Sumehr: een evaluatie in de praktijk

Pepijn Elyn, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Sarah Willems, vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnszorg, Universiteit Gent

Copromotor: Dr. Diego Schrans, vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnszorg, Universiteit Gent

Copromotor: Dr. Koenraad Cornelli, praktijkopleider

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

Context:
De komst van grotere organisatiestructuren voor de eerstelijnsgezondheidszorg 's nachts en in het weekend heeft er onder andere toe geleid dat huisartsen van wacht voornamelijk patiënten zien waarvan ze de medische context niet kennen. Deze schaalvergroting noodzaakt de beschikbaarheid van relevante medische informatie tijdens de wachtdienst, om de continuïteit van zorg in de eerste lijn te garanderen. Als mogelijke oplossing voor dit probleem, werkt men in België aan de ontwikkeling van een digitale, automatische samenvatting van het elektronisch medisch dossier (EMD). Deze 'summarized electronic health record' (Sumehr) kan vervolgens via het eHealthplatform beschikbaar gesteld worden voor onder andere de huisarts van wacht.

Onderzoeksvraag:
In deze masterproef wordt onderzocht welke bijdrage Sumehr kan leveren aan onze huisartsenwachtdienst. De klemtoon ligt hierbij voornamelijk op de mogelijke voordelen en minder op de barrières, valkuilen of technische problemen bij het invoeren of gebruik van Sumehr.

Methode (literatuur & registratiewijze):
Ten eerste werd een literatuurstudie verricht naar het gebruik van analoge gezondheidssamenvattingen in de omringende landen. In het tweede deel beschrijft deze scriptie de retrospectieve bevraging van Oostendse huisartsen omtrent Sumehr en de wachtdienst. Na afloop van de wacht, werd voor de patiënten uit onze praktijk een Sumehr aangemaakt en bezorgd aan de arts die ze gezien had. Via een enquêteformulier werd vervolgens gepeild naar het effect dat deze zou gehad hebben op het patiëntencontact en naar de wens om Sumehr te gebruiken.

Resultaten:
De bevraagde huisartsen schatten alle Sumehronderdelen nuttig in, met uitzondering van de lijst met geplande vaccinaties, en in mindere mate de lijst met toegediende vaccinaties. Men vond de informatie voldoende overzichtelijk en men scheen eerder van oordeel te zijn dat Sumehr het wachtcontact vlotter kon doen verlopen. De artsen oordeelden echter dat het gebruik van de Sumehr niet zou geleid hebben tot een andere diagnose of een ander beleid. Toch zag elke arts duidelijk het nut in van Sumehr en toonde men zich bereid om, wanneer beschikbaar, Sumehr voornamelijk te zullen raadplegen wanneer patiënten hun medische gegevens onvoldoende zelf kenbaar kunnen maken, bij patiënten met multipathologie en polyfarmacie en bij oudere patiënten.

Conclusies:
Sumehr lijkt veelbelovend, maar aanvullend onderzoek is nodig om dit wetenschappelijk aan te tonen, vooral omtrent de veronderstelling dat Sumehr veiligere geneeskunde tijdens de wachtdienst mogelijk maakt. Ook de vraag hoe uitgebreid of beknopt een Sumehr moet zijn, lijkt me onvoldoende beantwoord. Als Sumehr geen invloed heeft op de diagnose of het beleid, welke inhoud heeft men dan nodig om het wachtcontact wel zo vlot mogelijk te doen verlopen? Vooraleer Sumehr operationeel zou worden, dient de export van deze gezondheidssamenvattingen volledig automatisch en vlot te verlopen en zorgt men best voor een voldoende groot draagvlak onder de Belgische huisartsen. Zou men het aanleveren van goede Sumehrs kunnen koppelen aan de accreditering of telematicapremie? Of zou men dit als voorwaarde kunnen stellen wanneer men het GMD verlengt? Meer onderzoek dringt zich dus op, maar ondertussen blijf ik geloven in dergelijke modernisering van de geneeskunde.

ICPC-code: A, algemeen (praktijkvoering)

Inhoud

ABSTRACT 2
INLEIDING 4
Sumehr 4
METHODE 6
Literatuurstudie 6
Praktijkproject 6
RESULTATEN 7
Literatuurstudie 7
Sumehranalogen in andere landen 7
Wens tot gegevensuitwisseling 7
Verwachte voordelen 8
Aangetoonde voordelen 9
Barrières 9
Valkuilen 10
Praktijkproject 14
Beschrijving van de dataset 14
Beoordeling qua inhoud 15
Beoordeling qua leesbaarheid en tijdsbesteding 16
Beoordeling qua nut 16
Sumehr zelf gebruiken? 17
DISCUSSIE 18
CONCLUSIE 19
BRONNNEN 20
BIJLAGEN 21
Bijlage 1. Lijst met veelgebruikte afkortingen 21
Bijlage 2. Sumehr beoordelingsformulier 22

INLEIDING

De komst van grotere organisatiestructuren voor de eerstelijnsgezondheidszorg 's nachts en in het weekend, heeft ertoe geleid dat huisartsen meer de kans krijgen om een goed evenwicht te vrijwaren tussen werk en vrije tijd. Artsen hoeven niet langer 24 uren per dag en zeven dagen per week in te staan voor de zorg van hun patiënten. Zo was er de evolutie van kleine rotatiegroepen naar grote wachtgebieden waar artsen beurtelings individueel van wacht zijn, tot heden de komst van de huisartsenwachtposten. Als keerzijde van de medaille ziet de wachtarts voornamelijk patiënten die hij niet kent. Deze schaalvergroting noodzaakt de beschikbaarheid van relevante medische informatie tijdens de wachtdienst, om de continuïteit van zorg in de eerste lijn te garanderen[1-3].

Als mogelijke oplossing voor dit probleem, werkt men in België aan de ontwikkeling van een digitale, automatische samenvatting van het elektronisch medisch dossier (EMD). Deze 'summarized electronic health record' (Sumehr) kan vervolgens via het eHealthplatform beschikbaar gesteld worden voor onder andere de huisarts van wacht[4].

In deze masterproef, wordt onderzocht welke bijdrage Sumehr kan leveren aan onze huisartsenwachtdienst. De klemtoon ligt hierbij voornamelijk op de mogelijke voordelen en minder op de barrières, valkuilen of technische problemen bij het invoeren of gebruik van Sumehr. Om de leesbaarheid van de scriptie te behouden, worden verwijzingen naar de arts of patiënt eenslachtig genoteerd als "hij" of "zijn".

Sumehr

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 de contacten met de patiënt. Het is geen statisch gegeven, maar evolueert met de medische geschiedenis van de patiënt. Het gaat hier niet om een volledig gezondheidsdossier, maar over een gedeelte dat de nuttige gezondheidselementen bevat die nodig zijn voor de continuïteit van zorg[4]. De inhoud van een Sumehr wordt beschreven in tabel 1.

Mits akkoord van de patiënt zal de aanmaak van zijn Sumehr automatisch kunnen gebeuren, waarna deze ofwel als digitale brief wordt verzonden naar een collega, ofwel wordt opgeladen op het eHealthplatform. In dit laatste geval is de Sumehr online beschikbaar voor bijvoorbeeld een huisarts van wacht als deze toestemming krijgt van de patiënt om de Sumehr te raadplegen.

Momenteel verloopt de aanmaak van een Sumehr verre van vlot, maar afhankelijk van het gebruikte softwarepakket is het wel degelijk mogelijk. Een belangrijke voorwaarde is uiteraard dat men vertrekt van een correct en goed gestructureerd bijgehouden EMD[6]. De volgende voorwaarden voor huisartsensoftwarepakketen zijn opgenomen in de homologatiecriteria voor 2013 met betrekking tot Sumehr[7]:

- De software laat toe om gestandaardiseerde elektronische berichten van het type Sumehr in de vorm van documenten en/of gestructureerd te importeren.
- De dossierbeheersoftware moet gestandaardiseerde elektronische berichten van het type Sumehr kunnen exporteren.
- Met het oog op de validatie van de kwaliteit van het Sumehrbericht, moet de software een voorbeeldweergave kunnen geven. De gebruiker zal de gegevens, indien nodig, kunnen wijzigen en het bericht valideren voor de export.

- Wanneer een wijziging wordt aangebracht of een element wordt toegevoegd aan één of meerdere gegevens van een patiëntendossier waarvan reeds een Sumehr werd geëxporteerd (bv. naar een regionale hub), stelt de software aan de gebruiker voor om een update van deze Sumehr te exporteren.
- De software laat toe een Sumehr te exporteren naar een elektronische kluis (van het type Intermed en/of Vitalink).

Tabel 1. Sumehrspecificatie [5]

Datum van aanmaak	
Administratieve patiëntgegevens	Rijksregisternummer Familienaam Voornaam Geslacht Geboortedatum Taal
Administratieve gegevens van de arts die Sumehr aanmaakte	RIZIV-nummer Familienaam Voornaam Adres Telefoonnummer
Risico's	Allergieën Geneesmiddelenintoleranties Sociaal Andere
Administratieve gegevens van de contactpersoon (familie, vriend, …)	Familienaam Voornaam Adres Telefoonnummer
Administratieve gegevens van de arts die de Sumehr raadpleegt	RIZIV-nummer (als beschikbaar) Familienaam Voornaam Adres Datum van opvragen van de Sumehr Rol van de hulpverlener
Administratieve gegevens van de GMD-houdende huisarts(enpraktijk)	RIZIV-nummer Familienaam en voornaam (als persoon) Praktijknaam (als praktijk) Adres Telefoonnummer
Probleemlijst: elk huidig relevant gezondheidsprobleem, diagnostisch of zorgelement.	Label (tekstbeschrijving) IBUI-code, ICPC2-code, ICD10-code Begindatum
Medische voorgeschiedenis: elk relevant voorafgaand, afgesloten gezondheidsprobleem	Label (tekstbeschrijving) IBUI-code, ICPC2-code, ICD10-code Begindatum Einddatum
Huidige medicatielijst	Naam van het geneesmiddel CNK-code, ATC-code Begindatum Einddatum
Vaccinatielijst	Indicatie Vaccinnaam CNK-code, ATC-code Vaccinatiedatum
Wilsbeschikking	Therapeutische beperkingen, zoals geuit door de patiënt

METHODE

Literatuurstudie

De zoektocht naar artikels omtrent het gebruik van Sumehr en analoge beknopte dossiervorming verliep aan de hand van de zoektermen weergegeven in tabel 2. Eerst en vooral werd gezocht via Pubmed, vervolgens doorliep ik via Web of Science de referentie- en citatielijst van de reeds gevonden relevante artikels. Copromotor Dr. D. Schrans, stelde me eveneens een nog niet gepubliceerd rapport ter beschikking, waarvan hij coauteur is. Aanvullend vond ik richtlijnen omtrent dossiervorming op de website van Domus medica en het NHG-artsennet en zocht ik via de website van het RIZIV naar bruikbare studies en op de ICHO-website naar verwante masterproeven van voorgaande huisartsen in opleiding (HAIO's). Een beschrijving en de huidige stand van zaken van Sumehr was te lezen op de website van eHealth en van de FOD Volksgezondheid.

Tabel 2. Gebruikte zoektermen voor de literatuurstudie

Primary care
Primary health care
Out-of-hours care
After-hours care
Sumehr
Summary care record

Praktijkproject

De opzet van dit onderzoek is nagaan of de Oostendse huisartsen Sumehr bruikbaar en nuttig vinden tijdens de wachtdienst, en welke Sumehronderdelen meer of minder waardevol geacht worden.

Gezien Sumehr nog niet bruikbaar is in de huidige setting, werd geopteerd om kort na het wachtcontact de arts te voorzien van het Sumehrbericht in kwestie. Zo werd hem post hoc gevraagd om deze samenvatting te beoordelen alsof hij hem ter beschikking had tijdens zijn wacht. Deze evaluatie gebeurde door middel van een beoordelingsformulier met hoofdzakelijk meerkeuzevragen (zie bijlage 2). Voorafgaandelijk werd de respectievelijke patiënt hierover geïnformeerd en werd mondeling zijn informed consent gevraagd.

Ten tijde van de gegevensverzameling was ons medisch programma Medigest niet in staat om valide Sumehrs te exporteren. Als vervangoplossing werd een nieuw briefsjabloon gemaakt met dezelfde inhoud als Sumehr, waardoor het onderzoek iets later dan gepland van start ging.

De gegevensverzameling gebeurde van september 2011 tot eind februari 2013. Omdat onze praktijk zelf een week- en zaterdagochtendwacht voorziet, werden enkel contacten geregistreerd van zaterdagmiddag 12 uur tot maandagochtend 7 uur.

Voor 2013 verliep de wacht in Oostende via een wachtsecretariaat dat de oproepen verdeelde over de huisartsen van wacht, enkel huisbezoeken. Vanaf januari 2013 opende de huisartsenwachtpost zijn deuren. Dit gedurende één blok in de voormiddag en één blok in de namiddag. Buiten deze uren zijn er enkel huisbezoeken.

RESULTATEN

Literatuurstudie

Sumehranalogen in andere landen

Nederland

In Nederland ontwikkelde men het "waarneemdossier huisarts" (WDH), ook gekend onder de naam "professionele samenvatting" (PS) of in het Engels als "electronic locum record". Net zoals Sumehr is het een automatische samenvatting van relevante gegevens uit het huisartsendossier, die beschikbaar is voor de huisarts van wacht, de waarnemer[3,8].

Het WDH omvat de identificatiegegevens van de patiënt, de huisarts, de waarnemer en de huisartsenpost; de episodelijst; medische gegevens uit het journaal van de laatste vier maanden of van minimaal de laatste vijf contacten; contra-indicaties; de actuele medicatie; de medicatiegeschiedenis tot vier maanden terug; en overdrachtsgegevens (aandachtspunten en opmerkingen voor de waarnemer) [3].

Anders dan Sumehr wordt het WDH pas aangemaakt uit het elektronisch patiëntendossier (EPD) op het moment dat de waarnemer deze opvraagt. Dit betekent dat het WDH altijd de recentste gegevens bevat, maar ook dat het huisarts informatiesysteem (HIS) te allen tijde toegankelijk moet zijn voor de waarnemer op de centrale huisartsenpost (CHP). Bovendien betreft het hier een tweerichtingssysteem; de waarnemer beschikt immers over de mogelijkheid een waarneemretourbericht (WRB) te zenden naar de huisarts van de patiënt in kwestie, hetgeen automatisch in het dossier geïntegreerd kan worden[3,8].

Verenigd Koninkrijk

De Engelse tegenhanger van Sumehr is de "summary care record" (SCR). Het systeem werd voor het eerst in 2007-2008 ingevoerd in vier testregio's in het Verenigd Koninkrijk, en is sindsdien onderhevig aan veel discussie, zoals omtrent de vorm van toestemmingsverklaring. Men vertrok van de veronderstelling dat elke inwoner ermee akkoord gaat dat voor hem een SCR aangemaakt wordt of kan worden, tenzij men individueel zijn veto stelt, het "opting out" principe. Eind 2008 werd deze "informed refusal" vervangen door een "informed consent", het "opting in" principe[9-10].

SCR is, net als Sumehr, een samenvatting van het patiëntendossier die door de huisarts van de patiënt aangemaakt wordt en vervolgens centraal bewaard wordt op een eHealthplatform van de "National Health Service" (NHS), "the Spine". Daar kan het beschikbaar gesteld worden voor NHS-personeel op de spoed- en ongevallendiensten, of voor huisartsen in de verschillende eerstelijns wachtorganisaties[9-10].

Een SCR bevat in essentie drie datavelden, namelijk de medicatielijst, allergieën en intoleranties. Een arts heeft de mogelijkheid om zijn SCR's uit te breiden met bijkomende gegevens zoals belangrijke diagnoses of een eventuele wilsbeschikking[9-10].

Wens tot gegevensuitwisseling

Naessens et al., verrichtte in 2008 een online enquête in Vlaanderen waarop 238 huisartsen antwoordden. Bij navraag of men wenste gegevens te delen met collega's buiten de praktijk, antwoordde twee derde dit nog niet te doen maar dit wel wenste, ongeveer tien procent deelde reeds gegevens en iets meer dan twintig procent was

hiertoe niet bereid. Wanneer men vroeg welke gegevens een meerwaarde zouden hebben tijdens een wachtdienst, indien beschikbaar, vonden de artsen de medicatielijst, episodelijst en allergieën/intoleranties van vitaal belang. Iets minder vitaal, maar ook belangrijk vond men de lijst met medische antecedenten, recente ziekenhuisverslagen en laboratoriumresultaten. Op de vraag wat men, indien mogelijk, verwacht van een toekomstig eHealthplatform was dit de top vijf, gerangschikt in dalend belang: (1) online beschikbaarheid van de actuele medicatielijst, (2) online beschikbaarheid van een patiëntsamenvatting tijdens een wacht of verlof van een collega, (3) online toegang tot patiëntgegevens tijdens diens hospitalisatie, (4) elektronische export en import van dossiers bij overdracht tussen verschillende huisartsen ongeacht het gebruikt softwarepakket, (5) filters in het EMD om accurater en sneller bepaalde gegevens van een patiënt zichtbaar te maken. De auteurs besloten dat de verdere ontwikkeling van een systeem zoals Sumehr prioriteit zou moeten krijgen[11].

Verwachte voordelen

Efficiëntere zorg

Algemeen wordt verwacht dat het beschikbaar hebben van een patiëntsamenvatting zal leiden tot efficiëntere zorg. De wachtdoende arts heeft zo een vlot overzicht over de medicatielijst, huidige ziektegeschiedenis en eventuele medicatie-allergieën of intoleranties, hetgeen zowel voor de diagnose als voor de behandeling belangrijk kan zijn. De arts hoeft deze zaken immers minder uitgebreid te bevragen en ervaart minder problemen bij patiënten die deze cruciale gegevens minder vlot kenbaar kunnen maken[10,12,14,15].

Toegenomen kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid

Behalve dat bovenvermelde gegevens vlotter beschikbaar zijn, beschikt de wachtdoende arts via de patiëntsamenvatting ook over meer informatie. Enerzijds omdat hij zonder de Sumehr al deze gegevens misschien niet bevraagt. Anderzijds omdat de patiënt de arts er onvoldoende over kan inlichten. Dit kan de kwaliteit van zorg bevorderen, of meer zelfs; schade voorkomen. Denk bijvoorbeeld aan antibiotica voorschrijven bij penicilline-allergie, een NSAID bij ernstige chronische nierinsufficiëntie of bruistabletten bij onderliggend ernstig hartfalen[10,12,14,15].

Toegenomen toegankelijkheid en gelijkheid van zorg (equity)

De patiëntsamenvatting maakt aanbieden van gelijk kwalitatieve zorg mogelijk bij patiënten die hun medische context niet of onvoldoende kunnen kenbaar maken aan de arts; door taalproblemen enerzijds, door andere beperkingen anderzijds[10].

Minder verwijzingen

Indien de wachtdoende arts beter op de hoogte is van de context en basistoestand van de patiënt, lijkt het logisch dat hij zich zekerder voelt bij zijn klinisch oordeel en gerichter kan handelen. De situatie van een ongeruste patiënt én een ongeruste arts, staat doorgaans gelijk aan verwijzing. Bovendien kunnen ongewenste verwijzingen voorkomen worden indien de arts ook over de wilsbeschikking van de patiënt beschikt[10,12].

Toegenomen patiënttevredenheid

Patiënten zouden het gevoel kunnen krijgen meer als patiënt dan als ziektebeeld behandeld te worden indien de arts vlot over de medische contextgegevens beschikt. Evenveel "cure" maar ook wat meer "care"[10].

Voordelen voor grootschalig medisch onderzoek

Indien gezondheidssamenvattingen anoniem gebruikt kunnen worden voor grootschalig medisch onderzoek kan dit bijdragen aan de ontdekking van factoren die bepalend zijn voor ziekte en gezondheid, geneesmiddelenbewaking en kan het bovendien patiënten identificeren die in aanmerking komen voor bepaalde studies. Patiënten in kwestie kunnen vervolgens vrijblijvend gecontacteerd worden[14].

Aangetoonde voordelen

Studies die de voor- en nadelen van het gebruik van automatische patiëntsamenvattingen wetenschappelijk aantonen heb ik niet gevonden. De enige studie die hierbij aansloot, is een Engels onderzoek tijdens en over de invoering van SCR tussen 2007-2010. Echter door de beperkte toepassing van SCR op een te kleine schaal, kon men de effecten enkel vermoeden, niet bewijzen[10].

Artsen evalueerden SCR duidelijk positief in gevallen van polyfarmacie of waarbij meer dan één diagnose werd vastgesteld. De artsen ervoeren SCR als een eenvoudige en vlotte vorm van communicatie, maar vertrouwden niet blind op de verkregen informatie. Bovendien oordeelden de artsen dat het hun beleid niet veranderde[10].

In tegenstelling tot wat verwacht werd, bleken wachtcontacten waarbij SCR gebruikt werd langer te duren (tien versus negen minuten). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat SCR voornamelijk bij de moeilijkere casussen opgevraagd werd[10].

Een bewijs voor een daling in het aantal verwijzingen of in het aantal medicatiefouten werd niet gevonden. Men maakte hierbij de kanttekening dat medicamenteuze fouten eerder zeldzaam zijn, en dat enig positief effect hierop enkel zou kunnen worden aangetoond bij een langere onderzoeksperiode waarbij SCR frequenter geraadpleegd wordt en waarbij voor meer patiënten een SCR beschikbaar is. De patiënttevredenheid kon niet beoordeeld worden[10].

Algemeen wordt besloten dat verder onderzoek nodig is[10].

Barrières

Privacy van de patiënt

Zowel artsen als patiënten vrezen voor onrechtmatig gebruik van de medische gegevens. Door kwaad opzet (cf. verzekeringsmaatschappijen), door nalatigheid van de arts (dossiers open laten staan en de computer onbewaakt achterlaten) of door nieuwsgierigheid van onbevoegde artsen[10,12,13,15].

In Helsinki werd een verpleegster tot ontslag gedwongen, nadat één van de artsen en vervolgens de werkgever uit haar gezondheidssamenvatting opmerkten dat ze HIV seropositief was. De arts had strikt genomen geen recht om de samenvatting te raadplegen, gezien er tussen beiden geen therapeutische relatie was, maar hij had er wel toegang toe[13].

Privacy van de arts

Huisartsen vrezen dat hun klinisch denken en handelen op deze wijze opengesteld wordt aan kritiek en discussie door collega's en de overheid[11].

Gevoelige informatie

Het spreekt voor zich dat sommige patiënten zullen weigeren dat in een Sumehr bepaalde gevoelige gegevens worden opgenomen, bv. verslaving of abortus, hoewel dat toch relevant kan blijken tijdens een wachtcontact[11].
Huisartsen schrijven vaak persoonlijke notities in het dossier, die beter verborgen blijven voor de patiënt en dus best niet opgenomen worden in een Sumehr[11]. In België behoren deze persoonlijke notities wettelijk gezien niet tot het dossier.

Een automatische data-extractie is niet per se een bruikbare samenvatting

Wanneer een arts een verwijsbrief opstelt, interpreteert hij het medisch dossier en voegt hij bepaalde gegevens toe en verwijdert hij er andere op basis van de inschatting of ze relevant zijn voor de beoogde synthese of niet. Aanvullend wordt een specifieke vraagstelling geformuleerd. Een automatische gezondheidssamenvatting is een elektronische extractie van een bepaalde gegevensset uit het medisch dossier, zonder dat iemand deze beoordeelt qua relevantie, qua volledigheid of qua samenhang[16].

Technische barrières

De verschillende gebruikte EMD softwarepakketten zijn heden onderling zelden compatibel. Nochtans moeten uniforme Sumehrs geëxporteerd worden, zodat elk programma deze correct kan importeren[8,11].
Elke nieuwe technologische ontwikkeling is onderhevig aan "kinderziekten", waardoor de individuele arts de moed kan verliezen en Sumehr volledig zou kunnen opgeven [10].
Het uitbouwen van een performant systeem dat Sumehr ondersteunt, brengt zowel voor de overheid als voor de individuele arts een grote kost mee[12].
Artsen zullen geschoold moeten worden in het gebruik van Sumehr[11,12].

Valkuilen

Gebrek aan standaardisatie

Er is meestal geen uniforme wijze van dossieraanvulling. Diagnoses worden niet altijd gecodeerd, weinig artsen registreren episodegericht, episodes krijgen vaak onterecht wel of geen label van belangrijkheid, … Sumehrs uit inadequaat bijgehouden dossiers lopen het risico om onoverzichtelijk of onvolledig te zijn. De dossiers hieraan aanpassen kost tijd, hetgeen voor veel artsen een brug te ver zal zijn[8,10,11,15,17].
Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelde hiertoe ten eerste de richtlijn "adequate dossiervorming in het elektronisch patiëntendossier" (ADEPD) en ten tweede de "EPD-scan-h"; een instrument dat per praktijk aangeeft in hoeverre de dossiers in orde zijn en welke zaken beter zouden kunnen[17,18]. De Engelse tegenhanger is de "PRIMIS+"[15].

Onvolledige dossiers

De verkregen Sumehrs dienen accuraat en betrouwbaar te zijn en essentiële gegevens mogen niet ontbreken. Interviewstudies tonen aan dat zowel het vertrouwen in de eigen dossiers, als in die van de collega's een knelpunt blijkt te zijn. Huisbezoeken worden in sommige praktijken niet, of slechts beperkt, genoteerd in het EMD[10,11,15,18].

Afwezigheid van een gegeven is bovendien geen bewijs van afwezigheid (bijvoorbeeld contrastallergie)[13,16].

Verouderde gegevens

Enerzijds gebeurt het dat oude gegevens persisteren in het EMD, zoals bijvoorbeeld een verouderde medicatielijst, een reeds afgesloten ziekte-episode, … Anderzijds bestaat het gevaar dat de Sumehr onvoldoende recent vernieuwd werd, waardoor deze niet meer up-to-date is[13,16].

Overdaad aan informatie

Indien gezondheidssamenvattingen te veel informatie bevatten en onvoldoende gestructureerd zijn, bestaat het gevaar dat wie Sumehrs raadpleegt meer tijd verliest dan wint, en Sumehr aldus in onbruik geraakt[11,15].

Aansprakelijkheid, verantwoordelijkheid

Wie is verantwoordelijk voor de samenvatting, als verscheidene artsen gegevens kunnen toevoegen of verwijderen? In welke mate kan men aansprakelijk gesteld worden voor de inhoud van de samenvatting[13,15,16]?

Lege-dozen-fenomeen

Indien men in de beginperiode van wacht is en men geen Sumehrs vindt telkens men deze opvraagt, bestaat de kans dat men het vertrouwen verliest in het concept Sumehr en men er verder zelf ook geen meer zal aanmaken[11].
In Engeland werd SCR in vier testregio's ingevoerd in 2007. Aan het einde van het onderzoek in 2010 werden SCR's gevonden voor slechts een vierde tot een derde van de patiënten. Van alle patiënten weigerde één procent een SCR. SCR werd er geraadpleegd in slechts vier procent van de gevallen, of in 21 procent van de gevallen waar effectief een SCR ter beschikking was[10].

Informed consent

Welke vorm van toestemmingsverklaring gebruikt men? In Engeland koos men voor het uitgangspunt dat iedereen zijn toestemming verleent voor de aanmaak van zijn of haar SCR, tenzij men individueel zijn weigering kenbaar maakt. Veel patiënten waren echter niet op de hoogte van het concept SCR en van de noodzaak tot formele weigering indien men niet akkoord ging. Na hevige discussie werd eind 2008 geopteerd voor het "informed consent", "opting in"[10,13].

Tabel 3. Literatuuroverzicht

Titel	Jaar	Land	Thesis relevante samenvatting
Het elektronisch medisch dossier, Domus medica	2004	B	Belgische richtlijn voor huisartsen over het correct bijhouden van een EMD en uitleg over de functionaliteit ervan.
Share4Health: EMD use and data sharing	2010	B	Literatuurstudie, online enquête, focusgroep discussie registratie en interview studie omtrent de barrières bij het gebruik van het EMD en de wens tot delen van medische gegevens.
Patiëntengegevens uiwisselen: liever SUMEHR dan summier	2012	B	HAIO masterproef die handelt over de aanmaak van Sumehrs. Het gebruikte, gehomologeerde softwarepakket is wel degelijk in staat om op eenvoudige wijze valide Sumehrs te genereren. Een valide Sumehr is echter geen garantie voor een inhoudelijk correcte Sumehr. Om nuttig te zijn voor toekomstige zorgverleners dient het EMD zelf zo correct en volledig mogelijk te zijn ingevuld. Dit is echter een continu proces en vereist dus een blijvende aanpassing van de werkwijze
Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts en CHP	2008	NL	Situering en schetsing van de nood aan gegevensuitwisseling tijdens de wachtdienst. Beschrijving van het gebruikte systeem in Nederland voor gegevensuitwisseling tussen arts en wachtarts. Beschrijving van de belangrijke randvoorwaarden voor het EMD, patiëntrechten en het informaticasysteem.
Richtlijn adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier	2009	NL	Nederlandse richtlijn voor huisartsen over het correct en gestructureerd bijhouden van een EMD.
Verbeter uw verslaggeving, gebruik de EPD-scan-h	2009	NL	Veel huisartsen hebben nog weinig ervaring met het episodisch gericht registeren, ICPC-coderen en correct gebruik van het EMD in het algemeen. Men ontwikkelde een instrument om de verslaggeving in het EMD te evalueren en te duiden waar verbetering nodig is.
The electronic locum record for general practioners	2010	NL	Technologisch beschrijving en evaluatie van het systeem om een "electronisch locum record" (~Sumehr) uit te wisselen. Geen evaluatie over de positieve of negatieve effecten ervan na ingebruikname.
Quality of after-hours primary care in the Netherlands	2011	NL	Beschrijving en evaluatie van de wachtdienst in Nederland. Er is een toename van zorg door "vreemde" artsen en men stelt vragen naar patiëntveiligheid bij ontbreken van medische gegevens.
Benefits and problems of electronic information exchange as perceived by health care professionals	2011	NL	Gezondheidsmedewerkers ervaren dat informatie-uitwisseling de efficiëntie en kwaliteit van zorg verbetert, maar ze stellen zich vragen bij de confidentialiteit en veiligheid van informatie-uitwisseling. Bovendien stelden de artsen zich vragen bij de betrouwbaarheid en kwaliteit van de gegevens in het dossier. Dit artikel onderzoekt echter de attitude van artsen tegenover het gebruik van een nationaal elektronisch dossier, niet van een beknopte samenvatting ervan.
Introduction of shared electronic records: a mulit-site case study using diffusion of innovative theory	2008	GB	Studie die gaat over de organisatie van het invoeren van SCR en wat hierbij de barrières en valkuilen zijn. Weinig tot geen informatie over de positieve effecten ervan. SCR is geen plug-in technologie. Het is een complexe vernieuwing die aanvaard moet worden door individuele patiënten en zorgverleners en die ingebed moet worden op verschillende niveaus van organisatie.
Adoption and non-adoption of a shared electronic summary	2010	GB	Verwachte voordelen van SCR: bevordering van de kwaliteit, veiligheid, efficiëntie, equity en patiënttevredenheid en daling in het aantal verwijzingen.

care record (SCR) in England			Aanmaak van SCR: complex, technologische uitdaging, arbeidsintensief, verliep trager dan gepland. Gebruik van SCR: werd geraadpleegd in vier procent van de gevallen of in 21 procent van de gevallen waarbij een SCR beschikbaar was Wanneer een SCR gebruikt werd leek deze te leiden tot een betere kwaliteit van zorg en een verhoogd vertrouwen van de arts, hoewel hier geen directe bewijzen voor gevonden werden. De resultaten waren echter wel suggestief voor een zeldzame maar positieve impact op het voorkomen van medicatiefouten. SCR's bevatten soms foutieve of onvolledige informatie, maar artsen interpreteerden de gegevens uit de SCR voorzichtig en toetsten deze aan andere bronnen. SCR-gebruik leidde niet tot een korte contacttijd. SCR-gebruik leidde niet tot minder verwijzingen naar het ziekenhuis. Conclusie: de voordelen van een SCR zijn subtieler en toevalliger dan vooraf verwacht en artsen gebruiken ze vaak niet.
Do summary care records have the potential to do more harm than good? YES	2010	GB	Opiniestuk gepubliceerd in de BMJ. De auteur vindt SCR: - onveilig: het wordt beheerd door verschillende artsen tegelijk, waarbij geen individuele arts verantwoordelijk is, gebrek aan controle. - nadelig voor patiënt privacy en mensenrechten: het uitgangspunt waarbij een SCR voor iedereen aangemaakt wordt tenzij men dit afwijst is foutief. Er is voordien een informed consent nodig. - de verkeerde oplossing voor een probleem dat erg zelden voorkomt: SCR vertrekt vanuit het idee "Wat als je bewusteloos toekomt op de spoed- en ongevallendienst en een gevaarlijke onderliggende medische aandoening hebt?". - een beperking voor de autonomie van de arts.
Do summary care records have the potential to do more harm than good? NO	2010	GB	Opiniestuk gepubliceerd in de BMJ. De auteur vindt SCR: - een middel om snel toegang te hebben tot betrouwbare informatie die de behandeling ten goede komt (bijvoorbeeld medicatie-allergieën of intoleranties, preventie van interacties met medicatie die reeds genomen wordt). - erg bruikbaar voor onderzoeksdoeleinden
Do we need a national electronic summary care record?	2011	AU	Opiniestuk gepubliceerd in de MJA. Een automatische extractie uit het EMD is niet per se een correcte en bruikbare samenvatting (zoals een ontslagbrief en een verwijsbrief dat wel zijn). Het is voorlopig nog onduidelijk of SCR werkelijk kan leiden tot verbetering van de zorg. SCR wordt eerder als een technologische en politieke vernieuwing ervaren dan als een relevante oplossing voor een probleem dat mogelijks overroepen wordt. De kwaliteit van een SCR komt in het gedrang als cruciale gegevens ontbreken of als oude data blijven staan. Bovendien weet men niet of het ontbreken van bepaalde gegevens, zoals penicilline-allergie, betekent dat ze niet van toepassing zijn op de patiënt, of dat ze ten onrechte niet genoteerd staan.
Systematic review of health information exchange in primary care practices	2010	USA	Artikel over elektronische dossiervorming en informatie-uitwisseling in het algemeen, niet over SCR of Sumehr. Het potentieel om via medische informatie uitwisseling de kwaliteit van zorg te verbeteren en kosten te besparen, wordt algemeen aanvaard, maar verder onderzoek is nodig om dit beter te staven.

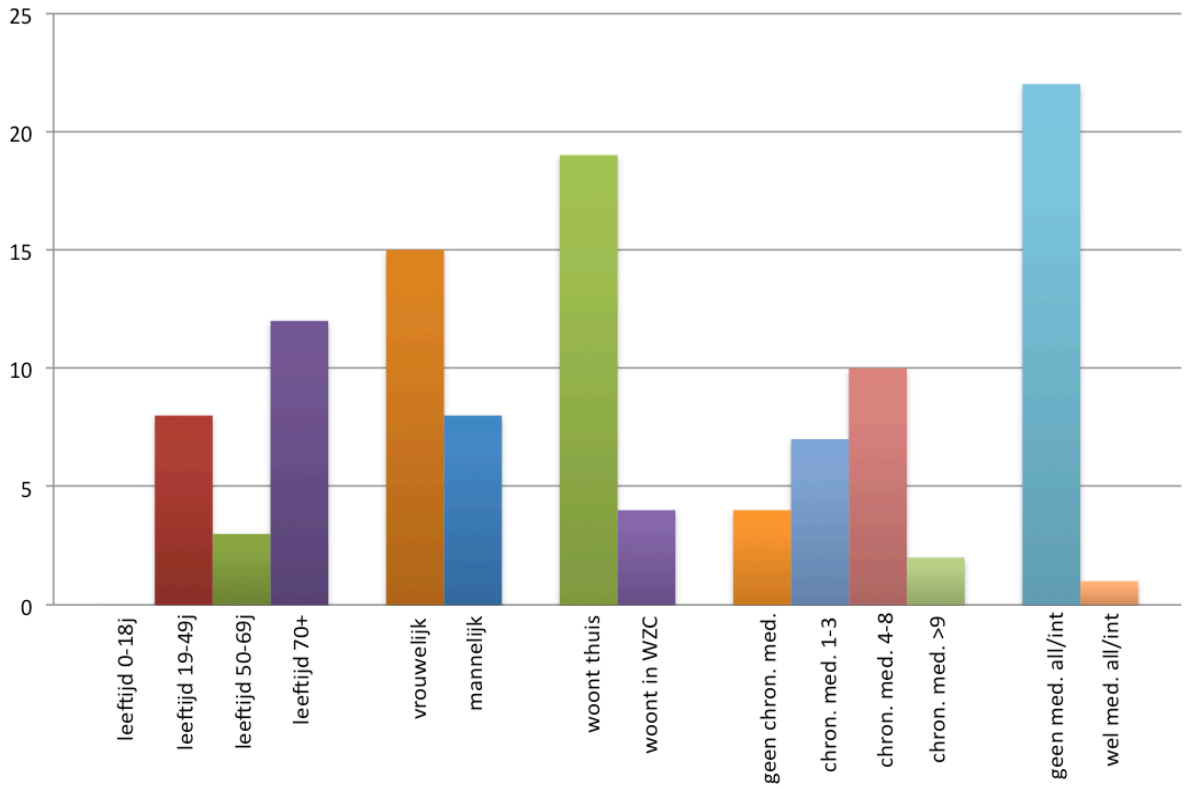
Praktijkproject

Beschrijving van de dataset

De gegevensverzameling gebeurde over 25 weekends en betrof in totaal 37 casussen, waarvan in 23 gevallen een ingevuld beoordelingsformulier terugbezorgd werd (response rate 62,2%). Twintig verschillende artsen werden gevraagd om mee te werken aan het onderzoek, waarvan vijf geen antwoord gaven (response rate 75,0%). Eén (2,7%) patiënt weigerde dat zijn Sumehr aan de wachtarts werd overgemaakt en twee (5,4%) patiënten waren onbereikbaar omdat het telefoonnummer in ons dossier niet bleek te kloppen.

De patiënten in deze steekproef waren gemiddeld 66 jaar oud (standaarddeviatie 21 jaren) en hadden gemiddeld 4,2 geneesmiddelen op hun chronische medicatielijst staan (standaarddeviatie 3,4). Onder hen waren er 15 (65,2%) vrouwen en acht (34,8%) mannen. Van al deze patiënten wonen er 19 (82,6%) thuis en vier (17,4%) in een woon- en zorgcentrum (WZC). Bij deze laatste patiënten was wel een rusthuisdossier aanwezig (laatste laboresultaten, laatste specialisten- of hospitalisatiebrief, medicatielijst, …). Slechts één (4,3%) patiënt had een medicatie-allergie; namelijk allergie voor penicilline en arylpropionzuurderivaten (zoals ibuprofen en naproxen).

De regio Oostende-Bredene telt 83 actieve huisartsen, waarvan 63 deelnemen aan de georganiseerde wachtdienst.



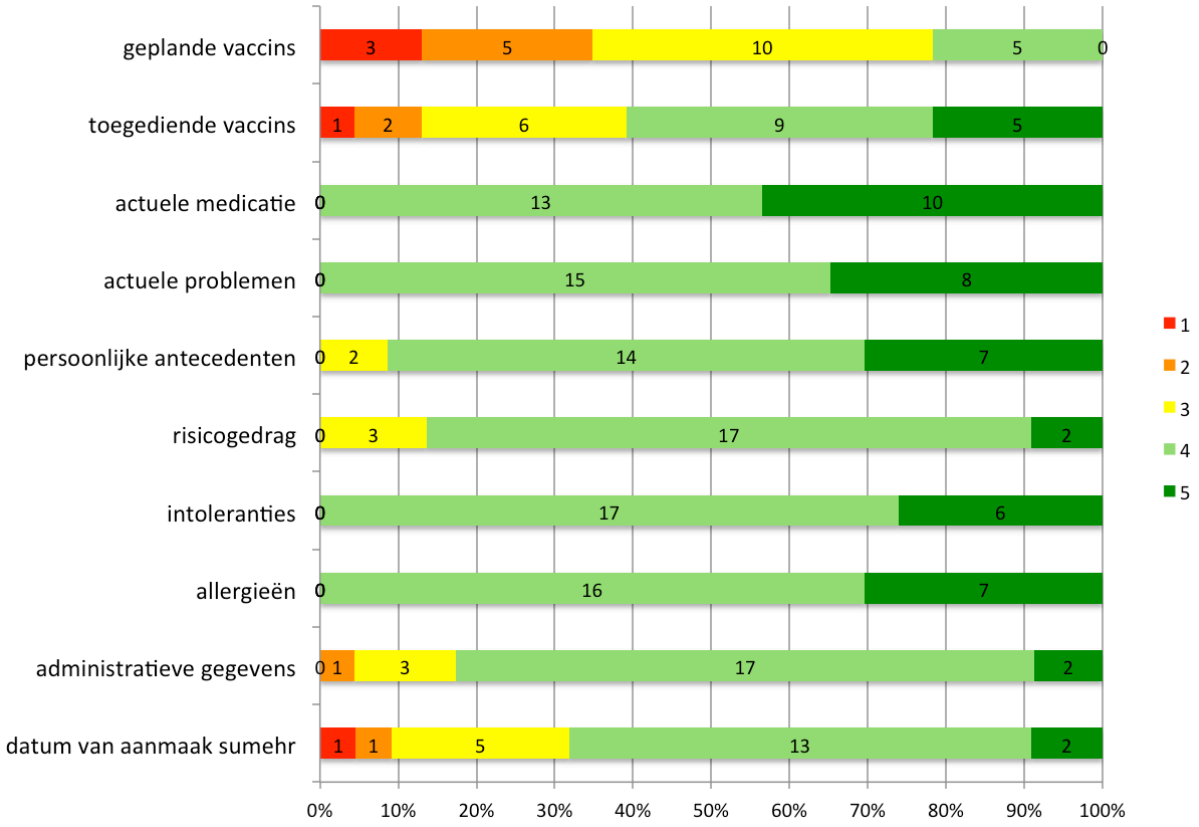
Grafiek 1 Kenmerken van de patiënten in de steekproef
(Y-as toont de verhoudingen in absolute cijfers)

Beoordeling qua inhoud

De Sumehronderdelen werden gequoteerd op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor “helemaal niet nuttig”, 2 voor “niet nuttig”, 3 voor “neutraal”, 4 voor “nuttig” en 5 voor “helemaal nuttig”.

Van de tien onderdelen, werden er vijf eensgezind als nuttig gescoord: (1) de actuele medicatielijst, (2) de actuele probleemlijst, (3) allergieën, (4) intoleranties en (5) persoonlijke antecedenten; met respectievelijke gemiddelde scores 4,44; 4,35; 4,30; 4,26 en 4,22. Het risicogedrag van de patiënt en diens administratieve gegevens werden net niet als nuttig beschouwd, met respectievelijk 3,96 en 3,87, terwijl de lijst met toegediende vaccins en de Sumehraanmaakdatum het midden hielden tussen neutraal en nuttig, met respectievelijk 3,65 en 3,64. Het enige item dat eerder slecht scoorde, was de lijst met geplande vaccins, dat met 2,74 tussen neutraal en niet nuttig eindigde (zie grafiek 2).

Eén arts maakte de kanttekening dat een goede Sumehr een correct gestructureerd EMD veronderstelt, waarbij ze zich de vraag stelde of dit wel bij alle artsen zo is. Een andere arts merkte op dat hij graag ook informatie zou gehad hebben over het laatste consult en het laatste bloedonderzoek.

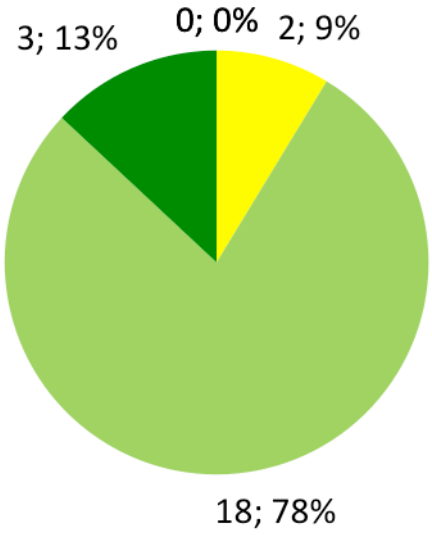


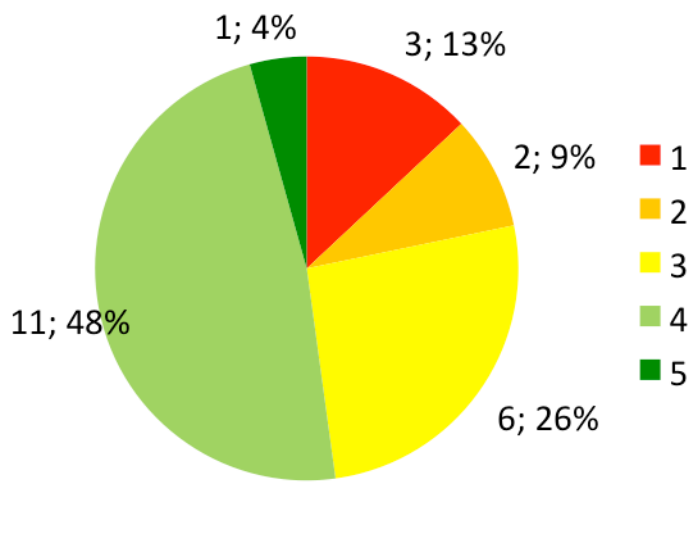
1= helemaal niet nuttig, 2= niet nuttig, 3= neutraal, 4= nuttig, 5= helemaal nuttig

Grafiek 2 Beoordeling van Sumehr qua inhoud.

Beoordeling qua leesbaarheid en tijdsbesteding

De deelnemende Oostendse huisartsen vonden de verkregen informatie voldoende overzichtelijk, gemiddelde score 4,04. Ze waren minder eensgezind over de vraag of Sumehr tot een vlotter wachtcontact zou geleid hebben. Er is een lichte tendens naar een positief antwoord, score 3,22, maar er was veel verdeeldheid (zie grafieken 3 en 4).
Twee artsen merkten op dat de Sumehr niet te uitgebreid mag zijn om bruikbaar te blijven.





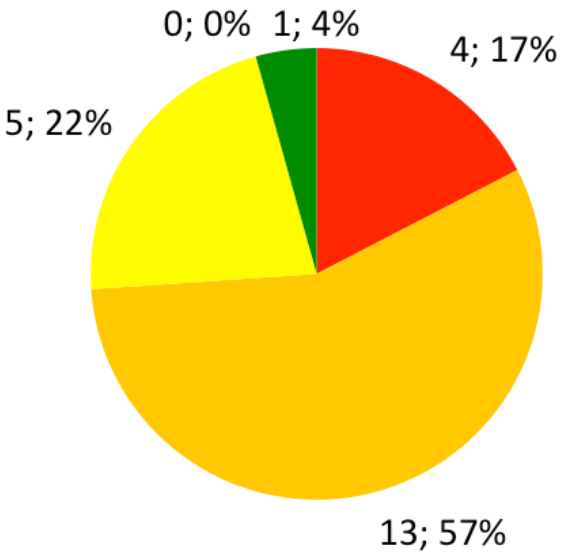
1= helemaal niet waar, 2= niet waar, 3= neutraal, 4= waar, 5= helemaal waar

Grafiek 3 De informatie is voldoende overzichtelijk

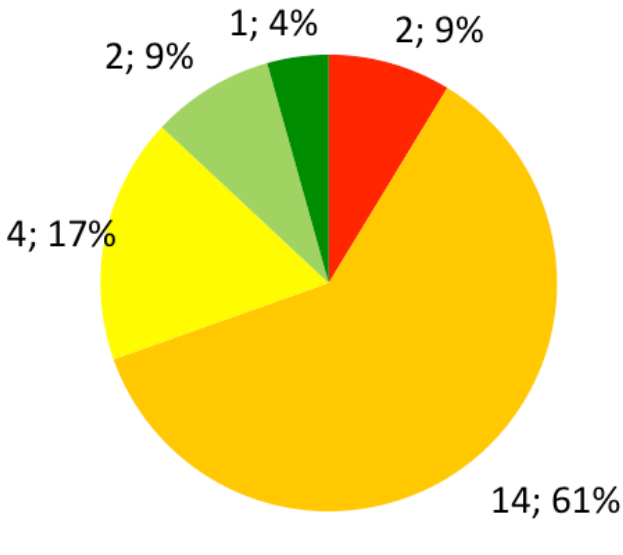
Grafiek 4 Als ik deze Sumehr ter beschikking had, dan zou het wachtcontact vlotter verlopen zijn

Beoordeling qua nut

De artsen oordeelden dat indien ze de Sumehr tijdens het wachtcontact beschikbaar hadden gehad, dit niet tot een andere diagnose of beleid zou geleid hebben (gemiddelde scores respectievelijk 2,17 en 2,39). Zoals hoger vermeld, was er wel een lichte tendens naar de overtuiging dat Sumehr het wachtcontact vlotter zou doen verlopen (zie grafieken 4-6).
Wanneer artsen antwoordden dat Sumehr hun diagnose of beleid niet zou veranderd hebben, werd ook gevraagd om te antwoorden waarom. Er werd 17 keer geantwoord dat Sumehr niet zou geleid hebben tot een andere diagnose, en 16 keer dat het beleid niet anders zou geweest zijn. De aansluitende vraag of de patiënt een blanco Sumehr had, werd 13 keer beantwoord en toonde overtuigend aan dat dit hiervoor geen verklaring kon zijn, gezien men 11 keer negatief antwoordde. Wat wel een verklaring bleek te zijn, was het feit dat de patiënt zelf zijn medische gegevens kon duidelijk maken aan de wachtarts. Deze vraag werd 14 keer beantwoord waarvan 12 keer “waar” en twee keer “helemaal waar”. Over de derde extra vraag, of de Sumehr niet relevant was voor de aanmeldingsklacht, was te veel verdeeldheid. Van de 15 antwoorden waren er zes (helemaal) niet waar, drie neutraal en zes (helemaal) waar (zie grafieken 5-9).

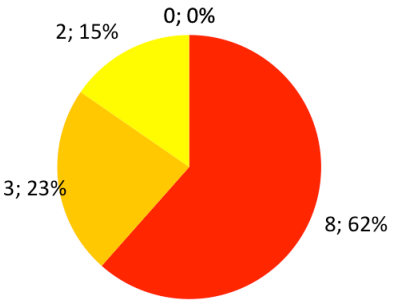


Grafiek 5 Beschikte ik over deze Sumehr, had deze mogelijks invloed op mijn diagnose

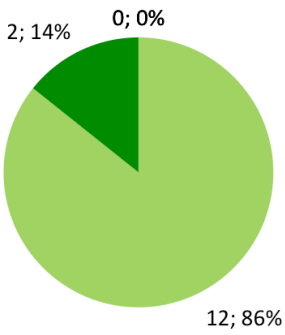


Grafiek 6 Beschikte ik over deze Sumehr, had deze mogelijks invloed op mijn beleid

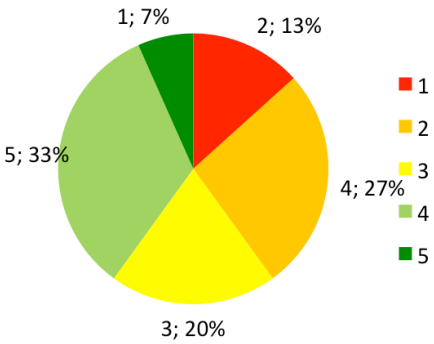
Indien "(helemaal) niet waar" geantwoord werd op 1 van bovenstaande vragen, werd gevraagd, om ook de volgende 3 vragen te beantwoorden.



Grafiek 7 (Helemaal) niet waar, want de patiënt had een blanco Sumehr



Grafiek 8 (Helemaal) niet waar, want de patiënt kende zijn medische gegevens en kon deze vlot meedelen

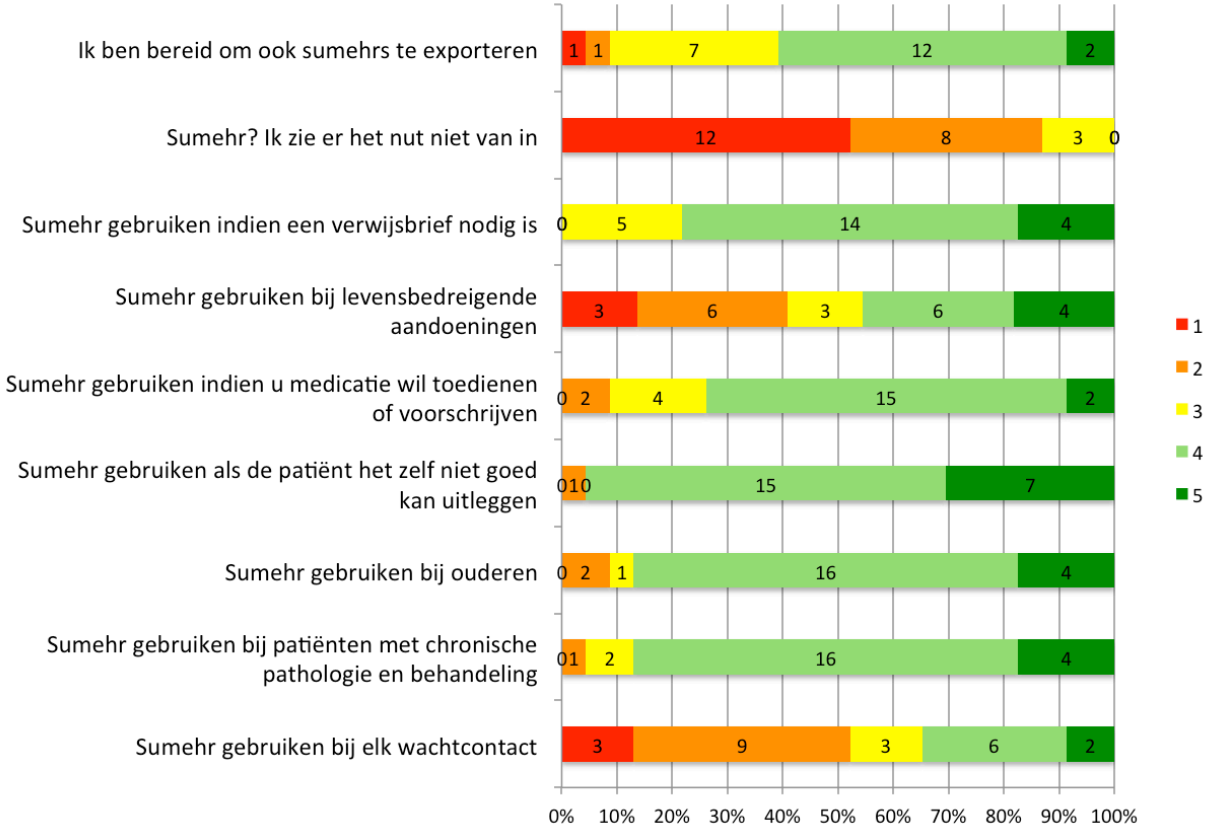


Grafiek 9 (Helemaal) niet waar want de Sumehr was niet relevant voor de aanmeldingsklacht

1= helemaal niet waar, 2= niet waar, 3= neutraal, 4= waar, 5= helemaal waar

Sumehr zelf gebruiken?

De resultaten omtrent vragen over de bereidheid om Sumehr zelf te gebruiken, tonen een duidelijke tendens richting een positief antwoord aan, echter niet bij alle wachtcontacten. Voornamelijk als de patiënt zijn medische context zelf niet goed kan uitleggen, zou men Sumehr gebruiken (gemiddelde score 4,22), maar ook in de volgende gevallen: bij patiënten met chronische pathologie en behandeling, bij ouderen, indien een verwijsbrief nodig is, en indien men medicatie wil toedienen of voorschrijven. Deze laatste vier vragen scoorden respectievelijk gemiddeld 4,00; 3,96; 3,96 en 3,74. Op de stelling "Sumehr, ik zie er het nut niet van in" werd 12 keer "helemaal niet waar", acht keer "niet waar" en drie keer "neutraal" geantwoord. Niemand antwoordde bevestigend op deze stelling. De bevraagde artsen lijken eerder bereid te zijn om in de toekomst zelf Sumehrs te exporteren (gemiddelde score 3,57)(zie grafiek 10).



1= helemaal niet waar, 2= niet waar, 3= neutraal, 4= waar, 5= helemaal waar

Grafiek 10 Bereidheid tot gebruik van Sumehr.

DISCUSSIE

Ten tijde van de gegevensverzameling, was ons medisch programma nog niet in staat om valide Sumehrs te exporteren. Als oplossing werden de wachtdoende artsen kort na hun wachtcontact voorzien van een verwijsbrief met dezelfde inhoud als een Sumehr, maar met een andere lay-out. Bovendien kregen de artsen deze vervang-Sumehr te lezen op papier, hetgeen in realiteit via het computerscherm zal gebeuren. Bijgevolg moeten de resultaten omtrent de leesbaarheid van de Sumehrs met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Twee artsen opperden dat een Sumehr niet te uitgebreid mag zijn, wil hij bruikbaar blijven, terwijl een andere arts graag meer gegevens had verkregen (laatste consult en laatste laboresultaat). Nog een andere arts stelde zich vragen bij de kwaliteit van de Sumehrs gezien de mogelijks onvoldoende bijgehouden dossiers van de collega's. Welke items wel en welke niet in een Sumehr opnemen? Kiest men voor uitgebreide of beknopte Sumehrs? Indien men te veel informatie opneemt in de Sumehr, loopt men het risico dat de leesbaarheid achteruit gaat en dat meer fouten in de Sumehr sluipen omwille van de slecht bijgehouden EMDs. Kiest men zoals de Engelse SCR enkel voor de medicatielijst, allergieën en intoleranties, loopt men misschien nuttige informatie mis.

Eén van de Sumehronderdelen waar men weinig positief over was, was de aanmaakdatum van de Sumehr. Medisch gezien lijkt mij dit wel een erg belangrijk gegeven, gezien het EMD, en zeker de medicatielijst, variabel is in tijd. Mogelijks hadden

de artsen hier niet aan gedacht gezien de waarschijnlijk beperkte voorkennis over Sumehr.
Uit deze kleine retrospectieve artsenbevraging blijkt dat Sumehr noch de diagnose, noch het beleid zou beïnvloeden. Nochtans waren de artsen positief over de verkregen Sumehrs en leken ze geneigd te zijn om in de toekomst Sumehrs te zullen raadplegen. Behalve invloed op diagnose, beleid en vlotheid van het contact, wordt in de literatuur ook een positieve invloed op de veiligheid verwacht. Hier zijn echter nog geen bewijzen voor gevonden. In deze masterproef kon dit, gezien de beperkte omvang en studieduur, niet onderzocht worden.
De bevraagde artsen lijken ook bereid te zijn om in de toekomst zelf Sumehrs te exporteren, op voorwaarde van een performant Sumehrsysteem. Hierbij rest nog de vraag of men bereid is om zijn huidige dossiers hieraan aan te passen en of men nadien het EMD correct en gestructureerd wil blijven bijhouden, hetgeen nodig is om blijvend valide Sumehrs te kunnen exporteren.
De bevindingen uit dit praktijkproject sluiten aan bij de literatuurstudie.

CONCLUSIE

Samenvattend kan ik uit zowel dit praktijkproject als de literatuurstudie besluiten dat Sumehr veelbelovend lijkt, maar dat meer onderzoek nodig is om dit wetenschappelijk aan te tonen. Artsen zouden opgeleid moeten worden over Sumehr en over beter gebruik van het EMD, met het oog op grondig en correct bijgehouden dossiers. Bestaande dossiers zouden aangepast moeten worden en zowel de individuele arts als de overheid zouden moeten investeren in de technologie om dit alles uitvoerbaar te maken.
Vooral omtrent de veronderstelling dat Sumehr veiligere geneeskunde tijdens de wachtdienst mogelijk maakt, dient verder onderzoek te gebeuren. Hoe vaak komen dergelijke medische fouten voor? Zou Sumehr deze fouten kunnen voorkomen of leidt Sumehr door eventueel onvolledige of oude gegevens net tot onveiligere geneeskunde?
Ook de vraag hoe uitgebreid of beknopt een Sumehr moet zijn, lijkt me onvoldoende beantwoord. Als Sumehr geen invloed heeft op diagnose of beleid, welke inhoud heeft men dan nodig om het wachtcontact wel zo vlot mogelijk te doen verlopen?
Vooraleer Sumehr operationeel zou worden, dient de export van de gezondheidssamenvattingen volledig automatisch en vlot te verlopen en zorgt men best voor een voldoende groot draagvlak onder de Belgische huisartsen. Zou men het aanleveren van goede Sumehrs kunnen koppelen aan de accreditering of telematicapremie? Of zou men dit als voorwaarde kunnen stellen wanneer men het GMD verlengt? In afwachting van Sumehr zou een elektronisch overzicht van de voorgeschreven medicatie via Recip-e reeds een meerwaarde kunnen zijn.
Meer onderzoek dringt zich dus op, maar ondertussen blijf ik geloven in dergelijke moderniseringen van de geneeskunde.

BRONNNEN

1. Giesen P. Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands [dissertation]. Nijmegen: Radboud Univ; 2007.
2. Giesen P, Smits M, Huibers L, Grol R, Wensing M. Quality of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. Ann Intern Med 2011, 155:108-113.
3. Rijnierse P, Njoo K, van Althuis T. Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost. Versie 3. Utrecht: NHG; 2009:1-19
4. FOD Volksgezondheid. Sumehr. 2010. Beschikbaar via: http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Telematics/HealthNetworks/Sumehr:healthpicture/index.htm?fodnlang=nl. Geraadpleegd 2012 oktober 7.
5. eHealthplatform G19 report Sumehr functional description. 2010. Beschikbaar via: https://www.ehealth.fgov.be/standards/kmehr/sites/default/files/assets/transaction/20100920_Sumehr1_1-specification.pdf. Geraadpleegd op 18 december 2012.
6. Van Braeckel B. Patiëntengegevens uitwisselen: liever SUMEHR dan summier [dissertation]. Gent: Universiteit Gent;2012.
7. FOD Volksgezondheid. Homologatiecriteria van softwarepakketten voor het beheer van patiëntendossiers door huisartsen (versie 08-11-2012). Beschikbaar via: https://www.ehealth.fgov.be/sites/default/files/assets/int/xls/annexe_a_gp_criteria_2012-2013_20121206.xls. Geraadpleegd op 18 december 2012.
8. Dumay A, Haaker T. The electronic locum record for general practioners: Outcome of an evaluation study in the Netherlands. Internation journal of medical informatics 2010, 79:623-636.
9. Greenhalgh T, Stramer K, Bratan T, Byrne E, Mohammad Y, Russel J. Introduction of shared electronic records: Multi-site case study using diffusion of innovation theory. BMJ 2008, 337:a1786.
10. Greenhalgh T, Stramer K, Bratan T, Byrne E, Russel J, Potts H. Adoption and non-adoption of a shared electronic summary record in England: a mixed-method case study. BMJ 2010, 340:c3111.
11. Naessens K, Duysburgh P, Schrans D, Verbeke M, Jacobs A. Share4Health WP 7.2: EMR use and data sharing: Experimentation evaluation and exploration of future practices of GPs. Deliverable of the IBBT project Share4Health.
12. Fontaine P, Ross S, Zink T, Schilling L. Systematic review of health information exchange in primay care practices. Journal of the American Board of Family Medicine 2010, 23:655-670.
13. Anderson R. Do summary care records have the potential to do more harm than good? Yes. BMJ 2010, 340:c3020.
14. Walport M. Do summary care records have the potential to do more harm than good? No. BMJ 2010, 340:c3022.
15. Zwaanswijk M, Verheij R, Wiesman F, Friele R. Benefits and problems of electronic information exchange as perceived by health care professionals: an interview study. BMC Health Services Research 2011, 11:256.
16. Coiera E. Do we need a national electronic summary care record? Medical Journal of Australia 2011, 194:90-92.
17. Jabaaij L, Njoo K, Visscher S, van den Hoogen H, Tiersma W, Levelink H, et al. Verbeter uw verslaggeving, gebruik de EPD-scan-h. Huisarts en Wetenschap 2009, 52:240-246.
18. De Jong H, Kole H, Metsemakers JFM, Peerden H, Smit C, Stroucken JPM, et al. Richtlijn Adequate Dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier. Versie 2. In: Njoo H. Utrecht: NHG; 2009:1-49.

BIJLAGEN

Bijlage 1. Lijst met veelgebruikte afkortingen

CHP	centrale huisartsenpost
EMD	elektronisch medisch dossier
EPD	elektronisch patiëntendossier
GMD	globaal medisch dossier
HAIO	huisarts in opleiding
HIS	huisarts informatiesysteem
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NHS	National Health Service
PS	professionele samenvatting
RIZIV	rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
SCR	summary care record
Sumehr	sumarized electronic health record
WDH	waarneemdossier huisarts
WRB	waarneemretourbericht
WZC	woon- en zorgcentrum

Bijlage 2. Sumehr beoordelingsformulier



Zou een Sumehr positief kunnen bijdragen aan onze wachtdienst?

Sumehr beoordelingsformulier

Algemene informatie

Geachte collega,

Tijdens uw wachtdienst zag u recent één van onze patiënten.

Als HAIO (HuisArts in Opleiding) bij Dr. K. Cornelli, onderzoek ik voor mijn masterproef het mogelijke nut van een Sumehr. Een Sumehr of 'Summarised Electronic Health Record' is een beknopte automatische samenvatting van het patiëntendossier. Het heeft als doel om belangrijke medische gegevens beschikbaar te stellen aan andere hulpverleners tijdens een wachtdienst of raadpleging op spoed. In een (nabije?) toekomst zou een dergelijk systeem beschikbaar gesteld kunnen worden op het eHealth-platform en zo mogelijks positief bijdragen aan onze wachten en aan de continuïteit van de zorg.

Bijgevoegd vindt u de Sumehr van onze patiënt die u recent zag tijdens uw wachtdienst. Zou u even de tijd willen nemen om deze door te nemen en vervolgens onderstaand beoordelingsformulier in te vullen?
De arts- en patiëntengegevens worden uiteraard anoniem verwerkt

Alvast bedankt voor uw bijdrage.

Enquête nummer

…

Beoordeling qua inhoud

	Helemaal niet nuttig	Niet nuttig	Neutraal	Nuttig	Helemaal nuttig
Datum van aanmaak van de Sumehr	☐	☐	☐	☐	☐
Administratieve gegevens	☐	☐	☐	☐	☐
Allergieën	☐	☐	☐	☐	☐
Intoleranties	☐	☐	☐	☐	☐
Risicogedrag	☐	☐	☐	☐	☐
Persoonlijke antecedenten	☐	☐	☐	☐	☐
Actuele problemen	☐	☐	☐	☐	☐
Actuele medicatie	☐	☐	☐	☐	☐
Toegediende vaccins	☐	☐	☐	☐	☐
Geplande vaccins	☐	☐	☐	☐	☐

Welke gegevens ontbreken er volgens u?

Beoordeling qua tijdsbesteding en leesbaarheid

	Helemaal niet waar		Niet waar		Neutraal		Waar		Helemaal waar	
De informatie is voldoende overzichtelijk	☐		☐		☐		☐		☐	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Als ik deze Sumehr ter beschikking had, dan zou het wachtcontact vlotter verlopen zijn *(1= helemaal niet waar, tot 10= helemaal waar)*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Beoordeling qua nut

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
Had ik deze Sumehr ter beschikking, had deze mogelijks invloed op mijn diagnose.	☐	☐	☐	☐	☐
Had ik deze Sumehr ter beschikking, had deze mogelijks invloed op mijn beleid.	☐	☐	☐	☐	☐

Indien u "(helemaal) niet waar" antwoordde op 1 van de 2 bovenstaande vragen, waarom zou de Sumehr geen invloed gehad hebben op uw wachtcontact?

- De patiënt(e) had een blanco Sumehr.	☐	☐	☐	☐	☐
- De patiënt(e) was voldoende op de hoogte van zijn/haar medisch dossier en kon dit vlot meedelen.	☐	☐	☐	☐	☐
- De gegevens in de Sumehr waren niet relevant voor de aanmeldingsklacht die de patiënt(e) had.	☐	☐	☐	☐	☐

Indien we ervan uitgaan dat huisartsen in de (nabije) toekomst over een laptop en snel internet beschikken tijdens de wachtdienst, zou u de Sumehr raadplegen?

- Bij elk wachtcontact	☐	☐	☐	☐	☐
- Tijdens een wachtbezoek bij patiënten met chronische pathologie en behandeling.	☐	☐	☐	☐	☐
- Bij ouderen	☐	☐	☐	☐	☐
- Als de patiënt(e) het niet goed/vlot zelf kan uitleggen.	☐	☐	☐	☐	☐
- Indien ik medicatie wil toedienen of voorschrijven.	☐	☐	☐	☐	☐
- Indien het om een levensbedreigende aandoening gaat	☐	☐	☐	☐	☐
- Indien er een verwijsbrief nodig is	☐	☐	☐	☐	☐
- Neen, ik zie er het nut niet van in	☐	☐	☐	☐	☐

Toekomst?

Ik wil de Sumehr-functie van mijn EMD gebruiken om ter beschikking te stellen van de wachtarts	☐	☐	☐	☐	☐

Suggesties

Hebt u nog suggesties?

Heel erg bedankt voor uw medewerking!