hoger liggen dan dat ze als huisarts deze informatie willen delen met hun collega's.

Informatie rond het levenseinde door middel van euthanasieverzoek, weigering orgaandonatie, DNR-verklaring of code van therapiebeperking werd door een minderheid als overbodige informatie beschouwd voor een thuisdossier tijdens de wachtdienst. Weigering van orgaandonatie werd het minst frequent gedeeld met de collega huisartsen, en zelfs door 16 op de 37 artsen (43%) nooit, via het thuisdossier. De meerderheid (19 op de 37 (51%)) vond de 'weigering van orgaandonatie' nuttige informatie, maar uiteindelijk vonden ook 10 op de 37 artsen (27%) deze informatie overbodig in het thuisdossier. De aanwezigheid van een daarentegen vonden 18 op de 40 artsen (45%) zelfs noodzakelijke informatie en nog eens 19 op de 40 artsen (48%) vonden dit nuttige informatie. De DNR-verklaring of code van therapiebeperking vinden 33 op de 44 artsen (75%) noodzakelijk in een thuisdossier voor de wachtarts en de overige 11 artsen (25%) vinden dit nuttig. Toch zijn evenveel artsen geneigd als niet geneigd om deze informatie, met betrekking tot zowel euthanasieverzoek als DNR-verklaring, mede te delen in het thuisdossier.

## 4.4. SumEHR, toegankelijk voor de wachtarts

*Hoe staan de artsen van de wachtkring ten opzichte van een kerndossier (SumEHR) dat centraal opgeslagen wordt en toegankelijk is voor de wachtarts?*

We zagen dat slechts 15 op de 50 artsen (30%) vanuit hun EMD een thuisdossier opstelden en slechts 7 op de 50 artsen (14%) maken regelmatig een SumEHR uit het EMD. Dit lage percentage kan te wijten zijn aan het feit dat 21 op de 50 artsen (42%) zeggen niet te weten hoe ze deze SumEHR concreet kunnen realiseren aan de hand van hun elektronisch medisch dossier. Er is ook de perceptie dat dit te tijdrovend is ( 13 op de 50 artsen (26%)).

Het SumEHR werd voornamelijk als een nuttig instrument beschouwd voor spoedartsen (36 op de 46 artsen (78%)), maar nog meer voor huisartsen van wacht (41 op de 46 artsen (89%)). Ook voor specialisten die patiënten binnen de werkuren zien, kan SumEHR volgens meer dan de helft van de artsen (25 op de 46 artsen (54%)) een meerwaarde bieden. Het nut van dit kerndossier voor verpleegkundigen ( 18 op de 46 artsen (39%)), apothekers ( 9 op de 46 artsen (20%)) en kinesisten (9 op de 46 artsen (20%)) ligt volgens de huisartsen een stuk lager.

Indien SumEHR voorhanden, en indien geweten is hoe dit concreet functioneert, zouden 40 op de 45 (89%) huisartsen hier gebruik van maken tijdens de wachtdienst. Het gebruik van een centraal opgeslagen thuisdossier tijdens een wacht op de wachtpost wordt als nuttig ervaren door 42 op de 46 artsen (91%) en tijdens de mobiele wachten door 37 van de 46 artsen (80%). Hoewel bij de mobiele wachten dit toch als een stuk omslachtiger (9 op de 46 artsen (19,5%)) wordt aanzien dan in de wachtpost zelf (2 op de 46 artsen (4%)). Wat artsen nog het meest zou tegenhouden aan het gebruik van SumEHR tijdens de wacht is dat het te tijderovend is (18 op de 46 artsen (39%)) gevolgd door 14 op de 46 artsen (30%) die de noodzaak aan een netbook, laptop of tablet tijdens de wacht als een hindernis zien.

# 5. Discussie

Het tekort aan informatie met betrekking tot een patiënt komt het meest frequent voor tijdens de wachtdiensten georganiseerd door de eerste lijn en op de spoedafdelingen van ziekenhuizen. (19) In 2005 publiceerden Smith et al. een onderzoek met betrekking tot het gebrek aan informatie gedurende huisbezoeken in de eerstelijn. Als zelfs de vaste huisarts informatie tekort ervaart tijdens 1 op 7 huisbezoeken is het niet onlogisch dat een arts die niet vertrouwd is met een patiënt deze informatie ook tekort komt. In dit onderzoek kwam vooral een tekort aan informatie met betrekking tot laboratoriumresultaten, specialistische verslagen, beeldvorminsgsprotocollen, voorgeschiedenis en klinisch onderzoek en medicatie. Wat ook opviel was dat artsen die volledig bijgehouden EMD's hadden significant minder frequent een gebrek ervaarden aan klinische informatie. (43)

Doordat er weinig onderzoeken en artikels gepubliceerd zijn over het tekort aan informatie dat huisartsen ervaren tijdens hun wachtdienst worden de bevindingen uit onze studie ook vergeleken met literatuur over informatietekort op spoeddiensten. Dit omdat spoedartsen net zoals huisartsen van wacht frequent geconfronteerd worden met voor hun onbekende patiënten, en dit in soms acute situaties. Het tekort aan informatie wordt gezien bij ongeveer 1 op 3 patiënten op de spoeddienst en voornamelijk bij de meer zieke patiënten. (44) In het algemeen werd de meest complete informatie

gegeven door de vertrouwde arts van de patiënt gezien wachtartsen zelf geen toegang hebben tot het patiëntendossier en ze soms weinig tijd hebben om tot in detail te treden in hun verwijsbrieven. Maar men moet echter oppassen. Ook de informatie die werd verschaft door de huisarts van de patiënt was niet steeds zo betrouwbaar. Soms is er een verschil tussen de werkelijkheid en de informatie in het elektronisch medisch dossier gezien deze niet voldoende up-to-date is. Dokters gebruikten de informatie die voorhanden was zonder zich al teveel vragen te stellen over de kwaliteit van deze informatie. Bijvoorbeeld, spoedartsen zochten de laatste ontslagbrief op en gebruikten deze informatie zonder zich ervan te vergewissen dat er nadien geen wijzingen werden aangebracht door artsen buiten het ziekenhuis. (19)

### *Welke informatie willen artsen delen met andere artsen via het thuisdossier?*

In het algemeen komt naar voor dat artsen tijdens hun wacht graag over de meeste informatie, die hieronder weergegeven wordt, beschikken tijdens hun wachtdienst maar dat ze minder geneigd zijn om zelf deze informatie mede te delen aan hun collega's van wacht via het thuisdossier. Dit komt overeen met wat ook gevonden werd uit het onderzoek van Strasberg et al. (1998). Zij besloten dat in het algemeen hun respondenten graag het volledige patiëntendossier, opgesteld in het ziekenhuis, inkeken, maar minder gewillig waren om het ziekenhuis toegang te verlenen tot hun eigen patiëntendossier. Deze artsen vonden dat sommige informatie besproken met de huisarts, met wie de patiënt een vertrouwensrelatie had, niet relevant was voor het ziekenhuis. (45) Dit kan eventueel doorgetrokken worden naar de huisarts van wacht die ook deze vertrouwensrelatie niet heeft met de patiënt. De resultaten uit deze studie kunnen samenvattend teruggevonden worden in Tabel 5-1 en in Bijlage III.

| **Informatie die artsen frequent delen** | | **Informatie die artsen minder frequent delen** |
|---|---|---|
| Naam, geboortedatum, adresgegevens | | |
| Contactgegevens arts | ⇔ | Contactgegevens kinesist<br>Contactgegevens apotheek |
| Allergieën en intoleranties | ⇔ | Ernst allergische reactie of intolerantie |
| Relevante medische voorgeschiedenis<br>Relevante therapeutische voorgeschiedenis<br>Aanwezigheid vreemde voorwerpen | | |
| Actieve ziekten<br>Actuele medicatie<br>Dosisaanpassingen medicatie | ⇔ | Start- en stopdatum medicatie<br>Reden waarom medicatie gestart/gestopt werd |

**Tabel 5-1**: Welke informatie zijn artsen geneigd om te delen en welke informatie niet.

Administratieve gegevens

De administratieve gegevens van de patiënt zoals naam, geboortedatum en adresgegevens zijn bijna steeds aanwezig in het thuisdossier. De artsen in deze studie vonden 'Naam' en 'Geboortedatum' noodzakelijke informatie in het thuisdossier. Adresgegevens daarentegen wordt door één derde van de artsen als overbodige informatie in een thuisdossier aanzien. Dit is misschien te verklaren door het feit dat tijdens een mobiele wacht, waar de wachtarts de patiënt meestal in zijn thuisomgeving ziet, deze gegevens reeds doorgegeven zijn door de secretariaatsmedewerker die de telefoon bemant op de wachtpost of hulpcentrum 100. Toch zien we ook dat adresgegevens in slechts 18% van de verwijsbrieven gericht aan de spoeddienst vermeld staan. (21)

Gegevens over gezinssituatie en burgerlijke stand worden minder gedeeld met de wachtarts via het thuisdossier en zijn bijna even frequent aanwezig als afwezig in het thuisdossier. Tijdens een wachtdienst vinden artsen deze informatie noch noodzakelijk, noch overbodig, maar het merendeel van de artsen vindt dit voornamelijk nuttige infomatie. In het sjabloon voor het thuisdossier is er een rubriek voor deze informatie, maar in het SumEHR- sjabloon is hier geen plaats voor voorzien.

In het SumEHR-sjabloon is er wel plaats voorzien voor de contactgegevens van artsen en een contactpersoon. Artsen ervaren tijdens een wachtdienst meer nood aan de gegevens van de gewoonlijk behandelende arts dan aan de gegevens van de mantelzorg en bewindvoerder. Toch wordt deze laatste informatie als nuttig en zelfs noodzakelijk ervaren tijdens een wachtdienst. Hierbij gelijklopend wordt deze informatie dan ook frequent weergegeven in het thuisdossier.

Buiten de contactgegevens van verpleegkundigen worden de contactgegevens van andere zorgverstrekkers zoals apotheek en kinesist als minder noodzakelijk gezien en deze informatie dan ook zelden tot nooit weergegeven in het thuisdossier.

Medische gegevens

Gegevens zoals de actuele probleemlijst en actuele medicatie worden als noodzakelijk ervaren tijdens een wachtdienst. De actuele probleemlijst is frequent aanwezig, maar wordt zeker niet steeds meegedeeld in de thuisdossiers. De actuele medicatie wordt daarentegen wel iets frequenter gedocumenteerd. Tijdens de wachtdienst zien we dat alle informatie met betrekking tot medicatie zoals start- en stopdatum, reden voor het stoppen of starten van medicatie en dosisaanpassingen als noodzakelijke informatie wordt ervaren. De reden waarop medicatie gestopt of gestart werd niet makkelijk gedocumenteerd in het thuisdossier en dit in tegenstelling tot de dosisaanpassingen. Toch is dit allemaal informatie die van belang kan zijn als je als wachtarts bij, een voor u als arts onbekende, patiënt wordt geroepen. Ook op een spoeddienst, waar de patiënt onbekend is, ziet men dat

informatie met betrekking tot medicatie en een actuele probleemlijst het meest frequent gemist wordt. (19, 46) Up-to-date informatie met betrekking tot medicatie kan de kwaliteit van zorg verbeteren doordat dit medische fouten kan verhinderen. (41) Hoe belangrijk we deze informatie als arts ook ervaren, toch noteert slechts een minderheid van de artsen deze informatie regelmatig in het thuisdossier. Ook allergieën en intoleranties worden als noodzakelijke informatie gezien, maar slechts de helft van de artsen plaatst deze bevindingen ook in het thuisdossier van de patiënt. In vergelijking met voorgaande bevinding wordt de ernst van de allergische reactie of intolerantie nog een stuk minder frequent gedeeld in het thuisdossier. In studies uitgevoerd in kader van vorige masterproeven komt ook naar voor dat allergieën ondergerapporteerd worden in het thuisdossier en in verwijsbrieven naar de spoeddienst. (2, 20-21)

Net zoals de informatie over de actuele probleemlijst en medicatie noodzakelijk werden bevonden, zijn evenzeer de relevante medische en therapeutische voorgeschiedenis van belang tijdens de wacht. Deze gegevens noteren artsen dan ook frequent tot steeds in het thuisdossier.

De relevante medische voorgeschiedenis willen 2 op 3 artsen steeds delen met de wachtarts in het thuisdossier en de wachtartsen vinden dit ook noodzakelijke informatie. Bij de patiënten waar dit niet in het thuisdossier vermeld staat of waar geen thuisdossier aanwezig is, wordt deze informatie dus sterk gemist. In de studie van Dr. An Weerts werd tevens een onderrapportage gezien van de medische en therapeutische voorgeschiedenis in het thuisdossier. (2) Ook Garansen et al. (2007) en Valcke (2012) sluiten hierbij aan en het bleek dat deze informatie frequent gemist werd bij doorverwijzing naar een spoeddienst. (21, 46) Informatie rond de aanwezigheid van vreemde voorwerpen zoals onder andere een pacemaker, prothesen…kan nuttig zijn tijdens een wachtdienst en wordt dan ook door 32 van de 40 artsen (80%) altijd of toch ten minste frequent vermeld in het thuisdossier.

Recente laboverslagen worden door artsen als nuttig (tot noodzakelijk (18 op de 42 artsen (43%)) ervaren en dit werd steeds (14 op 41 artsen (34%)) tot frequent (15 op de 41 artsen (37%)) toegevoegd aan het thuisdossier. Stiell et al. (2003) documenteerde ook dat laboresultaten behoren tot één van de meest voorkomende tekorten aan informatie op de spoeddienst. (44)

Risicofactoren zoals alcohol, roken, druggebruik, maar ook sociaal gedrag vinden 3 op 4 artsen noodzakelijke informatie tijdens hun wacht. Maar slechts één vierde van de artsen plaatst dit steeds in het thuisdossier. Ook Dr. An Weerts had deze bevinding in haar onderzoek. (2) We zien dat de verwachtingen van de artsen in hun functie als wachtarts hoger liggen dan de ze als huisarts deze informatie willen delen met hun collega's.

Hoewel gegevens met betrekking tot euthanasieverzoek, DNR-verklaring of code van therapiebeperking geen deel uitmaken van het SumEHR vermelden toch de helft van de artsen dit steeds tot frequent in het thuisdossier van hun patiënten. Dit impliceert dat deze informatie in de helft van de gevallen niet aanwezig is. Toch wordt deze DNR-verklaring in de, soms acute, situaties waarin we als wachtarts terecht komen, door een grote meerderheid van de artsen als noodzakelijke informatie gezien. Ook De Mey et al. (2004) stelt in de richtlijn met betrekking tot het kerndossier dat een euthanasieverklaring (inclusief wilsverklaring), DNR-verklaring en weigering van orgaandonatie belangrijke gegevens zijn voor de wachtarts. Het zou nuttig zijn als hiervoor duidelijke, uniforme documenten worden gemaakt die gebruikt kunnen worden in de huisartsenzorg, WZC en ziekenhuiszorg en dat ze een uniform e-formaat krijgen dat in een administratief/medisch kerndossier kan gebruikt worden. (17)

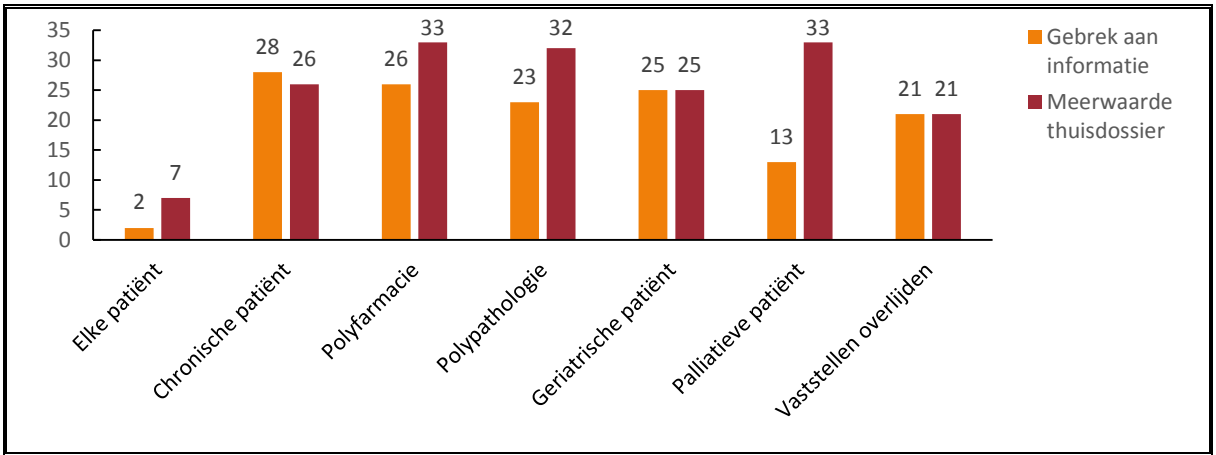
### *Nut van het opstellen van het thuisdossier voor de wachtdienst*

De aanwezigheid van een (elektronisch) gedeeld patiëntendossier kan fungeren als een punt waarvan wordt gestart met verder onderzoek of die een patroon kan tonen van het gedrag of de gezondheid van patiënten. Het fungeert dus meer als een hulpmiddel waar artsen niet blindelings op vertrouwen. (41) Hoewel het lezen van het patiëntendossier zelden de aanpak wijzigt kan het toch van groot belang zijn zowel om klinische als medico-legale redenen. Waarschijnlijk dat het proces waarop het verlenen van zorg verloopt verbetert wanneer het medisch dossier ingekeken wordt en dat het een betere uitkomst als resultaat geeft. (47) De aanwezigheid van een gedeeld patiëntendossier, en meer bepaald een elektronische informatieoverdracht, kan de efficiëntie van zorg verbeteren door een snellere informatieoverdracht. Zorgverleners hebben ook toegang tot meer up-to-date informatie waardoor ze informatie kunnen verkrijgen bij patiënten die zelf hun problemen niet kunnen duiden door het feit dat ze niet bewust of verward zijn. (41)

Hierbij aansluitend zien we in onze studie dat bijna alle artsen (44 op de 46 artsen (96%)) een meerwaarde ervaren aan een thuisdossier tijdens een wachtdienst en dat dit waarschijnlijk ten dele verklaard kan worden door het gegeven dat ongeveer 9 op 10 van de collega-huisartsen die de enquête invulden reeds een gebrek aan informatie hadden ervaren tijdens hun wachtdiensten. Figuur 5-1. Naast het feit dat artsen voor elke patiënt wel een meerwaarde zien van het thuisdossier is die toch het grootst bij patiënten waar de zorgsituatie of –vraag complexer is. Dit gebrek aan informatie kwam voornamelijk naar voor bij chronische patiënten ( 28 op de 46 artsen (61%)), patiënten met polyfarmacie (26 op de 46 artsen (56%)), geriatrische patiënten (54%) en patiënten met polypathologie (23 op de 46 artsen (50%)). Bij sommigen geriatrische patiënten, zeker indien niet opgenomen in WZC

of met gebrekkige thuishulp, kan de anamnese met betrekking tot medicatie en medische voorgeschiedenis soms moeilijk verlopen.

Wat ook heel sterk naar voor kwam was dat er een tekort aan informatie werd ervaren bij het vaststellen van overlijden (21 op de 46 artsen (46%)). Op de overlijdensakte moet namelijk naast de administratieve gegevens ook de ziekte of aandoeningen die rechtstreeks de dood tot gevolg hadden ingevuld worden. Tevens moet bij de doodsoorzaak ook de geassocieerde oorzaken vermeld worden en ook een eventueel bezwaar tegen crematie, bij aanwezigheid van prothesen die werken op lithiumbatterijen of die radio-elementen bevatten, moet worden aangeduid.




**Figuur 5-1:** Aantal artsen die ooit een gebrek aan informatie tijdens de wachtdienst ervaarden en het aantal artsen die de aanwezigheid van een thuisdossier als een meerwaarde zien.

In palliatieve zorgsituaties zeggen bijna 3 op 4 artsen een meerwaarde te zien in de aanwezigheid van een thuisdossier en dit terwijl ze daar, in vergelijking met patiënten met polyfarmacie en polypathologie, minder gebrek aan informatie (13 op de 46 artsen (28%)) ervaarden. Dit kan zijn omdat patiënten in palliatieve zorgsituaties frequent nog beroep kunnen doen op hun eigen huisarts buiten de gewone uren en de ondersteunde palliatieve thuiszorgteams. Vaak zorgen ook de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorg voor een communicatiemap waarin pijn- en symptoombeleving, medicatiewijzigingen… genoteerd worden.

Samenvattend kunnen we stellen dat de patiëntengroepen waarbij het meest frequent informatie werd gemist tijdens de wachtdienst ook de patiëntengroepen waren waarvoor artsen het meest frequent een thuisdossier opstelden.

### *Wie is verantwoordelijk voor het opstellen van het thuisdossier?*

Hoewel bijna alle artsen ervaren een meerwaarde wanneer ze tijdens de wachtdienst toegang hadden tot een thuisdossier is het opvallend dat dan ook minder dan de helft van de artsen hier ook actief aan werken voor hun eigen patiënten. De meerderheid van de artsen is van mening dat de aanwezigheid van een thuisdossier een gedeelde verantwoordelijkheid is tussen arts en patiënt. Toch stelt 2 op 5 artsen dat de arts als enige verantwoordelijke kan gezien worden voor de aanwezigheid van een thuisdossier. Voor het up-to-date houden van dit thuisdossier zien ze ook de arts als enige verantwoordelijke, maar dit met slechts een nipt verschil met de gedeelde verantwoordelijkheid tussen arts en patiënt. Toch zegt slechts 1 op 5 artsen dat hun patiënten actief meewerken aan hun thuisdossier door het invullen van klinische parameters, bijhouden van specialistische verslagen, medicatiewijzingen… Hieruit kan besloten worden dat de patiënt, volgens onze resultaten, nooit als enige verantwoordelijke kan worden aanzien voor het hebben of onderhouden van het thuisdossier. Als we de literatuur bekijken is het toch interessant om de patiënt mee te laten werken aan zijn (thuis)dossier. Hierbij kunnen patiënten de arts attent maken op eventuele fouten die in dit medisch dossier zijn geslopen. (48) Overleg over een samenvatting van het medisch dossier in de huisartsenpraktijk kan leiden tot een meer accurate samenvatting dat tevens het perspectief van de patiënt omvat. (49)

Om de continuïteit van zorg te garanderen worden in onze wachtkring de wachtverslagen reeds opgemaakt en verstuurd met de HPWmailer. Maar de kwaliteit van zorg kan ook vergroot worden indien we als wachtarts ook gebruik maken van een eventueel aanwezig thuisdossier. Bijna alle artsen (45 op 46 artsen (98%)) uit dit onderzoek zeggen dat indien er een thuisdossier aanwezig is en als dit ons als wachtarts aangereikt wordt door de patiënt (of mantelzorg) dat ze hier dan wel gebruik van maken. Een groot deel van de artsen (43 op 46 artsen (94%)) zegt dan ook om de eigen bevindingen te noteren in dit thuisdossier van de patiënt, zoals klinische bevindingen, evaluatie en beleidsplan.

### *Hoe wordt dit thuisdossier opgesteld?*

Een goed gebruik van het thuisdossier veronderstelt dat dit thuisdossier voldoende overzichtelijk en voldoende recent moet zijn. In iets minder dan drie vierde van de gevallen beoordeelden de artsen dat dit daadwerkelijk zo was.

Meestal wordt het thuisdossier opgesteld uit het EMD en bij 28 van de 50 artsen (56%) in deze studie bestond het thuisdossier voor hun patiënten uit een samenvatting uit het EMD. Maar wat gebruikten de artsen uit onze studie dan als thuisdossier indien dit niet geëxtraheerd werd uit hun EMD? In deze

situaties bleek dat er frequent gebruik gemaakt werd van een recent hospitalisatieverslag. Zo'n hospitalisatieverslag wordt verondersteld veel gegevens te bevatten die ook in het thuisdossier terug gevonden kunnen worden. De helft van de artsen zeggen dan ook dat dit verslag soms dienst doet als thuisdossier. Een communicatiemap opgesteld door verpleegkundigen of een communicatieschrift van SEL worden volgens respectievelijk 25 (50%) en 16 (32%) van de 50 artsen af en toe gebruikt als thuisdossier. Toch zijn er ook ongeveer 16 van de 50 (32%) artsen die zeggen dat dit ook frequent een communicatieschrift is dat door de patiënt of familie zelf wordt opgesteld. Deze bevindingen worden ook terug gezien in het feit dat 19 van de 50 artsen (38%) zeggen dat hun patiënten een thuisdossier, onder welke vorm dan ook, hebben zonder hier zelf actief aan te werken.

De reden waarom een ontslagbrief van een recente hospitalisatie als een vervanging van het thuisdossier wordt gebruikt, kan gevonden worden in het feit dat een ontslagbrief vaak een opsomming van de medische voorgeschiedenis, actuele problematiek, medicatieschema bevat waarmee patiënt terug naar huis gestuurd werd. Ook op de spoeddiensten wordt er vaak teruggegrepen naar een recent hospitalisatieverslag van de patiënt zonder er zich van bewust te zijn of deze informatie nog wel correct is en er geen recentere wijzigingen hebben plaatsgevonden buiten het ziekenhuis. (19) Maar ook deze ontslagbrieven kunnen onvolledige en incorrecte informatie bevatten. (50)

### *Heeft de praktijkvorm invloed op attitude ten opzichte van het thuisdossier?*

Wat opvalt in de verwerking van de resultaten is dat patiënten die gevolgd worden in een groepspraktijk het meest frequent een thuisdossier hebben liggen en dat de artsen werkzaam in een groepspraktijk hier ook het meest actief aan werken. Dit zou eventueel kunnen te verklaren zijn omwille van praktijk-organisatorische redenen en het belang van communicatie-overdracht tussen de artsen onderling. In overeenstemming zien we dat de artsen die een solo-praktijk hebben het minst actief werken aan het thuisdossier omdat ze hier in de dagelijkse praktijkvoering minder nood aan ervaren. Ook Agarwal en Crooks (2008) ondersteunen deze bevinding. De continuïteit van informatie is beter wanneer artsen deze informatie moeten doorgeven aan andere gezondheidsmedewerkers gezien ze anders enkel op hun geheugen zouden vertrouwen om deze gegevens te bewaren. (1)

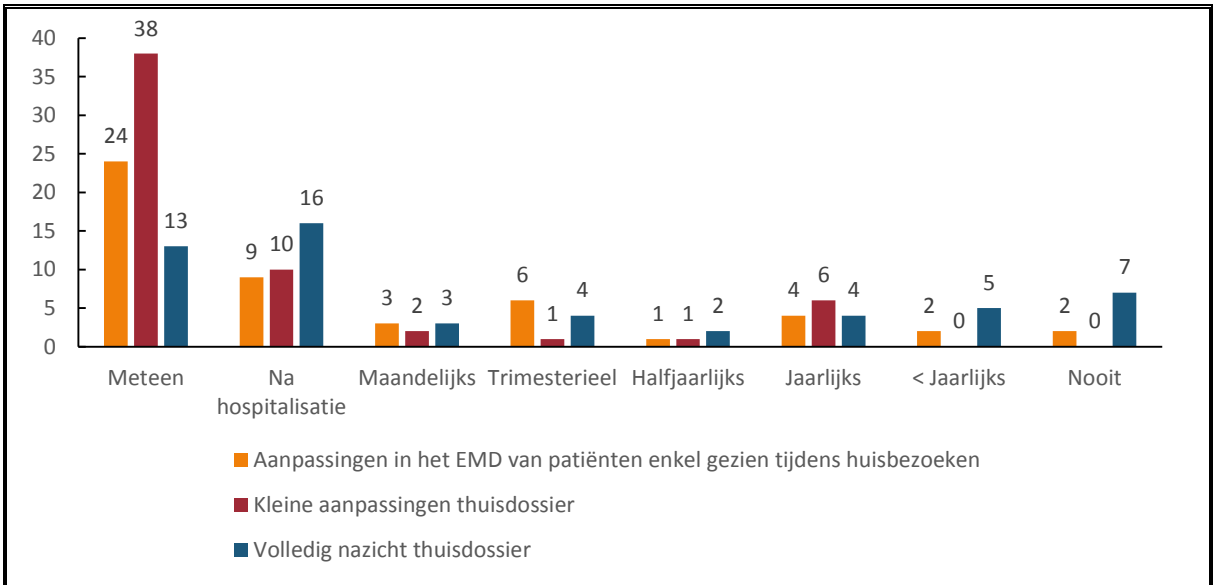
### *Wat zijn de struikelblokken voor artsen om geen thuisdossier te voorzien?*

De redenen die de artsen opgeven voor de afwezigheid van een thuisdossier bij hun patiënten zijn verscheiden. Sommige artsen gaven aan dat dit ten gevolge van het tijdsinvesterend karakter was en het moeilijk up-to-date houden van dit thuisdossier. Ook 1 op 7 artsen ervaren de privacy-en

patiëntenrechten als een verhinderende factor. Toch maken bijna 7 op de 10 artsen hun patiënten niet attent op hun privacy-rechten met betrekking tot dit thuisdossier. Patiënten zijn niet verplicht dit thuisdossier te tonen aan de arts van wacht, maar kunnen de wachtarts wel toegang verlenen tot informatie om een betere diagnose te kunnen stellen en therapie in te zetten.

Een beperkt aantal artsen is van mening dat een thuisdossier, enkel en alleen voor de wachtarts, een stap terug is. Alles verloopt momenteel elektronisch en deze artsen wachten dus op een meer veralgemeend gebruik van SumEHR via bv Vitalink of Hub-MetaHub. Of een gebrekkige kennis met betrekking tot het EMD en IT in het algemeen, zoals gevonden werd in het onderzoeksrapport uitgevoerd door Domus Medica over ICT-tools en EMD-gebruik door huisartsen, als een verantwoordelijke factor kan weerhouden worden voor het gebrek aan een thuisdossier bij de patiënt in deze studie werd niet bevraagd. (6)

Als artsen van mening zijn dat een thuisdossier moeilijk up-to-date te houden is, wanneer deden ze dan aanpassingen in het thuisdossier en in het EMD? In de studie vonden we terug dat artsen geen aanpassingen deden op een vast tijdstip of met een bepaalde regelmaat. Figuur 5-2. Ongeveer een vierde van de artsen haalden aan dat ze een volledig nazicht deden van het thuisdossier bij elke consultatie, dus meteen. Kleine aanpassingen in het thuisdossier werden dan weer door bijna 3 op vier artsen meteen in orde gemaakt. Een grondig nazicht van het thuisdossier werd voornamelijk gezien na een ziekenhuisopname (16 op de 50 artsen (32%)). Het up-to-date houden was voornamelijk gekoppeld aan het tijdstip waarop bepaalde (belangrijke) gebeurtenissen zich voordeden, zoals bijvoorbeeld na een hospitalisatie.




**Figuur 5-2 :** Aanpassingen in het thuisdossier en in het EMD

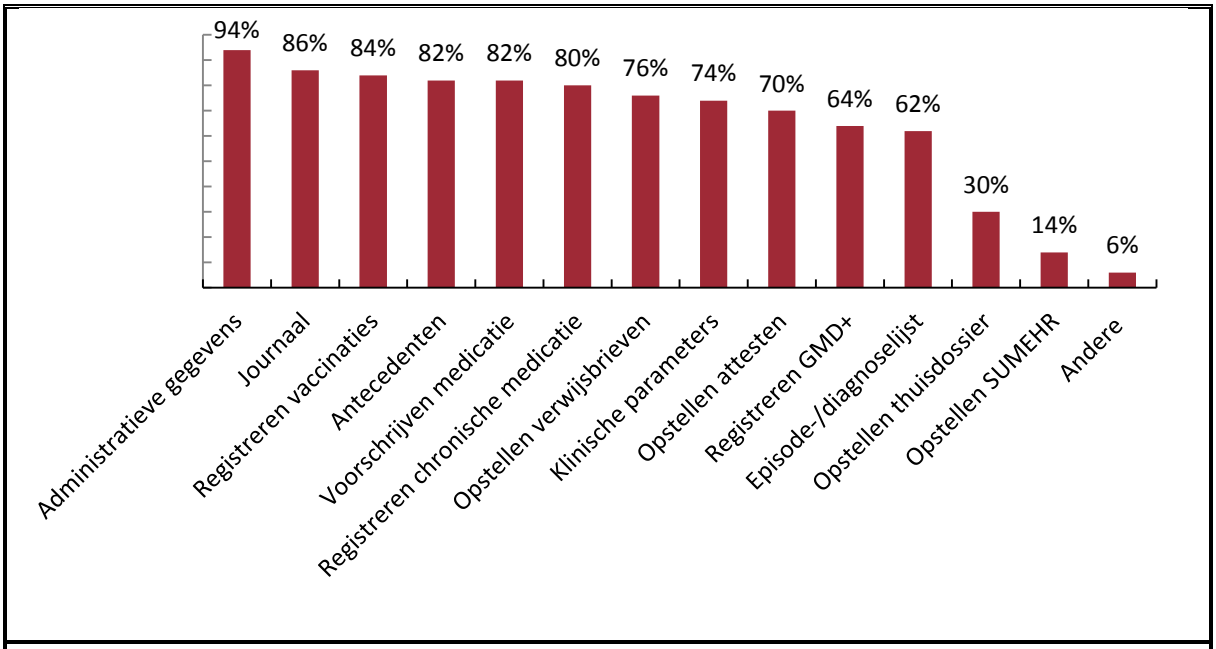
### *Heden en toekomst: informatisering in de gezondheidszorg*

De informatisering in de gezondheidszorg is deels terug te vinden in de resultaten van deze enquête. Alle artsen hebben in hun kabinet toegang tot het internet en ze maken gebruik van het EMD. Dit staat in contrast met de RIZIV-enquête in 2007, over informatisering van de huisartsen, waar slechts 74-75% van de artsen gebruik maakten van een EMD om hun patiëntengegevens te beheren. Ook slechts 82% van de artsen had internetaansluiting in hun kabinet. Naast het feit dat er toch een 5-tal jaren verschil zit tussen de afnametijdstippen zou dit ook te verklaren kunnen zijn door het feit dat voor dit onderzoek de respondenten voornamelijk werden aangeschreven op elektronisch wijze. De enquête kon ook enkel online ingevuld worden en werd niet op papier verspreid. (6-7, 51) Uit de RIZIV enquête bleek dat hoewel drie vierde van de artsen met het EMD werkt slechts 40% van de artsen de gegevens uitsluitend elektronisch bewaart. (6, 51) Dit kan overeenstemmen met de bevindingen uit deze studie dat 29 van de 50 artsen (58%) de wacht- en specialistische verslagen zowel elektronisch als per post blijven ontvangen. Ook het gebruik van het EMD op huisbezoek doet zijn intrede. Ongeveer 2 op 5 artsen maakt reeds gebruik van het EMD op huisbezoek. Enkelen hiervan hadden wel nog een back-up achter de hand onder de vorm van een samenvatting van het EMD op papier of een handgeschreven patiëntendossier.

Uit de literatuurstudie bleek dat de kwaliteit van een thuisdossier en een SumEHR duidelijk afhankelijk is van de kwaliteit van het EMD. (3-4, 24) Ook in het Onderzoeksrapport ,over ICT-tools en EMD-gebruik door de huisarts, uitgevoerd door Domus Medica in opdracht van de Vlaamse Overheid blijkt dat EMD-gebruik en correcte registratie van gegevens gegevensdeling tussen verschillende gezondheidswerkers mogelijk maakt. (6) In dit onderzoek kwam naar boven dat een aantal belangrijke onderdelen van het EMD, die ook een plaats hebben in het thuisdossier of SumEHR, frequent gebruikt worden door de artsen. Figuur 5-3.

Volgens Nicolas L. (2012) wordt voornamelijk gebruik gemaakt van ‘allergieën’, ‘vaccinaties’ en ‘medische voorgeschiedenis’ in het EMD. (7) In onze studie stonden ‘vaccinaties’ en ‘antecedenten’ op de 3$^{e}$ en 4$^{e}$ plaats. Het registreren van ‘allergieën’ in het EMD werd niet bevraagd in dit onderzoek. Ongeveer 3 op 4 artsen gebruikten het EMD voor het opstellen van verwijsbrieven in deze studie terwijl uit het onderzoek van Dr. Alexander Valcke bleek dat slechts 10% van de verwijsbrieven voor de spoeddiensten opgesteld waren uit het EMD. Wel bleken deze verwijsbrieven opgesteld uit het EMD de meest volledige informatie te bevatten. (21)

Hoewel een groot deel van de artsen goed gebruik maakten van het EMD gebruikten ze dit niet om zelf een thuisdossier of SumEHR op te stellen. Ongeveer 4 op 5 artsen hadden voorheen wel al van SumEHR gehoord, maar 2 op 5 artsen wisten niet hoe ze dit concreet konden realiseren met hun computerprogramma. Deze bevindingen stemmen overeen met de resultaten uit de masterproef van Dr. Alexander Valcke. (21)




**Figuur 5-3**: Gebruik van onderdelen uit het EMD

In het Onderzoeksrapport uitgevoerd door Domus Medica komt naar voor dat het gebruik van EMD/IT door huisartsen nog niet altijd vlot verloopt en dat er een aantal barrières zijn die het gebruik van het EMD op een aantal niveaus belemmeren. Naast een aanpassing van attitude vanuit de artsen moet er ook voldoende aandacht geschonken worden aan kennis en vaardigheden. Er is een beperkte IT-basiskennis wat problemen veroorzaakt bij EMD-gebruik en gebrek aan gecoördineerde opleiding. Ook is er zeer veel kritiek op gebruiksvriendelijkheid en de mogelijkheden van EMD. Problemen rond EMD/IT worden door artsen algemeen gezien als bronnen van belangrijk tijdsverlies. (6) Daarom wilt men binnen het actieplan “Informatisering in de gezondheidszorg” een vak ‘e-gezondheid’ in elke opleiding in de gezondheidszorg voorzien. Verder zou vanaf januari 2014 de accreditering van artsen uitgebreid worden met een rubriek 11 voor ICT-EMD (minimaal 2 CP) en in elke accreditering/navorming van elke zorgverstrekker verplicht 2u per jaar/2 CP accrediteringspunten voorzien voor specifieke opleiding over het concrete gebruik van e-gezondheidsdiensten. (9)

***En hoe zit het met SumEHR?***

De artsen oordeelden dat SumEHR voornamelijk nuttig kon zijn voor artsen die in een onverwachte, soms acute, situatie patiënten zien die ze voorheen nooit eerder gezien hadden. In tegenstelling tot huisartsen van wacht kunnen spoedartsen, indien de patiënt gekend is in het ziekenhuis, een beroep doen op eerder opgestelde ontslagbrieven, laboresultaten, beeldvorming… in het elektronisch patiënten dossier (EPD) in het ziekenhuis.

Indien SumEHR voorhanden is en indien geweten is hoe dit concreet functioneert, zou de meerderheid van de huisartsen hier gebruik van maken. Dit zouden ze zowel doen tijdens een wacht op de wachtpost als tijdens de mobiele wachten. Hoewel bij de mobiele wachten dit toch als een stuk omslachtiger wordt aanzien dan in de wachtpost zelf. Om hier vlot mee te kunnen werken moet de arts namelijk beschikken over een laptop, netbook, tablet of smartphone, moet er een goed netwerkbereik zijn (3G, homespot,..), moet er een SumEHR opgemaakt zijn van deze patiënt door de huisarts en moet de patiënt zijn toestemming hiertoe ook verlenen aan de arts van wacht.

Nicolas Luc stelt dat in 2012 een nieuw tijdperk begon. De investeringen die in de 10 voorafgaande jaren geleverd werden op vlak van elektronische medische en gedeelde medische dossiers moet eindelijk zichtbaar worden voor alle spelers in het gezondheidszorgsysteem. De technologie blijft snel evolueren en er kan verwacht worden dat de hindernissen voor het uitwisselen van gezondheidsgegevens op een veilige manier geleidelijk vervagen. Het delen van gezondheidsgegevens is geen doel op zich, maar een voorwaarde voor een geïntegreerde , en niet gefragmenteerde, patiëntgerichte gezondheidszorg. (7)

# 6. Besluit

Om de continuïteit van zorg te verzekeren binnen de eerstelijn en hierdoor de kwalteit van zorg te verhogen, is het van belang dat er op een zekere manier toegang is tot gedeelde patiënteninformatie. Toch blijft de eerste bron waar men als arts zijn informatie haalt de patiënt zelf of de personen die instaan voor zijn/haar zorg. (Elektronische) patiëntendossiers kunnen wel gebruikt worden als hulpmiddel, maar zouden niet moeten gebruikt worden als de enige bron van informatie. Het voornaamste besluit dat we kunnen trekken uit deze studie is dat het nut van een thuisdossier tijdens de wachtdienst vast staat. Zeker bij patiënten met een complexere zorgvraag en –situatie is er meer nood aan informatie. Er is echter een grote discrepantie tussen het nut dat we ervaren van dit thuisdossier tijdens de wachtdienst en het aantal artsen dat actief aan een thuisdossier voor hun eigen

patiënten werken. Als artsen een thuisdossier voorzien voor hun patiënten is er geen eenduidigheid over welke informatie ze er al dan niet in plaatsen. Opvallend is wel dat het gebruik van een thuisdossier reeds meer gebruikt wordt in de dagelijkse praktijkvoering door artsen werkzaam in een groepspraktijk en dit zou het gevolg kunnen zijn van praktijk-organisatorische redenen en de invloed van de verschillende generaties artsen die samen werkzaam zijn in deze groepspraktijken.

De informatisering in de gezondheidszorg is al een tijdje bezig en in de toekomst zouden gegevens elektronisch moeten kunnen gedeeld worden tussen de verschillende gezondheidszorgmedewerkers. Ook voor de huisartsen van wacht zou dit kunnen gebeuren aan de hand van een samenvatting van de meest relevante medische gegevens van een patiënt, SumEHR. De basis voor een goede SumEHR ligt in het EMD en momenteel gebruikt slechts een kleine meerderheid van de ondervraagde artsen dit EMD als basis voor het opstellen van het thuisdossier/kerndossier. Momenteel is er ook onvoldoende kennis hoe de artsen deze SumEHR kunnen realiseren aan de hand van hun medische softwarepakketten en dit op een zo efficiënt mogelijke manier.

Minpunt aan deze studie was het lage participatiecijfer en het feit dat de enquête enkel online kon ingevuld worden. Hierdoor vielen de artsen die geen toegang hadden tot internet uit de boot. Uiteraard moeten we ook rekening houden dat het hoogstwaarschijnlijk voornamelijk artsen waren die interesse hadden in het onderwerp die een deel van hun kostbare tijd geïnvesteerd hebben om deze enquête in te vullen.

Algemeen kan dus besloten worden dat wanneer we zullen moeten tegemoetkomen aan de actiepunten, beschreven in het actieplan “Informatisering in de gezondheidszorg”, er nog serieuze inspanningen zullen geleverd moeten worden. Centraal hierin zal het gebruiksgemak voor het uniform opstellen, exporteren en importeren van gegevens en de hierbij horende opleiding van belang zijn.

# 7. Referenties


(1) Agarwal G., Crooks V.A. The nature of informational continuity of care in general practice. Br J Gen Pract. 2008; 58: e1-8.

(2) Weerts A. Verbetering van het thuisdossier; verbetering van gezondheidszorg! 2006

(3) Nauta C. Doktoren met papier - Kwaliteit van de dossiergegevens op huisbezoek. 2010

(4) Delva H. Implementatie van een thuiszorgdossier. 2008

(5) Van Hyfte A. Het medisch thuisdossier als werk- en communicatiedocument in de multidisciplinaire thuiszorg. 2010

(6) Stighelen Van der V., Burggraeve P., Geudens L., Pottelbergh Van H., Baeten R., Claessens H., Cornelis E., Pauwels L. Onderzoeksrapport ICT-tools en gebruik van EMD door de huisarts. Domus Medica .2013. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/onderzoeksdossiers/ict-tools-en-emd.html. Geraadpleegd 2013 april 23.

(7) Nicolas L. Ehealth, réseaux de santé et dossier medical électronique: vers une culture de partage et de confiance. Rev Med Brux 2012; 33: 416-419.

(8) SumEHR. Internet site FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. 2010. Beschikbaar via: http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Telematics/HealthNetworks/Sumehr:healthpicture/index.htm?fodnlang=nl#.UWhoL2fDXIk. Geraadpleegd 2012 januari 11.

(9) Actieplan "Informatisering in de gezondheidszorg". Internet site Ronde Tafel e-Health. 2012. Beschikbaar via: http://www.rtreh.be. Geraadpleegd 2013 maart 17.

(10) Greenhalgh T., Wood G.W., Bratan T., Stramer K., Hinder S. Patients' attitudes to the summary care record and HealthSpace: qualitative study. BMJ 2008; 336: 1290-1295.

(11) Johnstone C., McCartney G. A patient surey assessing tge awereness and acceptability of the emergeny care summary and its consent model in scotland. Perspect Health Inf Manag 2010. Beschikbaar via: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2889371. Geraadpleegd 2012 januari 11.

(12) Orde der Geneesheren. Bewaartermijnen van wachtverlagen binnen de huisartsenwachtposten. Internet site Orde der Geneesheren 2011. Beschikbaar via: http://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/bewaartermijnen-van-wachtverslagen-binnen-de-huisartsenwachtposten. Geraadpleegd 2012 januari 11.

(13) Philips H., De Sutter A., Buylaert W., De Paepe P., Calle P., Schrans D. Richtlijn: Gebruik van medicatie bij urgenties. Internet site Domus Medica. 2008. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/medicatiebijurgenties.html. Geraadpleegd 2013 januari 22.

(14) Verdonck P., Strobbe J., Steenackers J., Van Royen P., De Naeyer P., Govaerts F., Smeets F. Het elektronisch medisch dossier. Huisarts Nu 2004; 33: 58-68.

(15) Seuntjens L. DOMEDIT. Aanbevelingen om de kwaliteit te ondersteunen via integratie van specifieke software in het EMD van de huisarts. Internet site Domus Medica 2009. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/668-domedit.html?start=15. Geraadpleegd 2012 januari 20.

(16) Wostyn L., Boucquey K, Schockaert F. ed. Overhandigen medische gegevens. 2009. p 9-12

(17) Mey P. de, Donckt J. van der, Steylaerts C., Verdonck P., Brouns J., Steenackers J., Verhelst W., Putzeys T. Het kerndossier. Internet site Domus Medica 2004. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/images/stories/domedit/LinksAlgemeen/Kerndossier%20040601.htm. Geraadpleegd 2012 maart 11.

(18) Steylaerts C., Mey P. de, Donkt J. van der, Goris J., Brous J., Pas L., Verhelst W., Steenackers J., Putzeys T., Verdonck P. Naar een visie over IT in huisartsenland. Visietekst van de commissie VHPCIt in opdracht van VHP. 2004: 6

(19) Remen V.M, Grimsmo A. Closing information gaps with shared electronic patient summeries. How much will it matter? Int J Med Inform 2011; 80:775-81.

(20) De Coninck T. Doorverwijzing van huisarts naar spoeddienst: het optimalisern van de communicatie. 2010. p 38

(21) Valcke A. Optimalisatie van de doorverwijzing naar de spoeddiensten door en correct gebruik van het SumEHR-systeem. 2012.

(22) Coiera E. Do we need a national electronic summary care record? MJA 2011; 194: 90-92.

(23) Ceulemans, F., Doorstroming informatie moet beter. De Huisarts 2010; 961: p. 6.

(24) Van Braeckel B. Patiëntengegevens uitwisselen: liever SUMEHR dan summier. 2012

(25) Thuiszorg vanuit huisartsenperspectief. Internet site Domus Medica. 2009. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/dossiers/dossier-thuiszorg/1242-thuiszorg-vanuit-huisartsenperspectief.html. Geraadpleegd 2012 maart 11.

(26) Adriaansen V. Thuisdossier van de chronische patiënt : Oppuntstelling en implementatie in de huisartsenpraktijk. 2011.

(27) SumEHR functional description. eHealth platform-G19 Report. Internet site eHealth. 2010. Beschikbaar via: https://www.ehealth.fgov.be/standards/kmehr/sites/default/files/assets/transaction/20100920_sumehr1_1-specification.pdf. Geraadpleegd 2012 januari 20.

(28) Orde der Geneesheren. Elektronisch Medisch Dossier. 2001. Beschikbaar via: http://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/elektronisch-medisch-dossier. Geraadpleegd 2012 januari 11.

(29) Telematica Commissie. Internet site FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. 2009. Beschikbaar via: http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Telematics/Studygroups/TelematicsCommission/index.htm?fodnlang=nl#.UWktqsrDXIk. Geraadpleegd 2012 januari 11.

(30) E-Health. Internet site FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. 2010. Beschikbaar via: http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/Telematics/HealthNetworks/eHealth/?fodnlang=nl. Geraadpleegd 2012 januari 11.

(31) Fonck W. Alles op een rijtje! eHealthBox, Vitalink en Hubs... Internet site Health Connect. 2012. Beschikbaar via: http://www.healthconnect.be/nl/blog/alles-op-een-rijtje-ehealthbox-vitalink-en-hubs. Geraadpleegd 2013 maart 17.

(32) E-Health. Parlementaire vragen en antwoorden deel 4. Internet site RIZIV. 2011: p 496-497. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/presentation/nl/publications/news-bulletin/2011-4/pdf/part04.pdf. Geraadpleegd 2013 maart 17

(33) CoZo- Collaboratief ZorgPlatform Vlaanderen. Informatie voor huisartsen en externe specialisten. Internet site CozO. 2012. Beschikbaar via: http://www.cozo.be. Geraadpleegd 2012 januari 11.

(34) Klink A. Invoering landelijk elektronisch patiëntendossier. Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sports. Internet site Rijksoverheid. 2008. Beschikbaar via: http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2008/09/08/invoering-landelijk-elektronisch-patientendossier.html. Geraadpleegd 2013 januari 8.

(35) Overgang VWZ naar VZVZ. Internet site VZVZ. 2013. Beschikbaar via: http://www.vzvz.nl/page/Home/Informatiepunt/Vraag-en-antwoord/Overgang-van-VWS-naar-VZVZ. Geraadpleegd 2013 maart 17.

(36) Aorta. ICT-infrastructuur Nictziz. Internet site Nictiz. 2012. Beschikbaar via: http://www.nictiz.nl/page/Standaarden/AORTA. Geraadpleegd 2013 januari 8.

(37) Opt-in. Internet site VZVZ. 2013. Beschikbaar via: http://www.vzvz.nl/page/Home/Zorgverlener/Vraag-en-antwoord/Opt-in. Geraadpleegd 2013 maart 17.

(38) Landelijk Schakelpunt. Internet site VZVZ. 2013. Beschikbaar via: http://www.vzvz.nl/page/Home/Zorgverlener/Vraag-en-antwoord/LSP. Geraadpleegd 2013 maart 17.

(39) Zorginfrastructuur. Internet site Rijksoverheid. 2012. Beschikbaar via: http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/patientenrecht-en-clientenrecht/vraag-en-antwoord/wat-is-het-landelijk-elektronisch-patientendossier-epd.html. Geraadpleegd 2013 maart 17.

(40) Dumay A.C.M, Haaker T.I. The electronic locum record for general practitioners: Outcome of an evaluation study in the Netherlands. Int J Med Inform 2010; 79: 623-636.

(41) Zwaansdijk M;, Verheij R.A., Wiesman F.J., Friele R.D. Benefits and problems of electronic information exchange as perceived by health care professionals: an interview study. 2011. BMC Health Serv Res 2011; 11: 256-265.

(42) Twist M.J.W van, Schulz J.M., Chin-A-Fat N.M.H., Scherpenisse K.J., Steen M van der. Eiff V., 't Hart P. Het EPD voorbij? Evaluatie besluitvormingsproces kaderwet elektronische zorginformatie-uitwisseling. Internet site Eerste Kamer Nederland 2012. Beschikbaar via: http://www.eerstekamer.nl/overig/20120207/evaluatie_besluitvormingsproces. Geraadpleegd 2013 maart 17.

(43) Smith P.C., Araya-Guerra R., Bublitz C., Parnes B., Dickinson L.M., Vorst Van R., Westfall J.M., Pace W.D. Missing clinical information during primary care visits. 2005; 293: 565-571.

(44) Stiell A., Forster A.J., Stiell I.G., Walraven van C. Prevelance of information gaps in the emergency department and the effect on patients outcoms. CMAJ. 2003; 169: 1023-1028.

(45) Strasberg H.R., Tudiver F., Holbrook A.M., Geiger G., Keshavjee K.K., Troyan S. Moving towards an electronic patient record: a survey to assess the needs of community family physicians. Proc AMIA Symp. 1998:230-234.

(46) Garansen H., Johnsen R., The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. BMC Health Serv Res. 2007;7:133.

(47) Perry J.R, Caine N. General practitioners' knowledge about patients and use of medical records in out of hours calls. Br J Gen Pract. 1990; 40: 190-193.

(48) Olola C.H.O., Rowan B., Narus S, Smith M., Hastings T., Poynton M., Nebeker J., Hales J., Evans R.S. Implementation of an emergency medical card and a continuity of care. Medthods Inf Med. 2009; 48: 519-530.

(49) Ward L., Innes M. Electronic medical summaries in general practice - considering the patient's contribution. Br J Gen Pract. 2003; 53: 293-297.

(50) Kriplani s., LeFevre F., Philips C.O., Williams M.V., Basaiah P., Baker D.W. Deficits in Communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. JAMA. 2007; 297: 831-841.

(51) Informatisering van de praktijkvoerende huisartsen: resultaten van de enquête. Internet site RIZIV. 2007. Beschikbaar via: http://www.riziv.be/care/nl/doctors/promotion-quality/study_computer/index.htm. Geraadpleegd 2013 maart 17.

# BIJLAGE I: INFORMATIEFOLDER

Als HAIO (huisarts-in-opleiding) zal ik in juni 2013 een masterproef als afsluiting van mijn opleiding verdedigen. Als masterproef heb ik gekozen voor een onderwerp dat zich richt op het thuisdossier voor de wachtarts.

Met het doorsturen van wachtverslagen via de HPWmailer proberen we de continuïteit van zorg van wachtarts naar huisarts toe te garanderen.

Maar hoe kunnen we de continuïteit van zorg van huisarts naar wachtarts verzekeren?
Hoever staan we in onze wachtdienst met de aanwezigheid van een thuisdossier bij onze patiënten?
Vinden we de aanwezigheid van een thuisdossier tijdens de wachtdienst nuttig?
Is het thuisdossier voldoende recent?
Welke patiënten hebben een thuisdossier?
Wat vermelden we in het thuisdossier?
Hoe zit het met privacy?
In welke mate staan we open voor het opstellen van een kerndossier dat centraal opgeslagen wordt en toegankelijk is voor de wachtarts?
Zien we dit alles praktisch haalbaar?

Graag vragen we uw medewerking aan dit onderzoek om de stand van zaken in onze wachtkring na te gaan aan de hand van een (elektronische) vragenlijst met eventueel een aanvullend interview. Deelname aan dit onderzoek gebeurt op vrijwillige basis en de gegevens verkregen via de vragenlijst en interview zullen op een vertrouwelijke manier verwerkt worden.

Dr. Lies Plancke, Huisarts-in-opleiding (HAIO)
Dr. Els Linskens, Praktijkopleider (PO)
Torhoutsesteenweg 362, 8200 Sint-Michiels (Brugge)

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Vakgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Gent
Co-promotor: Dr. Philip Vandevelde, Wachtdienstcoördinator

**Het thuisdossier voor de wachtarts: stand van zaken.**
De WVVH (Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen) geeft zelf eerder de voorkeur aan de benaming ‘kerndossier’ dan thuisdossier en definieert dit als:

‘Het strikte minimum aan gegevens over een bepaalde patiënt waarover een arts moet beschikken om in enkele ogenblikken inzicht te krijgen in diens medische toestand en dit zowel met het oog op acute situaties als op de continuïteit van de zorgen.’

SUMEHR = summerized electronic health record= beknopt gezondheidsdossier.
Het beknopt elektronisch medisch dossier (SUMEHR), komt overeen met de gezondheidsfoto van de patiënt. Het is een momentopname die de huisarts, als beheerder van het (globaal) medisch dossier (GMD), aanmaakt tijdens zijn geprivilegeerde contacten met de patiënt. Het gaat dus niet om een volledig gezondheidsdossier, maar over een gedeelte dat de nuttige gezondheidselementen bevat die nodig zijn voor verdere medische opvolging, een behandeling of de continuïteit van de zorg.
Sumehr is een verbindingsdocument tussen de Elektronische Medische Dossiers (EMD); niet alleen van de huisartsen, maar ook van geneesheren-specialisten al dan niet binnen een ziekenhuis.

**Informatiefolder : "Het thuisdossier voor de wachtdienst: stand van zaken "**

Als HAIO (huisarts-in-opleiding) zal ik in juni 2013 een masterproef als afsluiting van mijn opleiding verdedigen. Als masterproef heb ik gekozen voor een onderwerp dat zich richt op het thuisdossier voor de wachtarts. Er zijn al een aantal praktijkprojecten geweest van HAIO's in de vorige jaren die onderzochten wat nu net van belang was in een thuisdossier en het verschil tussen een HAIO en zijn PO (praktijkopleider) over het gebruik van het thuisdossier.

Als beginnend arts wordt men frequent geconfronteerd met huisbezoeken, ikv eigen praktijk of wachtdienst, bij patiënten (met chronische pathologie) waarvan men de voorgeschiedenis niet of nauwelijks kent. Indien dit patiënten zijn van de eigen praktijk kan er eventueel teruggevallen worden op een EMD in de praktijk of een papieren outprint hiervan. Als wachtarts heeft men geen toegang tot deze gegevens en moet men gebruik maken van een eventueel aanwezig thuisdossier, een aanwezig hospitalisatieverslag, (hetero-)anamnese over medische voorgeschiedenis en actuele ziekten en de aanwezige medicatie in het medicijnenkastje.

In een tijdperk van eHealth ,waarin we reeds geëvolueerd zijn van een papieren dossier naar een Elektronisch Medisch Dossier (EMD) zowel in het kabinet als op huisbezoek, streeft men naar de centrale opslag van een kerndossier, SUMEHR (summerized elektronical health record), die oa. voor de wachtarts toegankelijk is.
Het Elektronische Medische Dossier is de centrale schakel in het gezondheidsgebeuren, maar zonder implementatie in een performant netwerk gaat de inspanning van de individuele arts om de gegevens te verzamelen verloren. Mogelijkheid tot permanente consultatie van patiëntengegevens maakt het mogelijk om de continuïteit van zorg op een correcte manier te kunnen verzekeren.
De minimum meedeelbare inhoud van zorgdossiers vormt de kern van de uitgaande gegevens, die permanent beschikbaar en toegankelijk moeten zijn voor toegangsgemachtigden, om de continuïteit van de zorg te kunnen waarborgen. Deze minimaal meedeelbare inhoud is op te delen in een "kerndossier" en een pakket dat de wilsbeschikkingen van de patiënt bevat om er gevolg te kunnen aan geven in noodsituaties.
Het kerndossier(thuisdossier elektronisch of schriftelijk) is een extractiedossier van het EMD dat gegevens bevat die relevant zijn voor de wachtarts thuis, in het rusthuis/RVT en het ziekenhuis. Het bevat een minimum aan gegevens over een bepaalde patiënt waarover een arts (huisarts of specialist) moet beschikken om in enkele ogenblikken inzicht te krijgen in diens medische toestand en dit zowel met het oog op acute situaties als op de continuïteit van de zorgen.

Met het doorsturen van wachtverslagen via de HPWmailer proberen we de continuïteit van zorg van wachtarts naar huisarts toe te garanderen. Maar hoe kunnen we de continuïteit van zorg van huisarts naar wachtarts verzekeren? Hoever staan we in onze wachtdienst met de aanwezigheid van een thuisdossier bij onze patiënten? Vinden we de aanwezigheid van een thuisdossier tijdens de wachtdienst nuttig? Is het thuisdossier voldoende recent? Welke patiënten hebben een thuisdossier? Wat vermelden we in het thuisdossier? Hoe zit het met privacy? In welke mate staan we open voor het opstellen van een kerndossier dat centraal opgeslagen wordt en toegankelijk is voor de wachtarts? Zien we dit alles praktisch haalbaar?

Graag vragen we uw medewerking aan dit onderzoek om de stand van zaken in onze wachtkring na te gaan aan de hand van een (elektronische) vragenlijst met eventueel een aanvullend interview. Deelname aan dit onderzoek gebeurt op vrijwillige basis en de gegevens verkregen via de vragenlijst en interview zullen op een vertrouwelijke manier verwerkt worden.

Dr. Lies Plancke, Huisarts-in-opleiding
Dr. Els Linskens, Huisarts Praktijkopleider
Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts Vakgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Gent
Co-promotor: Dr. Philip Vandevelde, Wachtdienstcoördinator HABO

Contactgegevens:
Dr. Lies Plancke, Torhoutsesteenweg 362, 8200 Sint-Michiels
Tel: 050/39.15.28

# BIJLAGE II: VRAGENLIJST

**Informed Consent** *

Hierbij bevestig ik, ondergetekende, dat de informatie verkregen via deze vragenlijst ( en eventueel aanvullend interview) op vrijwillige basis werd bekomen en geef ik, ondergetekende, mijn toestemming dat de informatie verkregen via deze vragenlijst op een vertrouwelijke manier mag verwerkt worden in het kader van het onderzoek in bijgevoegde informatiefolder.

**Naam (vrijblijvend):**

**1) Geslacht** *

- Man
- Vrouw

**2) U oefent het beroep van huisarts uit sinds**

- < 5 jaar
- 5-10jaar
- 11-20 jaar
- 21-30 jaar
- 31-40 jaar
- >40 jaar
- HAIO

**3) Draait U op dit moment actief mee in de wachtdienst?**

- Ja
- Nee

**ORGANISATIE VAN UW PRAKTIJK/ PRAKTIJKVOERING**

**4) U werkt als:**

- Solo-arts
- Duo-praktijk
- Groepspraktijk
- Andere

**5) Heeft Uw computer/laptop in het kabinet toegang tot het internet?**

- Ja
- Nee

**6) Hospitalisatie-/specialistische- en wachtverslagen komen toe**

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Elektronisch (Medibridge/ Medimail/...
- Per post

**7) Ik heb de voorkeur dat de hospitalisatie-/specialistische- en wachtverslagen toekomen (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Elektronisch (Medimail/ Medibridge/...)
- Per post

**8) Het dagelijks hanteren van patiëntendossiers in de praktijk gebeurt grotendeels**

- Handgeschreven
- Elektronisch medisch dossier (EMD)

**9) U gebruikt in het elektronisch medisch dossier frequent volgende onderdelen:**

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Administratieve gegevens
- Antecedenten (Persoonlijk, familiaal)
- Journaal
- Episode-/diagnoselijst
- Voorschrijven medicatie
- Registreren (chronische)medicatie
- Registreren klinische parameters
- Registreren vaccinaties
- Registreren GMD+
- Opstellen van verwijsbrieven

- [ ] Opstellen attesten
- [ ] Opstellen thuisdossier
- [ ] Opstellen SUMEHR (= kerndossier)
- [ ] Andere

**10) Tijdens huisbezoeken maakt U gebruik van**

(meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Handgeschreven patiëntendossier
- [ ] Samenvatting op papier
- [ ] EMD op laptop/netbook/tablet
- [ ] Andere
- [ ] Geen van bovenstaande

**11) Werkt U actief aan een thuisdossier/kerndossier voor Uw patiënten?**

- ○ Ja
- ○ Nee

**12) Hebben (een aantal van) Uw patiënten een thuisdossier/kerndossier liggen?**

- ○ Ja
- ○ Nee

**13) Welke patiënten hebben een thuisdossier/kerndossier?**

(meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Alle patiënten
- [ ] Patiënten die ik als arts enkel op huisbezoek zie
- [ ] Patiënten die in een WZC verblijven
- [ ] Alle chronische patiënten
- [ ] Enkel de bejaarde chronische patiënten
- [ ] Chronische patiënten die enkel gezien worden tijdens huisbezoeken
- [ ] Chronische patiënten die op raadpleging naar de praktijk komen

- [ ] Chronische patiënten met polyfarmacie
- [ ] Chronische patiënten met polypathologie
- [ ] Patiënten die hier zelf voor zorgen
- [ ] Andere

**14) Indien geen thuisdossier/kerndossier bij patiënt is dit ten gevolge van**

(meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Te tijdsinvesterend
- [ ] Te moeilijk up-to-date te houden
- [ ] Privacy-en patiëntenrechten
- [ ] Vermoeden dat patiënten dit toch niet tonen aan de wachtdoende arts
- [ ] In de praktijk wordt enkel met een elektronisch medisch dossier gewerkt, ook bij huisbezoeken
- [ ] Ik ervaar hier zelf als arts geen nood aan
- [ ] Andere

**15) De verantwoordelijkheid voor de aanwezigheid van een thuisdossier/kerndossier ligt bij**

- [ ] Arts
- [ ] Patiënt
- [ ] Gedeelde verantwoordelijkheid arts-patiënt
- [ ] Andere

**16) Werkt Uw patiënt actief mee aan het thuisdossier/kerndossier (vb. invullen BD, pols,…)?**

- ○ Ja
- ○ Nee
- ○ Andere

**17) De patiënt werkt actief mee aan zijn thuisdossier/kerndossier door middel van**

(meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Noteren klinische gegevens (BD, pols,temp,…)
- [ ] Noteren van veranderingen in medicatie
- [ ] Bijhouden van specialistische verslagen
- [ ] Andere

**18) Het thuisdossier/kerndossier bestaat uit (meerdere antwoorden mogelijk)**

- [ ] Een samenvatting uit het elektronisch medisch dossier
- [ ] Een verslag van een recente hospitalisatie
- [ ] Communicatiemap van thuisverpleegkundigen
- [ ] Het communicatieschrift van SEL
- [ ] Een communicatieschrift door patiënt en familie zelf opgesteld
- [ ] Andere

**19) In het thuisdossier/kerndossier zijn volgende punten aanwezig:**

(meerdere antwoorden mogelijk)

| | Altijd | Frequent | Zelden | Nooit | Opmerking |
|---|---|---|---|---|---|
| Naam | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Geboortedatum | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Adresgegevens | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Gezinssituatie/ burgerlijke stand | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Contactgegevens bewindvoerder/ vertrouwenspersoon | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Contactgegevens mantelzorg | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Contactgegevens arts | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Aanwezigheid GMD | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Contactgegevens verpleegkundigen | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Contactgegevens apotheek | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Contactgegevens kinesist | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Contactgegevens andere | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Bloedgroep | ○ | ○ | ○ | ○ | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Allergieën | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Intoleranties | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Ernst van de allergische reactie of intolerantie | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Vaccinatietoestand | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Risicofactoren | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Relevante medische voorgeschiedenis | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Aanwezigheid van bepaalde vreemde voorwerpen (pacemaker, prothese…) | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Actieve ziekten | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Actuele medicatie | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Startdatum actuele medicatie | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Reden waarom medicatie opgestart is | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Dosisaanpassingen medicatie | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Stopdatum medicatie | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Reden waarom medicatie stopgezet werd | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Relevantie therpeutische voorgeschiedenis | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Recente laboverslagen | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Euthanasieverzoek | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 'Do not resuscitate' verklaring | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Weigering van orgaandonatie | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Andere | ○ | ○ | ○ | ○ | |

**20) De verantwoordelijkheid om dit thuisdossier/kerndossier aan te vullen met recentste wijzigingen ligt bij**

- ☐ Arts
- ☐ Patiënt
- ☐ Gedeelde verantwoordelijkheid arts-patiënt
- ☐ Andere

**21) Een volledig nazicht van het thuisdossier/kerndossier gebeurt**

(meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Bij iedere consultatie
- [ ] Na elke ziekenhuisopname
- [ ] Maandelijks
- [ ] Jaarlijks
- [ ] Halfjaarlijks
- [ ] Trimesterieel
- [ ] < Jaarlijks
- [ ] Nooit
- [ ] Andere

**22) Kleine aanpassingen (wijziging medicatie, nieuwe actieve ziekte, …) in het thuisdossier/kerndossier gebeuren**

(meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Meteen wanneer deze zich voordoen
- [ ] Na elke ziekenhuisopname
- [ ] Maandelijks
- [ ] Jaarlijks
- [ ] Halfjaarlijks
- [ ] Trimesterieel
- [ ] < Jaarlijks
- [ ] Nooit
- [ ] Andere

**23) Hoe frequent wordt het EMD (elektronisch medisch dossier), van patiënten die enkel gezien worden tijdens huisbezoeken, aangepast.**

- [ ] Meteen
- [ ] Na elke ziekenhuisopname
- [ ] Maandelijks
- [ ] Jaarlijks

- [ ] Halfjaarlijks
- [ ] Trimesterieel
- [ ] < Jaarlijks
- [ ] Nooit
- [ ] Andere

**24) Moedigt U Uw patiënten aan om het thuisdossier/kerndossier te tonen aan de wachtdoende arts / specialist?**

- ○ Ja
- ○ Nee

**25) Brengt U de patiënt op de hoogte van zijn privacyrechten met betrekking tot het thuisdossier/kerndossier?**

- ○ Ja
- ○ Nee

**26) Het aanmaken van een thuisdossier/ kerndossier (SUMEHR)online ervaar ik nu als**

( meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Te tijdrovend (alles info moet in EMD staan)
- [ ] Te grote meerkost( internetverbinding, nood aan netbook/laptop/ tablet/…)
- [ ] Ik heb reeds een kerndossier voor mijn patiënten via het EMD
- [ ] Ik weet niet hoe dit concreet te realiseren met mijn huidig medisch programma
- [ ] Ik had nog nooit eerder over SUMEHR gehoord
- [ ] Andere

**Eventuele opmerkingen met betrekking tot bovenstaande vragen:**

**DEEL II: WACHTDIENST**

**27) Heeft U tijdens de een wachtdienst ooit een gebrek aan medische informatie mbt tot een patiënt ervaren?**

- Ja
- Nee

**28) U heeft dit gebrek aan informatie ervaren bij**

( meerdere antwoorden mogelijk)

- Elke patiënt
- Een chronische patiënt
- Een niet chronische patiënt
- Een patiënt met polyfarmacie
- Een patiënt met polypathologie
- Een pediatrische patiënt
- Een geriatrische patiënt
- Een palliatieve patiënt
- Bij het vaststellen van een overlijden
- Andere

**29) Ervaart U de aanwezigheid van een thuisdossier/kerndossier tijdens de wachtdienst als een meerwaarde?**

- Ja
- Nee

**30) Bij welke patiënten vindt U de aanwezigheid van een thuisdossier/kerndossier een meerwaarde:**

( meerdere antwoorden mogelijk)

- Alle patiënten
- Chronische bejaarde patiënten
- Chronische patiënten
- Patiënten met polyfarmacie
- Patiënten met polypathologie

☐ Palliatieve patiënten

☐ Bij het vaststellen van een overlijden

☐ Andere

**31) Hoe staat U ten opzichte van volgende punten uit het thuisdossier/kerndossier tijdens een wachtdienst**

( meerdere antwoorden mogelijk)

| | Noodzakelijk | Nuttig | Overbodig | Opmerking |
|---|---|---|---|---|
| Naam | ○ | ○ | ○ | |
| Geboortedatum | ○ | ○ | ○ | |
| Adresgegevens | ○ | ○ | ○ | |
| Gezinssituatie/ burgerlijke stand | ○ | ○ | ○ | |
| Contactgegevens bewindvoerder/ vertrouwenspersoon | ○ | ○ | ○ | |
| Contactgegevens mantelzorg | ○ | ○ | ○ | |
| Contactgegevens arts | ○ | ○ | ○ | |
| Aanwezigheid GMD | ○ | ○ | ○ | |
| Contactgegevens verpleegkundige | ○ | ○ | ○ | |
| Contactgegevens kinesist | ○ | ○ | ○ | |
| Contactgegevens apotheek | ○ | ○ | ○ | |
| Contactgegevens andere… | ○ | ○ | ○ | |
| Bloedgroep | ○ | ○ | ○ | |
| Allergieën | ○ | ○ | ○ | |
| Intoleranties | ○ | ○ | ○ | |
| Ernst van de allergische reactie of intolerantie | ○ | ○ | ○ | |
| Vaccinatietoestand | ○ | ○ | ○ | |
| Risicofactoren | ○ | ○ | ○ | |
| Relevante medische voorgeschiedenis | ○ | ○ | ○ | |
| Aanwezigheid van bepaalde vreemde voorwerpen (pacemaker, prot | ○ | ○ | ○ | |
| Actieve ziekten | ○ | ○ | ○ | |
| Actuele medicatie | ○ | ○ | ○ | |
| Startdatum actuele medicatie | ○ | ○ | ○ | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Reden waarom medicatie opgestart is | ○ | ○ | ○ | |
| Dosisaanpassingen medicatie | ○ | ○ | ○ | |
| Stopdatum medicatie | ○ | ○ | ○ | |
| Reden waarom medicatie stopgezet werd | ○ | ○ | ○ | |
| Relevante therapeutische voorgeschiednis | ○ | ○ | ○ | |
| Recente laboverslagen | ○ | ○ | ○ | |
| Euthanasieverzoek | ○ | ○ | ○ | |
| 'Do not resuscitate' verklaring of code therapiebeperking | ○ | ○ | ○ | |
| Weigering van orgaandonatie | ○ | ○ | ○ | |
| Andere | ○ | ○ | ○ | |

**32) Indien aanwezig, maakt U gebruik van het thuisdossier/kerndossier van de patiënt?**

○ Ja

○ Nee

**33) Vult U Uw eigen bemerkingen, klinische gegevens , beleidsplan aan, in dit thuisdossier/kerndossier?**

○ Ja

○ Nee

**34) Indien een thuisdossier/kerndossier aanwezig, ervaarde U dit als voldoende overzichtelijk?**

○ Ja

○ Nee

**35) Indien een thuisdossier/kerndossier aanwezig, ervaarde U dit als voldoende recent?**

○ Ja

○ Nee

**SUMEHR = summerized electronic health record= beknopt gezondheidsdossier**

Het beknopt elektronisch medisch dossier(SUMEHR), komt overeen met de gezondheidsfoto van de patiënt. Het is een momentopname die de huisarts, als beheerder van het (globaal) medisch dossier (GMD), aanmaakt tijdens zijn geprivilegeerde contacten met de patiënt. Het gaat dus niet om een volledig gezondheidsdossier, maar over een gedeelte dat de nuttige gezondheidselementen bevat die nodig zijn voor verdere medische opvolging, een behandeling of de continuïteit van de zorg.

Sumehr is een verbindingsdocument tussen de Elektronische Medische Dossiers (EMD); niet alleen van de huisartsen, maar ook van geneesheren-specialisten al dan niet binnen een ziekenhuis.

**36) Heeft U voorheen reeds gehoord over SUMEHR?**

- Ja
- Nee

**37) U vindt het SUMEHR nuttig voor:**

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Huisartsen van wacht
- Spoedartsen
- Specialisten
- Verpleegkundigen
- Kinesisten
- Apothekers
- Andere

**38) Indien, voorhanden, zou U gebruik maken van een elektronisch thuisdossier/ kerndossier (SUMEHR) online?**

- Ja
- Nee

**39) Het gebruik van een elektronische thuisdossier/kerndossier (SUMEHR) online tijdens wacht in de wachtpost**

( meerdere antwoorden mogelijk)

- Nuttig
- Niet nuttig
- Te omslachtig; verklaar:…
- Niet van toepassing

**40) Het gebruik van een elektronische thuisdossier/kerndossier (SUMEHR) online tijdens mobiele wacht**

( meerdere antwoorden mogelijk)

☐ Nuttig

☐ Niet nuttig

☐ Te omslachtig; verklaar...

**41) Wat mij het meest zou tegenhouden bij het gebruik van een elektronisch thuisdossier/ kerndossier (SUMEHR) online**

( meerdere antwoorden mogelijk)

☐ Te tijdrovend

☐ Meerkost internetverbinding

☐ Nood aan netbook/laptop/ tablet/…

☐ Indien aanwezig zou ik het kerndossier online gebruiken

☐ Andere

**Eventuele opmerkingen met betrekking tot bovenstaande vragen:**



**Tijdens de analyse van de resultaten kan blijken dat er voor sommige vragen een bijkomende verduidelijking nodig zal zijn. Bent U bereid, indien nodig, dat ik hiervoor contacteer?**
**Zo ja, gelieve uw telefoonnummer of contactgegevens na te laten.**



Bedankt voor uw deelname.

Dr. Lies Plancke (HAIO)Dr. Els Linskens (PO)
Prof. Dr. Dirk Avonts (Promotor)
Dr. Philip Vandevelde (Co-promotor)

Contactgegevens:
Dr. Lies Plancke
Torhoutsesteenweg 362, 8200 Sint-Michiels
Tel: 050/39.15.28
thuisdossier_wachtarts@hotmail.com

# BIJLAGE III: WAT IS IN HET THUISDOSSIER AANWEZIG / AAN WELKE INFORMATIE IS ER NOOD TIJDENS DE WACHTDIENST?

| | In het thuisdossier zijn volgende punten aanwezig | | | Nood aan volgende zaken in het thuisdossier tijdens de wachtdienst | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Aantal | Sig. | | Aantal | Sig. |
| **Naam** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 43<br>1<br>0<br>0 | 0,000 | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 41<br>2<br>1 | 0,000 |
| **Geboortedatum** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 39<br>3<br>0<br>0 | 0,000 | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 35<br>8<br>0 | 0,000 |
| **Adresgegevens** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 32<br>4<br>1<br>3 | 0,000 | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 18<br>12<br>12 | 0,424 |
| **Gezinssituatie/ Burgerlijke stand** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 6<br>13<br>7<br>11 | 0,316 | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 5<br>26<br>9 | 0,000 |
| **Contactgegevens bewindvoerder/ vertrouwenspersoon** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 5<br>15<br>12<br>5 | 0,040 | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 13<br>28<br>1 | 0,000 |
| **Contactgegevens mantelzorg** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 8<br>22<br>8<br>2 | 0,000 | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 16<br>23<br>2 | 0,000 |
| **Contactgegevens arts** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 32<br>10<br>1<br>0 | 0,000 | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 25<br>17<br>0 | 0,280 |
| **Aanwezigheid GMD** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 11<br>13<br>0<br>7 | 0,572 | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 2<br>10<br>26 | 0,000 |
| **Contactgegevens verpleegkundigen** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 10<br>22<br>7<br>2 | 0,000 | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 13<br>26<br>2 | 0,000 |

| | In het thuisdossier zijn volgende punten aanwezig | | | | Nood aan volgende zaken in het thuisdossier tijdens de wachtdienst | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Aantal | Sig. | | | Aantal | Sig. |
| **Contactgegevens apotheek** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 1<br>3<br>20<br>13 | 0,000 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 1<br>20<br>16 | 0,000 |
| **Contactgegevens kinesist** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 2<br>5<br>15<br>14 | 0,003 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 1<br>17<br>19 | 0,000 |
| **Contactgegevens andere** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 2<br>2<br>13<br>11 | 0,002 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 1<br>13<br>16 | 0,002 |
| **Bloedgroep** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 7<br>2<br>20<br>7 | 0,000 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 5<br>19<br>14 | 0,019 |
| **Allergieën** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 24<br>18<br>2<br>0 | 0,000 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 41<br>3<br>0 | 0,000 |
| **Intoleranties** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 20<br>18<br>4<br>1 | 0,000 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 36<br>6<br>1 | 0,000 |
| **Ernst allergie/ intolerante** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 11<br>14<br>9<br>5 | 0,223 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 28<br>11<br>0 | 0,010 |
| **Vaccinatietoestand** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 12<br>11<br>14<br>6 | 0,357 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 12<br>27<br>2 | 0,000 |
| **Risicofactoren** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 11<br>18<br>7<br>5 | 0,022 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 33<br>10<br>1 | 0,000 |

| | In het thuisdossier zijn volgende punten aanwezig | | | | Nood aan volgende zaken in het thuisdossier tijdens de wachtdienst | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Aantal | Sig. | | | Aantal | Sig. |
| **Relevante medische voorgeschiedenis** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 29<br>13<br>2<br>0 | 0,000 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 44<br>0<br>0 | 0,000 |
| **Aanwezigheid vreemde voorwerpen (prothese, pacemaker.)** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 21<br>11<br>6<br>2 | 0,000 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 32<br>10<br>1 | 0,000 |
| **Actieve ziekten** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 26<br>12<br>3<br>0 | 0,000 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 40<br>4<br>0 | 0,000 |
| **Actuele medicatie** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 35<br>7<br>0<br>0 | 0,000 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 43<br>1<br>0 | 0,000 |
| **Startdatum actuele medicatie** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 9<br>10<br>11<br>7 | 0,814 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 9<br>25<br>4 | 0,000 |
| **Reden opstarten medicatie** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 6<br>13<br>12<br>6 | 0,202 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 12<br>23<br>4 | 0,001 |
| **Dosisaanpassing medicatie** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 19<br>15<br>4<br>4 | 0,001 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 23<br>15<br>4 | 0,002 |
| **Stopdatum medicatie** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 8<br>16<br>12<br>3 | 0,023 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 8<br>26<br>5 | 0,000 |
| **Reden stoppen medicatie** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 2<br>17<br>16<br>2 | 0,000 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 10<br>25<br>3 | 0,000 |

| | In het thuisdossier zijn volgende punten aanwezig | | | | Nood aan volgende zaken in het thuisdossier tijdens de wachtdienst | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Aantal | Sig. | | | Aantal | Sig. |
| **Relevante therapeutische voorgeschiedenis** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 17<br>14<br>5<br>3 | 0,003 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 27<br>13<br>2 | 0,000 |
| **Recente laboverslagen** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 14<br>15<br>11<br>1 | 0,007 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 18<br>24<br>0 | 0,440 |
| **Euthanasieverzoek** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 12<br>6<br>12<br>6 | 0,261 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 18<br>19<br>3 | 0,002 |
| **'Do not resuscitate'-verklaring** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 11<br>8<br>14<br>6 | 0,287 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 33<br>11<br>0 | 0,002 |
| **Weigering orgaandonatie** | Altijd<br>Frequent<br>Zelden<br>Nooit | 3<br>3<br>15<br>16 | 0,001 | | Noodzakelijk<br>Nuttig<br>Overbodig | 8<br>19<br>10 | 0,062 |
| **Significantieniveau ≤ 0,05** | | | | | | | |

# BIJLAGE IV: AFKORTINGEN

| | |
|---|---|
| ABruMeT/ Net | Association Bruxelloise de Télématique Médicale/Brusselse vereniging voor Medische Telematica/Brussels Medical Telematics Association. |
| ADEPD | Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier. |
| ARH | Antwerpse Regionale Hub |
| CoZo | Collaboratief ZorgPlatform |
| DNR | Do Not Resuscitate |
| EMD | Elektronisch Medisch Dossier |
| EPD | Elektronisch Patiënten Dossier |
| GMD | Globaal Medisch Dossier |
| HABO vzw | Huisartsenkring van Brugge en Omgeving |
| LSP | Landelijk Schakelpunt |
| NHG | Nederlands Huisartsen Genootschap |
| RSW | Réseau Santé Wallon |
| SumEHR | Summerized Electronical Health Record |
| VWS | Nederlands Ministerie voor Volksgezondheid, welzijn en sport. |
| VZNHUB | Vlaams ZiekenhuisNetwerk KULeuven |
| VZVZ | Vereniging zorgaanbieders voor zorgcommunicatie |
| WVVH | Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen |
| WZC | Woon-en Zorgcentrum |