KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

GMD+ informatieverwerking van papier naar dossier: praktijkverbeterend project.

Evelien De Prez

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Veerle Piessens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Dankwoord

Deze masterproef schrijven, was een grote uitdaging en een leerrijke ervaring. Het is in de afgelopen twee jaar niet altijd eenvoudig geweest om een evenwicht te vinden tussen praktijk en studie. Gelukkig kon ik rekenen op de hulp van enkele belangrijke personen om deze masterproef tot een goed einde te brengen. Ik wil dan ook mijn co-promotor Veerle Piessens bedanken voor de inspiratie, de ondersteuning en het verbeterwerk. Ook mijn praktijkopleider Elke Ottoy en de andere collega's uit de praktijk verdienen een stevige dankuwel voor de gemotiveerde medewerking aan het project. Bovendien wil ik mijn ouders en in het bijzonder mijn twee zussen bedanken om er voor mij te zijn en mij te steunen waar nodig. Tot slot wil ik ook mijn vrienden bedanken voor de motiverende woorden.

Abstract

Context: Bij vernieuwing van het globaal medisch dossier kan een preventief globaal medisch dossier plus aangeboden worden. Wanneer patiënten gemotiveerd de preventieve vragenlijst invullen en terugbrengen, is het de taak van de huisarts aan de slag te gaan met de antwoorden. In de praktijk waar ik mijn opleiding tot huisarts voltooi, loopt dit proces stroef. De ingevulde en teruggebrachte vragenlijsten worden verzameld op een stapel die steeds omvangrijker wordt. Om hier een mouw aan te passen, werd besloten een praktijkverbeterend project te lanceren. Het doel van dit project is de verwerking van preventieve informatie, die men uit de beantwoorde GMD+ vragenlijst kan halen, naar het medisch dossier en bijkomend naar een aanpassing in beleid onder de vorm van een planning te verbeteren.

Onderzoeksvragen: Welke knelpunten en facilitatoren in verband met de implementatie van preventieve zorg en registratie van (preventieve) informatie in het EMD in de dagelijkse praktijk van huisartsen zijn er terug te vinden in de literatuur? Hoe is het nu echt gesteld met de bestaande praktijkvoering aangaande overdracht van informatie naar het medisch dossier en naar een aanpassing in beleid onder de vorm van een planning? Welke knelpunten zien de collega's in de praktijk? Welke verbeterpunten kunnen uitgewerkt worden om de integratie in het dossier en beleid op duurzame wijze te verbeteren? Is er aan het einde van het project een verbetering merkbaar?

Methode (literatuur en registratiewijze): Voor de literatuur werd gezocht in de databank pubmed, in de eerder geschreven masterproeven op de website van het ICHO en in de richtlijnen van domus medica. Combinaties van volgende zoektermen werden gebruikt: 'Family medicine', 'Preventive medicine', 'Electronic health record registration', 'Quality improvement', 'Practice workflow', 'Practice management/organization', 'Barriers' en 'facilitators'. De limits die hierbij gebruikt werden, zijn 'species: humans' en 'languages: English/Dutch'. Vervolgens werd een praktijkverbeterend project opgestart met het uitwerken van praktijkrichtlijnen rond hypertensie, tetanusvaccinatie en cervixkankerscreening.

Resultaten: Er zijn heel wat knelpunten en facilitatoren terug te vinden in de literatuur. Een deel van deze knelpunten worden ook door de collega's in de praktijk aangehaald. Om tegemoet te komen aan de voorgestelde verbeterpunten werden praktijkrichtlijnen ontwikkeld rond drie items namelijk bloeddruk/hypertensie, tetanusvaccinatie en cervixkankerscreening. Wat de notitie van de parameter bloeddruk betreft zien we nagenoeg dezelfde resultaten (67 op 100 voor versus 73 op 100 na de interventie). De notitie van de diagnose hypertensie gebeurt frequent (72 op 100 na de interventie). Het inplannen van tetanusvaccinatie (28 op 100 voor versus 61 op 100 na de interventie) en cervixuitstrijkje (10 op 100 voor versus 33 op 100 na de interventie) kent een verbetering.

Conclusie: Uit de resultaten blijkt dat we in ons opzet geslaagd zijn. Op vlak van preventie en het EMD is er echter, stapsgewijs, nog veel meer werk aan de winkel. Slechts een klein deel van de patiëntendossiers werd geanalyseerd en bovendien lag de focus op amper drie items. Dit project heeft er wel toe geleid dat er intenser overleg gepleegd wordt onder de collega's in de praktijk.

Inhoudstafel

Dankwoord 2
Abstract 3
Inhoudstafel 5
Gebruikte afkortingen & begrippen 6
1 Inleiding 7
1.1 Rol van de huisarts in de gezondheidszorg 7
1.2 Belang preventieve zorg 7
1.3 Belang EMD 7
2 Voorstelling onderzoeksproject 9
3 Methoden 10
3.1 Literatuurstudie 10
3.2 Veldonderzoek 10
4 Resultaten 11
4.1 Literatuurstudie 11
4.1.1 Knelpunten 11
4.1.2 Facilitatoren 16
4.2 Veldonderzoek 21
4.2.1 Fase 1 21
4.2.2 Fase 2 23
4.2.3 Fase 3 27
4.2.4 Fase 4 32
5 Discussie 36
6 Conclusie 39
7 Referenties 40
8 Bijlagen 43

Gebruikte afkortingen & begrippen

GMD	Globaal medisch dossier
WHO	World health organisation
GMD+	Globaal medisch dossier plus
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
EMD	Elektronisch medisch dossier
LOK	Lokale kwaliteitsgroep
HAIO	Huisarts in opleiding
ICHO	Interuniversitair centrum voor huisartsenopleiding

1 Inleiding

1.1 Rol van de huisarts in de gezondheidszorg

Meer dan 80% van de bevolking bezit een GMD in een huisartsenpraktijk en/of is in een huisartsenpraktijk ingeschreven.[1] De huisartsenzorg heeft binnen de gezondheidszorg dan ook een centrale rol en is het eerste professionele aanspreekpunt voor patiënten bij hun gezondheidsvragen. Om op de zeer diverse medische vragen van patiënten te kunnen antwoorden moet de huisartsenpraktijk een breed pakket aan diagnostische, therapeutische en **preventieve medische zorg** kunnen aanbieden.[2]

1.2 Belang preventieve zorg

Chronische aandoeningen, zoals diabetes alsook chronische long – en cardiovasculaire ziekten, zijn de belangrijkste oorzaken van sterfte en invaliditeit wereldwijd.[3]
Naast vergrijzing van de wereldbevolking speelt een ongezonde levensstijl een belangrijke rol in de aanhoudende toename van het aantal chronisch zieken.
Zowel de WHO als de meeste nationale gezondheidszorgvoorzieningen benadrukken het belang van preventieve zorg. Er is immers een duidelijke evidentie dat preventie effectief is in het reduceren van chronische aandoeningen.[4-5-6] Counseling en vaccinaties worden hierbij als belangrijkste preventieve items beschouwd.[7]
Ook in België krijgt preventie de laatste jaren meer media -, politieke en professionele aandacht. Het **GMD+** en de door Domus Medica ontwikkelde 'gezondheidsgids als leidraad voor preventie' zijn hiervan voorbeelden.[8]

1.3 Belang EMD

In het zorgmodel 2020 van Domus Medica wordt **het elektronisch GMD en ICT** 'van vitaal belang voor de eerstelijnszorg van morgen' genoemd. De ICT heeft een onmisbare plaats verworven in de huisartsenpraktijk ter ondersteuning van het elektronisch GMD, de gegevensverzameling en de communicatie met anderen.[2]
Domus Medica raadt aan het EMD op een gestandaardiseerde manier te gebruiken. Niet enkel routinematig invullen van het journaal is belangrijk, maar ook basisinformatie in verband met de patiënt moet snel en eenvoudig terug te vinden zijn. Het is immers belangrijk de familiale voorgeschiedenis, de persoonlijke voorgeschiedenis, risicofactoren (rookgedrag, allergieën, intoleranties) en de vaccinatiestatus te kennen. Dergelijk gestandaardiseerd gebruik van het EMD laat toe het dossier optimaal te gebruiken: het draagt bij tot zorg op maat van de patiënt, gegevens kunnen worden geëxtraheerd om te gebruiken in LOK-vergaderingen of bevolkingsonderzoek, het

vereenvoudigt de communicatie met collega's binnen dezelfde praktijk alsook met specialisten (door het eenvoudig opstellen van een verwijsbrief), met collega-artsen en andere hulpverleners via het ehealth-platform. Gebrekkige communicatie in het EMD kan gemakkelijk leiden tot verwarring en miscommunicatie onder de artsen, met mogelijk gevolgen voor (de opvolging van) de patiënt.[9-10-11]

2 Voorstelling onderzoeksproject

De afgelopen twee jaar voltooide ik mijn opleiding tot huisarts in het 'Medisch Huis' te Haaltert, Oost-Vlaanderen. In deze praktijk werken vier huisartsen, wiens leeftijd varieert tussen 35 en 65 jaar, samen. De jongste huisarts neemt de begeleiding van een HAIO op zich.

Al snel ervaarde ik dat de theorie niet altijd een weerspiegeling is van hoe het er in de praktijk aan toe gaat. Zo ondervond ik onder andere dat het gebruik van het EMD niet eenvoudig is, noch voor mezelf noch voor de andere collega's uit de praktijk. Bovendien viel dit niet enkel op voor een neerslag van een consultatie of een huisbezoek maar ook voor andere topics zoals het bijhouden van vaccinaties, het samenstellen van de medische voorgeschiedenis enzovoort. Toen de maanden vorderden en het tijd werd voor de definitieve keuze van een onderwerp voor de masterproef, dacht ik dan ook aan een eindwerk rond notitie in het EMD.
Mijn praktijkopleider daarentegen stelde voor iets rond preventie te doen. Naar aanleiding van de ontwikkeling van een 'gezondheidsgids als leidraad voor preventie' door Domus Medica wordt in de praktijk gewerkt met de GMD+vragenlijst. Heel wat van die vragenlijsten worden door de patiënten ingevuld teruggebracht en komen vaak gewoon op een stapel terecht. Mijn praktijkopleider wenste hier iets aan te doen. Immers als patiënten gemotiveerd worden om aan preventieve geneeskunde te doen en zij vullen die vragenlijst in dan moet de arts ook meegaan in die preventieve geneeskunde. Er moet iets gedaan worden met de informatie die uit de ingevulde GMD+ vragenlijst kan gehaald worden. Vandaar de uiteindelijke keuze om in te zoomen op de verwerking van informatie, die men uit de beantwoorde vragenlijst kan halen, naar het medisch dossier en bijkomend naar een aanpassing in het beleid onder de vorm van een planning.

3 Methoden

3.1 Literatuurstudie

In voorbereiding van het praktijkverbeterend project werd gezocht naar literatuur die antwoord kon bieden op volgende vragen:

- Welke knelpunten bemoeilijken de implementatie van preventieve zorg en het registreren van (preventieve) informatie in het EMD in de dagelijkse praktijk van huisartsen?
- Welke facilitatoren kunnen de implementatie van preventieve zorg en het registreren van (preventieve) informatie in het EMD in de dagelijkse praktijk van huisartsen?

Er werd in de masterproeven op de icho-website gezocht met de zoektermen 'EMD', 'EMD en preventie' en 'registratie in het EMD'.
Ook de richtlijnen van Domus Medica werden nagekeken.
Daarnaast werd ook in Pubmed gezocht met de zoektermen 'Family medicine', 'Preventive medicine', 'Electronic health record registration', 'Quality improvement', 'Practice workflow', 'Practice management/organization', 'Barriers' en 'facilitators'. De limits die hierbij gebruikt werden, zijn 'species: humans' en 'languages: English/Dutch'.

3.2 Veldonderzoek

Vervolgens werd een praktijkverbeterend project opgestart. Dit bestond uit 4 fases, waarbij getracht werd antwoord te vinden op volgende vragen:

- Hoe is het nu echt gesteld met de bestaande praktijkvoering aangaande overdracht van informatie, die men uit de beantwoorde vragenlijst kan halen, naar het medisch dossier en naar een aanpassing in beleid onder de vorm van een planning?
- Welke knelpunten zien de collega's in de praktijk?
- Welke verbeterpunten kunnen uitgewerkt worden om de integratie in het dossier en beleid op duurzame wijze te verbeteren?
- Is er, na uitwerking van verbeterpunten, een verbetering merkbaar?

Voor dit veldonderzoek werd een goedkeuring van het ethisch comité verkregen op 22/04/2014 en op 13/03/2015.

4 Resultaten

4.1 Literatuurstudie

4.1.1 Knelpunten

Grol beschrijft de verschillende fases van implementatie van nieuwe richtlijnen. Vooreerst is er de oriëntatiefase waarin de bewustwording en interesse ontstaat. Vervolgens is er de inzichtfase. In deze fase begrijpt men de nieuwe informatie, wordt men zich bewust van de hiaten in de eigen prestaties en raakt men overtuigd van de nood aan verandering. Nadien volgt de aanvaardingsfase waarin een positieve attitude ten aanzien van de nieuwe informatie en de intentie tot verandering ontstaat alsook het vertrouwen in succes groeit. Daarna is er de eigenlijke implementatie in de praktijk waar met de nieuwe informatie geëxperimenteerd wordt. De laatste fase is het behoud van verandering of herval. Elke fase in dit proces kan gepaard gaan met problemen en barrières.[12] Verschillende auteurs hebben zich toegelegd op het identificeren van barrières die succesvolle implementatie van preventieve zorg in de klinische praktijk kunnen belemmeren.
Op basis van de doorgenomen literatuur wordt er gebruik gemaakt van de volgende onderverdeling [12-13-14]:

- Artsgebonden factoren
- Omgevingsgebonden factoren
    - Praktijkfunctioneren
    - Praktijkinfrastructuur
    - Maatschappij
- Patiëntgebonden factoren

4.1.1.1 Preventieve zorg

<u>Artsgebonden factoren</u>

Eisner et al. geeft aan dat artsen een gebrek aan kennis en vaardigheden het frequentst als knelpunt rapporteren.
Wanneer artsen zich niet bewust zijn van de richtlijnen rond preventieve zorg of wanneer ze niet vertrouwd zijn met de details ervan, wordt implementatie moeilijk.[15] Bijkomend zal een aanbeveling die onderdeel is van een complexe beslisboom of die een negatieve respons van patiënten kan uitlokken, moeilijker geïmplementeerd geraken.[16] Carlsen et al. voegt hier nog een andere factor aan toe, namelijk of een richtlijn bepaalde gedragingen of interventies aanmoedigt (‘prescriptive’) dan wel afraadt (‘proscriptive’).[17] In de masterproef van Roobroeck J. wordt ook onvoldoende kennis voor

de gepaste opvolging van gezondheidsproblemen gerapporteerd.[18]
Wat betreft vaardigheden worden vooral een gebrek aan specifieke communicatieve vaardigheden met betrekking tot counseling bij levensstijlveranderingen en onvoldoende routine in die counseling aangekaart.[15]

Een gebrek aan kennis of vaardigheden werkt twijfel aan het eigen kunnen in de hand.[15] Geense et al. rapporteert dat artsen geen vertrouwen hebben in het geven van advies en te kennen geven te weinig getraind te zijn een interventie te organiseren bij overmatig alcoholgebruik.[19]
Volgens Walter et al. geven artsen ook aan een gebrek aan overtuigingskracht te hebben.[20]

Daarnaast spelen ook de attitude en overtuigingen van artsen mee in het al dan niet succesvol implementeren.[20]
De effectiviteit van financiële tegemoetkomingen en hulpmiddelen zoals richtlijnen en reminders wordt dan ook in belangrijke mate bepaald door de houding van artsen ten opzichte van verandering.[15]
Sommige artsen zijn zich niet bewust zijn van gaten in de eigen zorgverlening en zien het probleem niet of onderschatten het.
Het niet haalbaar of toepasbaar achten van de richtlijn binnen de eigen praktijkvoering alsook een gebrek aan instemming met wat de richtlijn vermeldt, zijn bijkomende items die de implementatie in het gevaar kunnen brengen.
Echter, zelfs als artsen geloven dat ze een richtlijn kunnen opvolgen, kan het zijn dat ze niet geloven dat dit ook de outcome van de patiënt zal beïnvloeden.[18-19] Voorbeelden die Eisner in dit thema aanhaalt, zijn de ambivalentie rond het gebruik van methadon bij druggebruikers alsook het niet bereid zijn tot het gebruik van bepaalde testen zoals de detectietest alcohol en het ongeloof in de kwaliteit of de noodzaak van bepaalde interventies.[15] In het kader hiervan merkt Brotons et al. op dat sommige preventieve activiteiten die oftewel inefficiënt (screening voor longkanker) oftewel niet evidence based (screening voor prostaatkanker) zijn, dan weer wel regelmatig in de praktijk uitgevoerd worden. Verklaring hiervoor is dat voorstanders van screening van mening zijn dat evidentie en gezond verstand op zich voldoende zijn om screening te rechtvaardigen, zij het dan in de afwezigheid van gecontroleerde onderzoeksgegevens. Daartegenover staan de voorstanders van de wetenschappelijke methode die vinden dat screeningsprogramma's voordelig moeten gebleken zijn vooraleer ze universeel geadopteerd kunnen worden.[21]

Bijkomend kan ook de gezondheidstoestand van de huisarts zelf een rol spelen in het al dan niet aanbieden van welbepaalde preventieve acties. Huisartsen die roken voelen zich minder effectief in patiënten te helpen stoppen met roken dan huisartsen die zelf niet roken.[21] Ook de persoonlijke karakteristieken van de arts spelen een rol. Vooral leeftijd, levenservaring, leerstijl en zelfvertrouwen hebben een invloed op het al dan niet implementeren van nieuwe informatie.[23-24]

Omgevingsgebonden factoren

Praktijkfunctioneren

In verschillende studies worden tijdsgebrek en toegenomen werklast als knelpunten teruggevonden en dit onafhankelijk van de preventiefocus.
Zo is er bij consultaties rond levensstijlveranderingen tijd tekort voor counseling rond fysieke activiteit, het gebruik van cannabis, rookstop alsook vermindering van alcoholgebruik. Maar ook bij preventie door vaccinatie is er gebrek aan tijd om de vaccinatiestatus na te kijken of om de patiënt te overtuigen zich te laten vaccineren.[15]
Grol et al. geeft aan dat louter de nood aan verandering en aanpassing van het bestaande praktijkmanagement succesvolle implementatie tegenwerken.[12]
Bijkomend speelt ook een gebrek aan samenwerking met andere disciplines mee. De sociale omgeving en het grotere netwerk spelen een belangrijke rol en dit is iets waarin huisartsenpraktijken verschillen van grotere gezondheidszorgorganisaties zoals ziekenhuizen.[19]

Praktijkinfrastructuur

Op vlak van infrastructuur vormt vooral een gebrek aan middelen een barrière voor implementatie. Hiermee worden zowel financiële middelen als algemene ondersteuning onder de vorm van hulpmateriaal bedoeld.[12]

Maatschappij

Met betrekking tot de maatschappij gaat het hem vooral over de financiering van gezondheidsbevorderende programma's.[19]

Een bijkomend aspect is het feit dat de dagdagelijkse praktijk gedomineerd wordt door diagnosestelling en behandeling van acute gezondheidsproblemen wat de implementatie van preventie niet ten goede komt.[14,22] Het belang dat aan preventie gegeven wordt tijdens de universitaire opleiding, speelt hierin ook een rol.[14]

Patiëntgebonden factoren

Betreffende de patiënt, zijn onvoldoende motivatie en compliance belangrijke knelpunten. Als patiënten niet gemotiveerd zijn om hun ongezonde levensstijl aan te passen of als ze ontkennen dat er iets mis loopt of erover liegen, haken artsen vaker af.
In de lagere sociale klasse benadelen de extra meerkost en een gebrek aan ondersteuning en aanmoediging door de onmiddellijke omgeving duidelijk de motivatie en compliance van de patiënt.[20] Bovendien maken artsen gewag van het feit dat een ongezonde levensstijl sociaal aanvaard is (bijvoorbeeld alcoholgebruik) waardoor het des te moeilijker wordt om daar tegen in te gaan.[19]

Sociale en culturele karakteristieken van de patiënt (religie) spelen een bijkomende rol.[14]

Samenvattend kan gesteld worden dat de voornaamste artsgebonden barrières een gebrek aan kennis en vaardigheden, een twijfel aan het eigen kunnen, de attitude en overtuigingen alsook de gezondheidstoestand van de arts zijn.
Wat de omgevingsgebonden factoren betreft spelen vooral tijdsgebrek en werklast, onvoldoende samenwerking, nood aan aanpassing van het praktijkmanagement, tekort aan financiële middelen en de nadruk op acute zorg een negatieve rol.
Naar patiëntgebonden factoren toe spelen onvoldoende motivatie en compliance bovenop eventuele sociale en culturele karakteristieken een negatieve rol.

4.1.1.2 Registratie in het EMD

Rubio et al. geeft aan dat de computer een goede ondersteuning zou kunnen bieden bij de implementatie van preventie.[14]

<u>Artsgebonden factoren</u>

Opnieuw is een gebrek aan technische kennis en vaardigheden, zoals vlot typen, de belangrijkste barrière.[23] Gamm et al. beschrijft een steile leercurve met heel wat uitdagingen inzake implementatie, aanpassen van de bestaande praktijkvoering en het leren werken met de verschillende functies van een EMD.[24] Goetz bevestigt dit.[25] Tekortkomingen op het vlak van training en verdere ondersteuning hinderen dan ook een succesvolle en blijvende implementatie.[24]

Bovendien speelt volgens Gamm et al. ook het feit dat het EMD vele elementen van de interactie tussen arts en patiënt beïnvloedt, voor artsen een rol bij de implementatie.[24]
Gadd et al. komt echter tot de conclusie dat patiënten, in tegenstelling tot artsen, niet het gevoel hebben dat er minder besproken kan worden en
Boonstra et al. stelt in vraag of een veranderde relatie tussen arts en patiënt eigenlijk een probleem vormt.[23,26]

Ook de houding van de arts speelt een rol in het al dan niet registreren in het het EMD. Miller et al. maakt een onderscheid tussen de zogenaamde ‘champions’ en ‘non-champions’. ‘Champions’ zijn bereid om de initiële financiële kosten en tijdsinvestering op zich te nemen met de bedoeling voordelen te genereren. Zij zijn gemotiveerd om EMD-gerelateerde problemen op te lossen en zij stimuleren ook andere artsen tot implementatie. ‘Non-champions’ daarentegen zijn minder positief, verliezen sneller de moed bij problemen en hebben nood aan meer ondersteuning.[10] Bovendien zijn artsen wantrouwig om een functioneel systeem op te geven voor een systeem waarin het EMD geïntegreerd wordt.[23]

Bijkomend maakt Gadd et al. nota van de bezorgdheid die artsen hebben rond de privacy van gegevens in het medisch programma.[26]

Daarnaast behoort het registreren in het EMD vaak niet tot de dagelijkse routine van de arts, wat kan leiden tot onvolledige registratie.
Soms zijn artsen zich gewoon niet bewust van de slechte registratie. Wanneer bepaalde parameters door de arts niet als essentieel ervaren worden of er gewoon geen aandacht aan gegeven wordt, wordt er bijgevolg ook helemaal niet geregistreerd.[9-10-11,26] De Jonghe E. geeft in haar masterproef ook aan dat de oudere arts zijn patiënten uit het hoofd kent en hierdoor bepaalde items die wel belangrijk zijn voor associërende artsen, niet in het dossier opgenomen worden.[27]

<u>Omgevingsgebonden factoren</u>

Praktijkfunctioneren

Huisartsen geven aan dat de extra tijd die ze aan het computersysteem moeten spenderen om het te implementeren in hun dagelijkse routine een belangrijke barrière vormt.[9-10-11,25] Hierbij gaat het over de tijd die nodig is om het systeem te leren kennen, om de overstap te maken van een geschreven naar een elektronisch dossier en om neerslag te maken van patiëntengegevens.[23] Bovendien toont Christensen et al. aan dat de arts met meer administratieve taken geconfronteerd wordt eens gebruik gemaakt wordt van een EMD.[28] Howard et al. relativeert dit en geeft aan dat bepaalde zaken vlotter en andere zaken trager lopen. Zo zal voorschrijven sneller gaan terwijl ingeven van chronische aandoeningen en preventieve zorg meer tijd zal vragen.[29] Echter zonder de nodige tijdsinvestering loopt men het risico de verschillende mogelijkheden van een EMD niet optimaal te benutten met als gevolg ook minder voordelen op financieel en kwalitatief vlak.[10]

Ook ontbreken van eenduidigheid omtrent notitie van items op een bepaalde plaats in het EMD door een gebrek aan praktijkrichtlijnen vormt een knelpunt.[27]

Bovendien zorgt gebrek aan steun uit de omgeving voor het vastlopen van de implementatie.[10]

Praktijkinfrastructuur

Wat het medisch programma betreft kan een te omslachtige registratie een knelpunt vormen. Dit kan te wijten zijn aan de onvolledige kennis van artsen rond de werking van het medisch programma maar ook aan de gebruiksvriendelijkheid van het medisch programma.[28] Een medisch programma dat complex is om mee te werken, vraagt extra tijd en inspanning van de arts hetgeen implementatie niet ten goede zal komen.[24] Naast het al dan niet gebruiksvriendelijk zijn van het medisch programma kan ook het al dan niet vlot beschikbaar zijn van informatie een knelpunt vormen.[9,18,28] Christensen et al. geeft aan dat artsen soms eerder vertrouwen op hun eigen geheugen of dat van de patiënten in

de plaats van de informatie op te sporen via het EMD.[28] Bovendien kan ook het uitwisselen van elektronische gegevens een probleem vormen.[10]

Tot slot is er de financiële kost die nodig is voor het opstarten en onderhouden van het elektronisch programma.[23] Boonstra et al. geeft aan dat dit de frequentst genoemde barrière is in de verschillende studies die doorgenomen werden.[23]

Maatschappij

Op maatschappelijk gebied is vooral de financiële vergoeding een knelpunt. Trage of onzekere financiële vergoeding weerhoudt artsen ervan routinematig te registeren in het EMD.[10]

Patiëntgebonden factoren

Lelievre et al. concludeert dat de meeste patiënten geen voorkeur hebben wat betreft het gebruik van een computer tijdens de consultatie. Hoewel computers eerder een positief effect hadden op de algemene tevredenheid over het consult. Bovendien werd gezien dat de attitude van de arts ten opzichte van computergebruik de voorkeur van hun patiënten beïnvloedde.[30]

Gadd et al. maakt notitie van de bezorgdheid die patiënten hebben rond de privacy van gegevens in het medisch programma.[26] Echter Lelievre et al. concludeert in hun studie dat het slechts gaat over een kleine minderheid van patiënten.[30]

We kunnen hieruit besluiten dat de voornaamste artsgebonden barrières een gebrek aan kennis en vaardigheden, een negatieve houding, (een veranderde vertrouwensrelatie) en gebrek aan inbedding in de routine zijn. Daarnaast vormen een gebrek aan tijd, toegenomen werklast, ontbreken van eenduidigheid rond notitie in het EMD, gebrek aan steun uit de omgeving, omslachtige registratie, het niet vlot beschikbaar zijn van informatie en het bemoeilijkt uitwisselen van elektronische gegevens alsook een gebrek financiële vergoedingen omgevingsgebonden barrières. Wat de patiënten betreft zijn er geen noemenswaardige knelpunten.

4.1.2 Facilitatoren

Verandering is een stapsgewijs proces, waarbij vele hinderpalen dienen overwonnen te worden. Om een proces succesvol te maken, is het noodzakelijk dat de doelgroep van artsen de nodige kennis en vaardigheden verwerft alsook de motivatie heeft om een nieuwe reeks handelingen te aanvaarden. Daarbovenop moet de gedragswijziging mogelijk gemaakt worden door praktische en organisatorische aanpassingen, en moet alles aanvaardbaar zijn voor de collega's en voor de patiënten en eventueel andere personen.
Interventies moeten dus in het bijzonder aandacht besteden aan het opheffen van hinderpalen, moeten het veranderingsproces langdurig ondersteunen en het in de praktijk consolideren.[31-32]

Volgens Grol et al. is een variatie en combinatie van methoden nodig om richtlijnen succesvol te implementeren. Hoe positiever de doelgroep staat tegenover of nood ziet aan verandering, hoe effectiever een educationele benadering zal zijn. Echter, indien de doelgroep eerder weerstandig is of de verandering een investering vraagt, zullen ook andere benaderingen nodig zijn. Vermits in een doelgroep steeds diversiteit heerst, zijn verschillende interventies effectiever.[12]
Ook Wensing et al. bevestigt dit. Zij constateren dat één enkele interventie die gebruik maakt van informatietransfer minder effectief is dan een combinatie van informatietransfer én onderricht door sociale invloed én managementondersteuning. Anderzijds is één enkele interventie op basis van feedback effectiever dan een combinatie van feedback én informatietransfer. Feedback was vooral doeltreffend in het beïnvloeden van preventie en het aanvragen van testen.[31]

4.1.2.1 Preventieve zorg

Artsgebonden factoren

Eisner et al. concludeert dat erkenning van verantwoordelijkheid inzake preventie en grote motivatie om preventie te implementeren de belangrijkste facilitatoren waren in verschillende studies, en dit onafhankelijk van de preventiefocus.
Bovendien zouden zowel bewustmaking rond en het leren kennen van een aandoening als het bestaan van een haalbare richtlijn, een specifieke training en leerprogramma de waarschijnlijkheid van toepassing doen toenemen.[15] Zo komt Brotons et al. tot de constatatie dat meer dan de helft van de artsen, na adequate training en ondersteuning, zich effectief tot zeer effectief voelen om een gedragsverandering teweeg te brengen bij patiënten die roken, alcohol misbruiken, weinig fysiek actief zijn en aan overgewicht leiden.[21]
Wat de richtlijn betreft zullen wetenschappelijke ondersteuning, betrokkenheid van artsen bij de ontwikkeling ervan, gemakkelijke opvolging, snel te beoordelen effect en compatibiliteit met bestaande normen en waarden in de huisartsenpraktijk een succesvolle implementatie vergemakkelijken.[16]
Een opleiding kan een positief effect hebben als ze langdurig is. Best wordt er tijdens de opleiding aandacht besteed aan discussie, gebruik van materiaal en opsporen van gebreken op individueel niveau.[12] Ook audit en feedback leiden in het algemeen tot kleine maar belangrijke verbeteringen. De effectiviteit van dergelijke audit en feedback hangt wel af van wat er reeds geïmplementeerd werd alsook op welke manier de feedback gegeven wordt.[33] Vooral persoonlijke feedback door gerespecteerde collega's onmiddellijk na de prestatie heeft een positief effect. Reminders kunnen een positief effect hebben, zeker als ze gecombineerd worden met andere methodes.[12] Bovendien geeft Wensing et al. aan dat patiëntspecifieke feedback en reminders waarschijnlijk effectiever zijn dan algemene feedback en reminders.[31]

Ook positieve ervaringen in verband met preventie zoals de motivatie die patiënten tonen of een toename van therapietrouw, motiveren artsen om veranderingen door te voeren.[20]

Omgevingsgebonden factoren

Praktijkfunctioneren

In de Canadese BETTER studie wordt gezocht naar manieren om gecombineerde preventieve zorg beter te implementeren in de huisartspraktijk. Men vindt dat een 'prevention practitioner' (een zorgverstrekker - zijnde arts, verpleegkundige of praktijkassistent - vanuit de eigen praktijk die hiervoor een speciale opleiding kreeg) deze implementatie kan verbeteren en dit op een kosteneffectieve manier.[34] Heel wat andere studies sluiten zich hier bij aan.[19,29,34]

Ook de mogelijkheid tot samenwerking met andere disciplines zoals diëtisten, fysiotherapeuten en psychologen bevordert de implementatie.[35-36]

Bovendien verbetert ook het gebruik van reminders (actief via telefoon of brief, passief via arts tijdens een consultatie) de uitvoering van preventieve zorg op een significante manier. Het gebruik van een brief is hierbij meer kosteneffectief dan een telefoontje, maar de herinnering door de arts tijdens een consultatie is het meest kostenefficiënt.[34-35]

Praktijkinfrastructuur

De mogelijkheid om interventies in de eigen praktijk uit te voeren werkt bevorderlijk. Bovendien is de beschikbaarheid over hulpmiddelen die zowel in de chronische opvolging van aandoeningen als voor de identificatie van patiënten die cardiovasculair risico lopen kunnen gebruikt worden, nuttig.[19]

Uiteraard helpt ook een financiële ondersteuning de implementatie van preventie vooruit. Het gaat hier dan niet enkel om een vergoeding voor artsen maar ook om de terugbetaling van bepaalde lifestyleprogramma's voor patiënten.[12,19,31]

Patiëntgebonden factoren

Zoals reeds eerder vermeld, heeft een duidelijke motivatie vanwege de patiënt een positief effect op het implementeren van preventieve zorg. Door het verschaffen van informatie via verschillende media (internet, tv,…) alsook door bij een crisissituatie op het vlak van gezondheid de patiënt aan te spreken en te vertellen over preventie, kan de motivatie ontstaan en groeien.[20]

Hieruit kunnen we concluderen dat erkenning van verantwoordelijkheid door de arts, een goede motivatie alsook bewustmaking, training en verdere ondersteuning de belangrijkste facilitatoren zijn op het vlak van implementatie van preventie. Ook positieve ervaringen rond preventie zullen een begunstigende invloed uitoefenen. Een 'prevention practitioner', samenwerking met andere

disciplines en het toepassen van reminders alsook de mogelijkheid tot het uitvoeren van interventies in de eigen praktijk en beschikbaarheid over hulpmiddelen helpen de implementatie. Bovendien zullen een bijkomende financiële ondersteuning en gemotiveerde patiënten een extra positieve boost geven.

4.1.2.2 Registratie in het EMD

Ondanks tijdsgebrek en andere knelpunten die het gebruik van het EMD compromitteren, schijnt er een interesse te blijven bestaan.[10]
In de literatuur wordt herhaaldelijk aangehaald dat de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden door de verschillende mogelijkheden binnen het EMD op een efficiënte manier te gaan gebruiken. [23,25] Zo toont Goetz et al. aan dat praktijken die het EMD volledig benutten, verbeteren op het vlak van het aanbieden van preventieve zorg en het management van chronische zorg.[25] Zo kan men, wanneer het dossier aangevuld wordt wat betreft diagnosen enzovoort, via het medisch programma lijsten maken en op die manier de gegevens verzamelen van alle patiënten die bijvoorbeeld de diagnose hypertensie kregen. Vervolgens kan men voor die specifieke patiëntengroep nagaan of bijvoorbeeld de bloeddruk goed geregeld is.

<u>Artsgebonden factoren</u>

Vooreerst kan een verbetering van de algemene ondersteuning helpen om artsen die het EMD op een inefficiënte manier weinig gebruiken te transformeren naar efficiënte ervaren gebruikers. Hierdoor zal, zoals reeds aangehaald, ook de likelihood om kwalitatieve en financiële voordelen te genereren stijgen.[10] Goetz et al zijn het hier mee eens en raden aan te investeren in training en communicatie alsook in adequate technische steun.
Enkele factoren die de houding van artsen kunnen beïnvloeden zijn onder andere een bewezen nut van het systeem, betrokkenheid van artsen, respect voor de waarden van artsen en steun op het vlak van organisatie. Wat respect voor de waarden betreft moet er vooral stilgestaan worden bij de veiligheid van het systeem. Ook introduceren van een proefperiode, initieel vrijwillig gebruik van het nieuwe systeem en training via collega-artsen die de werking van het systeem reeds onder de knie hebben, werken stimulerend.[25]

<u>Omgevingsgebonden factoren</u>

Praktijkfunctioneren

Er is nood aan een geleidelijke implementatie van het systeem op basis van verschillende modules met een ‘champion’ aan het hoofd van het project. Hierin zijn aanpassing van het systeem aan het dagdagelijkse functioneren en koppeling met bestaande systemen bijkomende facilitatoren.[23] Gamm et al. gaf dit al eerder aan. Juist vooral omdat het EMD zo nauw gelinkt is aan de werkprocessen van

een arts, wordt het installatieproces volgens hen het best gezien als een individueel en organisatorisch leerproces op lange termijn waarbij continue feedback en aanpassing nodig zijn om optimale resultaten te bekomen.[24] Goetz et al. benadrukt hierbij de nood aan zowel veranderingen in verantwoordelijkheden alsook aan het herwerken van werkprocessen en richtlijnen waarbij het ontwikkelen van workflowprotocollen een grote hulp kan zijn.[25]

Praktijkinfrastructuur

Er is op verschillende niveaus steun nodig.
Zowel de regering als verzekeringsmaatschappijen, verkopers, managers, patiënten, praktijkmedewerkers en de artsen zelf moeten hun steentje bijdragen.[25] Goetz onderstreept hierbij het belang van samenwerking als een team. Zo kunnen ook verpleegkundigen en andere medewerkers patiëntengegevens inbrengen in het EMD.[25]
Ook belangrijk om mee te nemen is het feit dat elke praktijk zijn eigen karakteristieken en dus ook zijn eigen barrières kent en dit aangepaste interventies vraagt. Zo zal een kleine praktijk het financieel moeilijker hebben en zullen bepaalde barrières moeilijker te overkomen zijn dan andere.[23] In dit opzicht stelt Boonstra et al. voor een vragenlijst te ontwikkelen met de bedoeling barrières te ontdekken.[23]
Wat het tijdsissue betreft kunnen ondersteuning, trainingsessies en aanpassing van de werkprocessen heel wat tijd besparen.[10,25]
Bovendien heeft het EMD ook zo zijn voordelen. Voor de meeste praktijken zijn organisatie, toegankelijkheid en accuraatheid van patiënteninformatie de belangrijkste troeven. Echter ook communicatie tussen artsen, de andere werknemers en de patiënten is een bijkomend voordeel.[25] Valdes et al. haalt aan dat standaardisatie van systemen bijkomende positiviteit ten aanzien van het EMD kan opleveren. Hoe meer praktijken met hetzelfde systeem werken, hoe beter de communicatie kan verlopen en hoe efficiënter er kan gewerkt worden.[37]

Maatschappij

Zoals reeds eerder aangehaald is steun nodig op verschillende niveaus.[25]
Wat het financiële aspect betreft zullen artsen uiteraard gestimuleerd worden door bewijs van financiële winst en ook een bijkomende financiële ondersteuning zal met open armen onthaald worden.[10]

Samenvattend kan gesteld worden dat verbetering van de algemene ondersteuning een belangrijke facilitator is. Bovendien zal bewezen nut van het systeem alsook betrokkenheid van de artsen en respect voor hun waarden hun houding positief beïnvloeden.
Wat het praktijkfunctioneren betreft moet een geleidelijke implementatie via een veranderingsproces gebeuren waarbij het hele praktijkteam samenwerkt. Het ontwikkelen van

praktijkeigen protocollen werkt hierin ondersteunend. Het EMD moet naast veilig en toegankelijk ook een communicatiemiddel zijn en hierbij kan standaardisering een ongelooflijk voordeel zijn.
En uiteraard zal ook een financiële ondersteuning gunstig onthaald worden.

4.2 Veldonderzoek

Het onderzoek bestaat uit 2 delen. Enerzijds werden patiëntendossiers bestudeerd (fase 1 en 4) en anderzijds werden de artsen werkzaam in de huisartsenpraktijk bevraagd (fase 2 en 3).
Het ging hem om die categorie van patiënten met een leeftijd tussen 45 en 75 jaar die in februari 2014 en maart 2015 op consultatie kwamen in onze praktijk, een GMD+ vragenlijst meekregen en deze ingevuld terugbrachten.

Het protocol, de informatieformulieren en het toestemmingsformulier zijn in bijlage terug te vinden (bijlage 1, 4, 5 en 6).

4.2.1 Fase 1

In fase 1 werd geobserveerd hoe de praktijkvoering op dat moment verliep, meer bepaald hoe en in welke mate informatie uit de beantwoorde GMD+vragenlijst overgebracht werd naar het EMD en resulteerde in een aangepaste preventieve planning.

Gedurende de maand februari 2014 werden 879 GMD's vernieuwd, waarvan 420 bij patiënten tussen 45 en 75 jaar. In totaal werden er 39 vragenlijsten ingevuld én teruggebracht.

Vervolgens gebeurde een analyse van het EMD van iedere patiënt die een ingevulde vragenlijst afleverde. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een checklist, gebaseerd op de verwerkingsmodule voor de huisarts van Domus Medica (bijlage 2A).

Belangrijk om te vermelden is dat er bij de resultaten(tabel 1) een onderscheid werd gemaakt tussen items en acties die bij **elke** patiënt of **enkel indien nodig** in het EMD vermeld moeten staan.
Bijvoorbeeld indien iemand geen persoonlijke cardiovasculaire voorgeschiedenis heeft, hoeft dit ook niet in het dossier vermeld te staan.

- Items en acties die bij **elke** patiënt in het EMD vermeld moeten staan.

Items uit de vragenlijst	Welke informatie is er terug te vinden?	**Mogelijke acties**	Welke planning is er terug te vinden?
CARDIOVASCULAIR			
Parameter bloeddruk	26/39		
Rookstatus	3/39		
Parameters lengte,	27/39		

gewicht en BMI			
VACCINATIES		**VACCINATIES**	
Tetanusvaccinatie	25/39	Tetanusvaccinatie	11/39

- Items en acties die **enkel indien nodig** in het EMD vermeld moeten staan.

Items uit de vragenlijst	Welke informatie is er terug te vinden?	**Mogelijke acties**	Welke planning is terug te vinden?
CARDIOVASCULAIR		**CARDIOVASCULAIR**	
Persoonlijke voorgeschiedenis hart- en vaatziekten	2/7	Nuchtere bloedafname	33/39
Familiale voorgeschiedenis hart- en vaatziekten	0/9	Rookstopadvies	1/11
Alcohol	1/20	Voedingsadvies	0/2
Voeding	0/2	Bewegingsadvies	0/13
Beweging	1/13	Overlopen AUDIT-vragenlijst	0/20
Diabetes/verhoogde glycemie	5/5		
VACCINATIES		**VACCINATIES**	
Griepvaccinatie	16/22	Griepvaccinatie	7/22
Pneumokokkenvaccinatie	4/17	Pneumokokkenvaccinatie	1/17
DARMCARCINOOM		**DARMCARCINOOM**	
Persoonlijke voorgeschiedenis darmcarcinoom	2/2	IFOB-test/coloscopie	5/35
Familiale voorgeschiedenis darmcarcinoom	2/9		
GYNAECOLOGISCH		**GYNAECOLOGISCH**	
Familiale voorgeschiedenis gynaecologische kanker	0/4	Mammo- en echografie	4/21

Borstonderzoek	16/21	Cervixuitstrijkje	2/21
Cervixonderzoek	10/21		

Tabel 1: resultaten fase 1

Uit de resultaten blijkt dat vooral de parameters bloeddruk (26/39 = 67%) en lengte-gewicht-BMI (27/39 = 69%), een eerder toegediende tetanusvaccinatie (25/39 = 64%) en griepvaccinatie (16/22 = 73%), de actieve ziekten diabetes en verhoogde glycemie (5/5 = 100%) alsook persoonlijke voorgeschiedenis van darmcarcinoom (2/2 = 100%) en eerder uitgevoerd borstonderzoek (16/21 = 76%) het beste genoteerd werden in het EMD in vergelijking met de andere items.
Vooral rookstatus (3/39 = 8%), een familiale cardiovasculaire voorgeschiedenis (0/9 = 0%), alcoholgebruik (1/20 = 5%), voedingsstatus (0/2 = 0%), bewegingsstatus (1/13 = 8%) en een familiale voorgeschiedenis van gynaecologische kanker (0/4 = 0%)worden slecht genoteerd in het dossier. Een persoonlijke cardiovasculaire voorgeschiedenis (2/7 = 29%), eerder toegediende pneumokokkenvaccinatie (4/17 = 24%), een familiale voorgeschiedenis van darmcarcinoom (2/9 = 22%) en eerder uitgevoerd cervixonderzoek (10/21 = 48%) worden beter genoteerd.

Wat de planning betreft kan geconcludeerd worden dat enkel een nuchtere bloedafname goed gepland wordt in het dossier (33/39 = 85%). Andere acties zoals rookstopadvies (1/11 = 9%), voedingsadvies (0/2 = 0%), bewegingsadvies (0/13 = 0%), overlopen van de AUDIT-vragenlijst (0/20 = 0%), pneumokokkenvaccinatie (1/17 = 6%) en cervixuitstrijkje (2/21 = 10%) worden slecht ingepland. Tetanusvaccinatie (11/39 = 28%) en griepvaccinatie (7/22 = 32%) worden dan weer beter ingepland alsook de IFOB-test/coloscopie (5/35 = 14%) en het borstonderzoek (4/21 = 19%).

4.2.2 Fase 2

Fase 2 omvatte een kwalitatief onderzoek.
Na het verzamelen van de resultaten in fase 1 vond een bespreking plaats op het vaste artsenoverleg. De 4 artsen die werkzaam zijn in de praktijk, waren hierop aanwezig.
De vraagstelling gebeurde deels op basis van voorbereiding (bijlage 3) en deels op geleide van het gesprek. Bedoeling van deze bespreking was te peilen naar de huidige gang van zaken met betrekking tot preventie en het gebruik van het GMD+, de resultaten uit fase 1 voor te leggen, een knelpunt-analyse op te maken en enkele verbetervoorstellen uit te werken.

4.2.2.1 Huidige gang van zaken

Alle artsen werkzaam in de praktijk hebben interesse voor preventie en kennen het GMD+. Twee van de vier artsen werkzaam in de praktijk grijpen niet routinematig naar preventie onder de vorm van het GMD+ en geven aan hier ook geen nood aan te voelen. Enkel wanneer de patiënt naar een algemene check-up vraagt of er zich een speciale gelegenheid voordoet (vraag naar rookstop), wordt

preventie aangegrepen.
De jongste arts uit de praktijk geeft bij het vernieuwen van het GMD aan elke patiënt ouder dan 45 jaar een GMD+vragenlijst mee naar huis met de vraag de ingevulde vragenlijst terug binnen te brengen op het secretariaat of mee te brengen bij een volgend consult. Op dat moment wordt het GMD+ ook reeds aangerekend. Vervolgens analyseert ze de ingevulde vragenlijsten en noteert de nodige opmerkingen op het formulier met de bedoeling deze te bespreken met de patiënt en dan ook in het dossier te noteren.
De op één na oudste arts overloopt bij het vernieuwen van het GMD de preventieve items en maakt een 'a la minute' planning op waarbij alles op éénzelfde plaats in het dossier genoteerd wordt. Op dat moment wordt het GMD+ aangerekend. Tot voor ik er als HAIO startte, maakte deze laatste arts gebruik van de GMD+ tablet. Vermits er tot nog toe geen integratie van de resultaten in het EMD Medidoc mogelijk was, wordt hier geen gebruik meer van gemaakt.
Beide artsen die routinematig proberen te werken met het GMD+ geven aan preventie belangrijk te vinden. Ze koesteren de intentie het goed te willen doen maar voelen elk op een andere manier aan dat het niet vlot loopt.

4.2.2.2 Voorleggen van resultaten fase 1

Er zijn gemengde gevoelens bij het bekijken van de resultaten. Bepaalde zaken lopen verwacht vlot zoals het noteren van parameters, andere zaken lopen onverwacht zeer slecht. Zo dacht iedereen bijvoorbeeld dat de vaccinatiestatus vrij goed bijgehouden werd. Wel is er bij iedereen de motivatie om het beter te doen.

4.2.2.3 Opmaken van een knelpuntanalyse(figuur 1)

Het gebrek aan kennis en vaardigheden vormt een belangrijk knelpunt. Vooral de beperkte technische kennis omtrent het gebruik van de verschillende mogelijkheden van het EMD en het gebrek aan kennis van de nieuwste richtlijnen vormen een probleem. Ook de invloed van de elektronica op de arts-patiënt relatie baart sommige collega's zorgen. 1 arts vindt dat het gebruik van het EMD binnen de consultvoering, de anamnese en inspectie van de patiënt beknot.

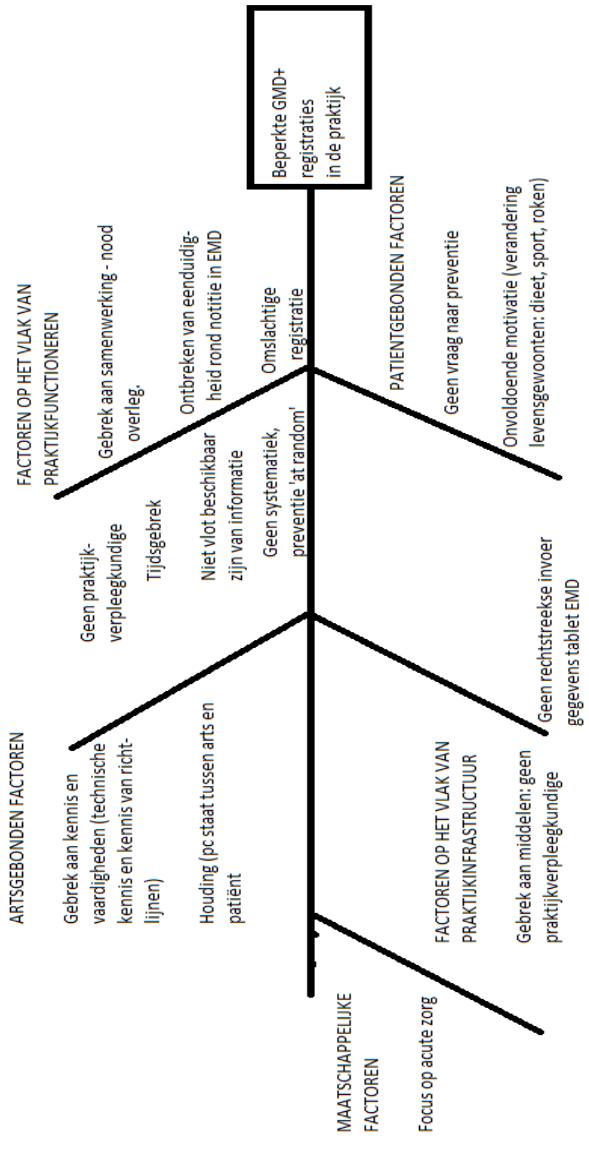
Bijkomend vormt ook de nood aan tijdsinvestering om het EMD beter te leren kennen en te leren gebruiken een belangrijke barrière. Bovendien is er een gebrek aan onderling overleg in de praktijk wat onder andere maakt dat er geen eenduidigheid rond notitie in het EMD heerst. Als er informatie genoteerd wordt in het EMD, doet elke arts het volgens eigen regels. En dan nog geeft de jongste arts aan zelf geen duidelijke systematiek te hebben.

Bovendien is er in de praktijk geen praktijkverpleegkundige aanwezig die de werklast wat kan drukken. Er werd reeds geprobeerd de GMD+tablet te introduceren. Vermits er nog steeds geen integratie van de ingegeven informatie in Medidoc mogelijk is, wordt deze niet meer gebruikt. De

artsen vinden ook dat correcte registratie in Medidoc omslachtig is en veel tijd vraagt. Bovendien is de juiste informatie niet altijd onmiddellijk beschikbaar in het EMD. Zo kan men enkele minuten bezig zijn met op te zoeken wanneer het laatste cervixuitstrijkje gebeurde bij de gynaecoloog.

Daarnaast vormt ook de focus op acute zorg een belangrijk knelpunt. Patiënten komen in de eerste plaats op consultatie voor de behandeling van een acuut probleem. Indien er nadien nog tijd over is, kan ingegaan worden op preventie…

Een bijkomend knelpunt is een gebrek aan motivatie vanwege de patiënt. De artsen ondervinden dat ze zelf niet gemotiveerd zijn preventie verschillende malen aan te bieden als de patiënt te kennen geeft hier niet te willen op in gaan. Bovendien vindt de helft van de artsen dat het niet nodig is preventie aan te bieden als de patiënt het zelf niet voorstelt.



Figuur 1 knelpuntanalyse

4.2.2.4 Uitwerken van enkele verbetervoorstellen

Vooreerst is er nood aan het uitbreiden van de kennis betreffende de verschillende mogelijkheden in het EMD. Bijkomend moet er eenduidigheid gecreëerd worden rond notitie van gegevens in het EMD. Wanneer iedereen op dezelfde manier neerslag maakt in het EMD, is er duidelijkheid en wordt ook de onderlinge communicatie makkelijker. Daarnaast moet er een systematiek uitgewerkt worden. Uiteraard is dit voor iedere arts persoonlijk en moet die systematiek passen in ieders dagdagelijkse manier van werken. Bovendien moet de administratieve functie van het secretariaat betrokken worden bij het inbrengen van gegevens in het EMD. Tot slot wordt er afgesproken geen GMD+ nomenclatuurnummer meer aan te rekenen vooraleer gestart wordt met een preventieve planning in het dossier.

4.2.3 Fase 3

Daaropvolgend werd een concrete interventie georganiseerd op het vlak van informatieverwerking. Bedoeling was de aangegeven knelpunten en verbetervoorstellen van de verschillende artsen samen te brengen en daaruit een actie te creëren.
Dit leidde tot de ontwikkeling van enkele praktijkrichtlijnen met betrekking tot de registratie en opvolging van 1. Bloeddruk, 2. Tetanusvaccinatie en 3. Cervixuitstrijkje. Na een eerste kladversie opgemaakt te hebben, werd er opnieuw samen gezeten en overlegd. Op dat moment werden bepaalde onderdelen van de richtlijnen aangepast op basis van haalbaarheid in de praktijk. Er werd vooral voor gezorgd dat de praktijkrichtlijnen eenvoudig en duidelijk waren om zo weinig mogelijk handelingen voor registratie van de items nodig te maken. Uiteindelijk kreeg iedere arts de praktijkrichtlijnen kort en bondig op papier met de bedoeling deze in de praktijk bij zich te hebben en ook te gaan gebruiken.

4.2.3.1 Hypertensie

Inleiding

Uit de resultaten van fase 1 uit het onderzoek komt naar voor dat de parameter bloeddruk reeds vrij goed bijgehouden wordt in het elektronisch medisch dossier. Een volgende uitdaging is de bloeddruk goed op te volgen en deze opvolging via ‘zelfmeting thuis’ of de diagnose ‘hypertensie’ bij te houden in het EMD.
Eventueel kunnen via deze weg ook andere cardiovasculaire risicofactoren zoals rookstatus, hypercholesterolemie, diabetes mellitus, familiale en persoonlijke voorgeschiedenis, BMI en levensstijl in het dossier terecht komen.

In 2012 overleden in het Vlaamse Gewest 17.817 personen aan de gevolgen van een cardiovasculaire pathologie. Hun aandeel in de totale sterfte is 34%.[38]

Door de vergrijzing zullen de absolute aantallen van personen die overlijden aan hart- en vaatziekten ongetwijfeld stijgen. Preventie zal hierin geen verandering kunnen brengen. Maar de aanpak moet zich vooral richten op het voorkomen van 'vroegtijdige en te vermijden cardiovasculaire sterfte'. Hypertensie vormt 1 van de belangrijkste risicofactoren op cardiovasculaire sterfte en adequate behandeling ervan zorgt voor minder morbiditeit en mortaliteit. Echter het risico op hart- en vaatziekten is multifactorieel bepaald en de bloeddruk moet steeds benaderd worden in samenhang met andere al dan niet aanwezige risicofactoren meerbepaald leeftijd, geslacht, rookstatus, lipidenspectrum, glycemie, familiale en persoonlijke cardiovasculaire voorgeschiedenis, voeding, beweging en BMI. Een (niet-) medicamenteuze aanpak van deze risicofactoren is effectief om de sterfte en ziektecijfers te doen dalen. De meeste gezondheidswinst kan daarbij geboekt worden bij patiënten met een hoog globaal risico.[39-40]

Wat de bloeddruk betreft hanteren we volgende grenswaarden:

Categorie	Systolische bloeddruk in mmHg		Diastolische bloeddruk in mmHg
Bloeddruk gemeten in de artsenpraktijk	≥140	En/of	≥90
Bloeddruk ambulant gemeten		En/of	
- Overdag (of wakker)	≥130	En/of	≥85
- 's nachts (of slapend)	≥120	En/of	≥70
- Over 24 uur	≥130	En/of	≥80
Bloeddruk thuis gemeten	≥135	En/of	≥85

Tabel 2: grenswaarden bloeddruk[41]

<u>Praktijkrichtlijn</u>

We spreken af dat een bloeddruk die voor de eerste maal verhoogd is, steeds gecontroleerd moet worden. Wanneer het echter gaat over een geval van maligne hypertensie waarbij de bloeddruk minstens 210/120 mmHg bedraagt, moet onmiddellijk gehandeld worden.

1) Bloeddruk meten en waarden noteren in tabblad 'standaard set' onderste helft centraal invoerscherm.
2) Indien tijdens 2 opeenvolgende consultaties systolische ≥ 140 mmHg en/of diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg noteren 'zelfmeting thuis' als vrije tekst bij 'planning' in het centrale invoerscherm.

a. Voor het bijhouden van de meetwaarden wordt aan de patiënt 'de kaart voor zelfmeting van de bloeddruk door de patiënt' van domus medica meegegeven.
b. De laagste meetwaarde (consultatie <> zelfmeting thuis) bepaalt de interpretatie van de bloeddruk.
c. Gemiddelde bloeddruk > 135/85 mmHg = hypertensie.

3) Diagnose hypertensie noteren bij 'actieve ziekten' in centraal invoerscherm: 'hypertensie' ingeven, enter, juiste diagnose kiezen.
4) Bijkomende risicofactoren:
    a. Rookstatus in scherm 'risicofactoren'. Ook indien geen roker!
    b. Diabetes mellitus type 2 bij 'actieve ziekten' in centraal invoerscherm.
    c. Persoonlijke voorgeschiedenis (cerebraal, cardiaal, perifeer) bij 'actieve ziekten' in centraal invoerscherm.
    d. Famiale voorgeschiedenis (<55j broer/vader, <65j zus/moeder) in scherm 'risicofactoren'.
    e. Hypercholesterolemie bij 'actieve ziekten' in centraal invoerscherm.
    f. Overmatige alcoholgebruik in scherm 'risicofactoren'.
    g. Onvoldoende fysieke activiteit in scherm 'risicofactoren'.
    h. Ongezonde eetgewoonten in scherm 'risicofactoren'.

4.2.3.2 Tetanusvaccinatie

Inleiding

Vermits de huisarts een centrale rol speelt in de gezondheidszorg, is hij goed geplaatst om de vaccinatiestatus van zijn patiënten te bewaken en zo nodig te vervolledigen.[42] In de resultaten van fase 1 uit het onderzoek valt echter op dat er wel melding gemaakt wordt van een toegediende tetanusvaccinatie maar dat er nadien geen planning opgemaakt wordt. Zo komt het frequent voor dat de laatste tetanusvaccinatie die in het dossier vermeld staat, dateert van langer dan tien jaar geleden en dat er bij planning niets terug te vinden is. Tweede uitdaging wordt dus het inplannen van tetanusvaccinaties.

Tetanus is een acute, zeer ernstige infectieziekte die wereldwijd voorkomt maar in de westerse wereld vrij zeldzaam is geworden dankzij een goed vaccinatiebeleid. Voor tetanus is een vaccinatiegraad van 100% noodzakelijk, omdat de besmetting gebeurt van buiten de mens door de Clostridium-sporen. Desondanks is het een aandoening met een vrij ernstige morbiditeit en mortaliteit, zelfs met de huidige beschikbare behandeling.[42]

Wat de vaccinatie op zich betreft hanteren we volgend schema[43]:

- Basisvaccinaties: op 8, 12 en 16 weken, op 15 maanden, op 5-6 jaar en nadien herhaling om de 10 jaar.
- Inhaalvaccinatie:
    - Laatste tetanusvaccinatie meer dan 10 jaar maar minder dan 20 jaar geleden: 1 dosis
    - Laatste tetanusvaccinatie meer dan 20 jaar geleden:
        - Basisvaccinatieschema in orde: 2 dosissen (op 0 en 6 maanden)

- Basisvaccinatieschema onvolledig of ongekend: 3 dosissen (op 0, 1 en 12 maanden)

Praktijkrichtlijn

1) Nagaan datum laatste tetanusvaccinatie
    a. Via ingevulde GMD+vragenlijst patiënt
    b. Via 'vaccinaties' in het dossier
2) Planning opmaken
    a. Laatste tetanusvaccinatie langer dan 10 jaar geleden of datum onbekend:
        i. 'Boostrix' ingeven bij 'planning' in het centrale invoerscherm
        ii. Enter
        iii. Er wordt een nieuw scherm geopend waarin bij vervaldatum de datum van de dag waarop de planning wordt gemaakt, ingegeven wordt.
    b. Laatste tetanusvaccinatie niet langer dan 10 jaar geleden:
        i. 'Boostrix' ingeven bij 'planning in het centrale invoerscherm
        ii. Enter
        iii. Er wordt een nieuw scherm geopend waarin bij vervaldatum datum 10 jaar na laatste vaccinatie ingegeven wordt.

4.2.3.3 Cervixkankerscreening

Inleiding

Uit de resultaten van fase 1 uit het onderzoek blijkt dat, indien er een cervixuitstrijkje uitgevoerd wordt, data af en toe in het dossier terechtkomen. Echter een vervolgplanning ontbreekt bijna volledig. Zo komt het zeer frequent voor dat gegevens van het laatste onderzoek reeds ver teruggaan in de tijd en er geen planning terug te vinden is. Derde uitdaging wordt dus het inplannen van cervixonderzoek.

In België maakt cervixkanker 3,0% uit van de nieuwe kankers bij vrouwen en komt daarmee op plaats 8. Jaarlijks sterven er nog altijd meer dan 100 Vlaamse vrouwen aan cervixkanker. Het grootste deel van de fatale gevallen treffen we aan bij vrouwen die niet (recent) gescreend werden.
Reeds in 1996 concludeerde de US Preventive Services Task Force dat goede planmatige primaire preventiestrategieën efficiënter zijn voor de volksgezondheid dan vele, ongecoördineerde routinematige onderzoeken.[44] Dat is ook in België aangetoond voor onder andere systematische cervixkankerscreening.[45] Hoewel de huisarts een belangrijke rol speelt in het aanbieden van dergelijk onderzoek, valt het de laatste jaren op dat in het totaal aantal uitstrijkjes het aandeel van de huisarts afneemt . Bovendien wordt er, als er gescreend wordt, verkeerd gescreend met een te kort interval tussen de verschillende uitstrijkjes.[44]

Wat het cervixuitstrijkje betreft hanteren we volgende richtlijnen[43]:

- Normale schema: elke drie jaar uitstrijkje. Screening loopt tot 65 jaar op voorwaarde dat vrouw regelmatig gescreend werd en de twee laatste uitstrijkjes als normaal beoordeeld werden. Zo geen regelmatige screening wordt voortgegaan tot twee normale uitstrijkjes.
- Geen uitstrijkje indien
    - nooit seksueel actief
    - na totale hysterectomie voor goedaardige aandoeningen
    - macroscopisch verdacht letsel
- Tijdelijke contra-indicaties
    - ernstige genitale atrofie. (eerst korte hormonale kuur)
    - tijdens zwangerschap of eerste 3 maanden postpartaal.
    - bij recent (binnen 48 u nadien) gebruik ontsmettingscrème/vloeistof, glijmiddel, vaginale medicatie.
    - bij recente (binnen 24 uur) vaginale douche.
    - bij voorafgaande (binnen 24 uur) colposcopie met azijnzuur.
    - na vaginaal toucher.
    - binnen 3 maand na laatste uitstrijkje.
    - binnen 3 maand na cervixchirurgie.
    - bij radiotherapie.

Praktijkrichtlijn

1) Nagaan datum laatste uitstrijkje
    a. Via ingevulde GMD+ vragenlijst patiënt
    b. Via brieven in het dossier
2) Planning opmaken
    a. Datum laatste uitstrijkje bekend
        i. ‘uitstrijk cervix’ ingeven bij ‘planning’ in het centrale invoerscherm
        ii. Enter
        iii. Er wordt een nieuw scherm geopend waarin bij vervaldatum de datum 3 jaar na laatste uitstrijkje ingegeven wordt.
    b. Datum laatste uitstrijkje onbekend
        i. ‘uitstrijk cervix’ ingeven bij ‘planning’ in het centrale invoerscherm
        ii. Enter
        iii. Er wordt een nieuw scherm geopend waarin bij vervaldatum de datum van de dag waarop de planning wordt gemaakt, ingegeven wordt.

4.2.3.4 Waarom niet de andere items uit het GMD+?

Wat de cardiovasculaire items betreft viel op dat de parameter bloeddruk reeds vrij goed bijgehouden wordt in het dossier in vergelijking met de andere items. Vandaar dat de eerste praktijkrichtlijn een uitbreiding vormt op dit succespunt. Echter, de andere cardiovasculaire items worden ook betrokken in deze praktijkrichtlijn met de bedoeling eventueel ook daar succes te boeken.

Het systematisch opsporen van darmkanker gebeurt bijna uitsluitend via oproepbrieven en iFOB-testen verdeeld door de overheid. Dit wordt dan ook helemaal niet gepland in het EMD. Wanneer de

iFOB-test echter positief is en een colonoscopie dient uitgevoerd te worden, moet de verdere planning wel in het dossier terechtkomen. Dit laatste wordt ook verwacht wanneer een cervixuitstrijkje bij de gynaecoloog gebeurt of een mammo- en echografie van de borsten door de radioloog uitgevoerd wordt. Uit de brief van de gastro-enteroloog respectievelijk gynaecoloog respectievelijk radioloog moet de nodige informatie gehaald worden, in het EMD genoteerd en verder ingepland worden.
Vermits we als huisarts zelf een rol kunnen spelen in het uitvoeren van een cervixuitstrijkje, werd voor dit laatste item gekozen.

Wat het bevragen van depressie alsook medicatie – en alcoholabusus betreft is er meer tijdsinvestering nodig. Het is niet evident een dergelijk onderwerp vlug even aan te snijden, zeker niet indien er nog geen voldoende sterke vertrouwensrelatie opgebouwd is.

4.2.4 Fase 4

In deze laatste fase werd opnieuw een retrospectieve studie uitgevoerd.
Fase 1 werd herhaald maar dan voor een nieuwe tijdsperiode (namelijk maart 2015) en na het invoeren van de praktijkrichtlijnen.
Uiteindelijke bedoeling is na te gaan of er iets bereikt werd met de interventie die doorgevoerd werd.

Gedurende maart 2015 werden 644 GMD's vernieuwd, waarvan 310 bij patiënten tussen 45 en 75 jaar. In totaal werden er 98 vragenlijsten ingevuld én teruggebracht.

Vervolgens gebeurde een analyse van het EMD van iedere patiënt die een ingevulde vragenlijst afleverde. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een checklist, gebaseerd op de verwerkingsmodule voor de huisarts van Domus Medica (bijlage 2B). De checklist werd wel aangepast. De cardiovasculaire items werden uitgebreid en de diagnose hypertensie alsook hypercholesterolemie werden toegevoegd. Bovendien werd 'zelfmeting thuis' een bijkomende actie. Dit alles naar aanleiding van de eerste praktijkrichtlijn rond hypertensie.

Bij de resultaten(tabel 3) wordt opnieuw onderscheid gemaakt tussen items en acties die bij **elke** patiënt of **enkel indien nodig** in het EMD vermeld moeten staan.

- Items en acties die bij **elke** patiënt in het EMD vermeld moeten staan.

Items uit de vragenlijst	Welke informatie is er terug te vinden?	**Mogelijke acties**	Welke planning is er terug te vinden?
CARDIOVASCULAIR			
Parameter bloeddruk	69/94		

Rookstatus	3/94		
Parameters lengte, gewicht en BMI	56/94		
VACCINATIES		**VACCINATIES**	
Tetanusvaccinatie	46/94	Tetanusvaccinatie	57/94

- Items en acties die **enkel indien nodig** in het EMD vermeld moeten staan.

Items uit de vragenlijst	Welke informatie is er terug te vinden?	**Mogelijke acties**	Welke planning is terug te vinden?
CARDIOVASCULAIR		**CARDIOVASCULAIR**	
Hypertensie	13/18	Zelfmeting thuis	0/18
Persoonlijke voorgeschiedenis hart- en vaatziekten	13/18	Nuchtere bloedafname	49/77
Familiale voorgeschiedenis hart- en vaatziekten	3/19	Rookstopadvies	3/24
Alcohol	6/50	Voedingsadvies	3/10
Voeding	0/10	Bewegingsadvies	8/22
Beweging	0/22	Overlopen AUDIT-vragenlijst	0/50
Hypercholesterolemie	1/46		
Diabetes/verhoogde glycemie	8/12		
VACCINATIES		**VACCINATIES**	
Griepvaccinatie	17/30	Griepvaccinatie	15/30
Pneumokokkenvaccinatie	3/19	Pneumokokkenvaccinatie	3/19
DARMCARCINOOM		**DARMCARCINOOM**	
Persoonlijke voorgeschiedenis darmcarcinoom	0/0	iFOB-test/coloscopie	4/71
Familiale voorgeschiedenis darmcarcinoom	1/5		

GYNAECOLOGISCH		**GYNAECOLOGISCH**	
Familiale voorgeschiedenis gynaecologische kanker	0/1	Mammo- en echografie	10/55
Borstonderzoek	23/55	Cervixuitstrijkje	18/55
Cervixonderzoek	19/55		

Tabel 3: resultaten fase 4

Uit de resultaten blijkt dat vooral de parameters bloeddruk (69/94 = 73%) en lengte-gewicht-BMI (56/94 = 60%), de actieve ziekten hypertensie (13/18 = 72%) en diabetes en verhoogde glycemie (8/12 = 67%), persoonlijke cardiovasculaire voorgeschiedenis (13/18 = 72%) en eerder toegediende griepvaccinatie (17/30 = 57%) best genoteerd worden in het EMD in vergelijking met de andere items.
Vooral rookstatus (3/94 = 3%), voedingsstatus (0/10 = 0%), bewegingsstatus (0/22 = 0%), hypercholesterolemie (1/46 = 2%) en familiale voorgeschiedenis van gynaecologische kanker (0/1 = 0%)worden slecht genoteerd in het dossier.
Eerder toegediende tetanusvaccinatie (46/94 = 49%), familiale cardiovasculaire voorgeschiedenis (3/19 = 16%), alcoholgebruik (6/50 = 12%), eerder toegediende pneumokokkenvaccinatie (3/19 = 16%), een familiale voorgeschiedenis van darmcarcinoom (1/5 = 20%) en eerder uitgevoerd borstonderzoek (23/55 = 42%) en cervixonderzoek (19/55 = 35%) worden beter genoteerd.

Wat de planning betreft kunnen we concluderen dat tetanusvaccinatie (57/94 = 61%) en griepvaccinatie (15/30 = 50%) alsook een nuchtere bloedafname (49/77 = 64%) best gepland worden in het dossier. Andere acties zoals zelfmeting thuis (0/18 = 0%), overlopen van de AUDIT-vragenlijst (0/50 = 0%) en iFOB-test/coloscopie (4/71 = 6%) worden slecht ingepland.
Rookstopadvies (3/24 = 13%), voedingsadvies (3/10 = 30%) en bewegingsadvies (8/22 = 36%) alsook pneumokokkenvaccinatie (3/19 = 16%), borstonderzoek (10/55 = 18%) en cervixuitstrijkje (18/55 = 33%) worden beter ingepland.

Samenvattend kunnen de resultaten uit fase 1 en fase 4 voor de kernpunten van de 3 richtlijnen vergeleken worden.(tabel 4)

Items uit de vragenlijst	Informatie terug te vinden **VOOR** de interventie.	Informatie terug te vinden **NA** de interventie.	**Mogelijke acties**	Planning terug te vinden **VOOR** de interventie.	Planning terug te vinden **NA** de interventie.

CARDIOVASCULAIR			**CARDIOVASCULAIR**		
Bloeddruk	67%	73%	Zelfmeting thuis	/	0%
Hypertensie	/	72%	*Nuchtere bloedafname*	*85%*	*64%*
Persoonlijke voorgeschiedenis hart-en vaatziekten	*29%*	*72%*	*Rookstopadvies*	*9%*	*13%*
Familiale voorgeschiedenis hart-en vaatziekten	*0%*	*16%*	*Voedingsadvies*	*0%*	*30%*
Alcohol	*5%*	*12%*	*Bewegingsadvies*	*0%*	*36%*
Voeding	*0%*	*0%*	*Overlopen AUDIT-vragenlijst*	*0%*	*0%*
Beweging	*8%*	*0%*			
Hypercholesterolemie	*/*	*2%*			
Diabetes/verhoogde glycemie	*100%*	*67%*			
Rookstatus	*8%*	*3%*			
VACCINATIES			**VACCINATIES**		
Tetanusvaccinatie	64%	49%	Tetanusvaccinatie	28%	61%
GYNAECOLOGISCH			**GYNAECOLOGISCH**		
Cervixonderzoek	48%	35%	Cervixuitstrijkje	10%	33%

5 Discussie

Het doel van dit project was de verwerking van preventieve informatie, die men uit de beantwoorde GMD+ vragenlijst kan halen, naar het medisch dossier en bijkomend naar een aanpassing in beleid onder de vorm van een planning te verbeteren.
Er werd gefocust op drie verschillende items. Na vergelijking van de resultaten voor en na de interventie is duidelijk dat er verbetering geboekt werd met dit project.
Wat de notitie van de parameter bloeddruk betreft zien we nagenoeg dezelfde resultaten (67% versus 73%). Over de notitie van de diagnose hypertensie kunnen we enkel zeggen dat het frequent gebeurt (72%). Het inplannen van tetanusvaccinatie (28% versus 61%) en cervixuitstrijkje (10% versus 33%) kent een verbetering.

Wat de notitie van de andere cardiovasculaire risicofactoren betreft zien we een beperkte verbetering van de notitie van de alcoholstatus (5% versus 12%) en een duidelijke verbetering van de notitie van een persoonlijke (29% versus 72%) en familiale (0% versus 16%) cardiovasculaire voorgeschiedenis. Daarentegen zien we voor de rookstatus (8% versus 3%), de actieve ziekten diabetes mellitus en verhoogde glycemie (100% versus 67%)en de bewegingsstatus (8% versus 0%) een minder goede notitie. Wat de voedingsstatus betreft merken we geen verschil (0% versus 0%). Hypercholesterolemie wordt slecht genoteerd (2%). Wat de planning betreft zien we dat voedingsadvies (0% versus 30%) alsook bewegingsadvies (0% versus 36%) duidelijk beter ingepland worden. Daarentegen wordt het overlopen van een AUDIT-vragenlijst (0% versus 0%) nog steeds niet, een nuchtere bloedafname (85% versus 64%) duidelijk minder en rookstopadvies (13% versus 9%) minder ingepland.
Eerder toegediende tetanusvaccinatie (64% versus 49%), griepvaccinatie (73% versus 57%) en pneumokokkenvaccinatie (24% versus 16%) worden slechter bijgehouden. Daarentegen worden griepvaccinatie (32% versus 50%) en pneumokokkenvaccinatie (6% versus 16%) beter ingepland.
De notitie van een familiale voorgeschiedenis van darmcarcinoom (22% versus 20%) en de planning van een IFob-test/coloscopie (14% versus 6%) gebeuren minder frequent.
Een eerder uitgevoerd borstonderzoek (76% versus 42%)en cervixonderzoek (48% versus 35%) worden slechter bijgehouden in het EMD. De planning van borstonderzoek kent geen verbetering (19% versus 18%).

Waarom bepaalde cardiovasculaire risicofactoren wel en andere niet beter bijgehouden worden in het dossier is onduidelijk. Mogelijke verklaring voor het feit dat de rookstatus slecht bijgehouden wordt, is dat deze volgens afspraak bij iedereen moet genoteerd worden terwijl voor het praktijkproject de rookstatus enkel genoteerd moest worden bij actieve rokers. Opvallend is ook dat het inplannen van voedings-en bewegingsadvies duidelijk verbeterd is. Dit in tegenstelling tot het

inplannen van rookstopadvies of een screening via de AUDIT-vragenlijst. Mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat er gemakkelijker gesproken wordt over de juiste voeding en beweging dan over de rookgewoonten of het alcoholgebruik. Dit kan zowel aan de arts als aan de patiënt liggen. Wat betreft de eerder toegediende vaccinaties en de eerder uitgevoerde borst – en cervixonderzoeken zien we dat deze slechter bijgehouden worden. Wat de planning van nodige vaccinaties betreft zien we dan weer wel een verbetering en dit zowel voor tetanusvaccinatie als voor griep – en pneumokokkenvaccinatie. Voor de planning van borst – en cervixonderzoek zien we geen gelijkaardige trend. Het cervixonderzoek wordt beter ingepland maar het borstonderzoek niet.

Een groot deel van de knelpunten die in de literatuur vermeld worden, maken deel uit van de knelpuntanalyse die in de praktijk opgemaakt werd.
Om een oplossing te bieden voor het gebrek aan technische kennis en vaardigheden werden praktijkrichtlijnen ontwikkeld. In de praktijkrichtlijnen wordt immers in detail uitgelegd waar wat wanneer in het EMD genoteerd moet worden.
De 2 artsen uit de praktijk die het GMD+ niet routinematig gebruiken, vinden ook dat de computer de arts-patiënt relatie negatief beïnvloedt. De literatuur geeft nochtans aan dat patiënten niet echt een probleem hebben met het gebruik van de computer tijdens de consultatie.[30] Echter het vraagt een aanpassing van de arts zelf om dit te aanvaarden. Er werd wel geprobeerd de praktijkrichtlijnen zo bondig mogelijk te houden met de bedoeling zo weinig mogelijk te hinderen.
Wat betreft het niet vlot beschikbaar zijn van informatie uit het EMD hebben we getracht slechts een deel van de schermen uit het EMD te gebruiken. Het is mogelijk dat enkel deze belangrijkste schermen getoond worden bij het openen van het EMD. Door bovendien in de praktijkrichtlijnen duidelijk te omschrijven waar wat genoteerd moet worden, wordt ook een oplossing geboden voor het gebrek aan eenduidigheid rond notitie in het dossier en de omslachtige registratie.
Een volgend knelpunt is het gebrek aan een praktijkverpleegkundige. In verschillende studies werd bewezen dat een ‘prevention practicioner’ duidelijk een positief effect had op de implementatie van preventie.[19,29,33-34] Op basis van het overleg werden de praktijkrichtlijnen ook overgemaakt aan het secretariaat. Zo kan via hen ook preventieve informatie in het EMD genoteerd worden.

Dit praktijkverbeterend project vertoont enkele beperkingen.
Een eerste punt van discussie is de tijdsspanne waarover het project zich uitstrekte. In april 2014 en mei 2015 werden de teruggebrachte vragenlijsten die in februari 2014 respectievelijk maart 2015 meegegeven werden, geanalyseerd. Alle vragenlijsten die nadien binnengebracht werden zijn niet meer nagekeken. Dit kan een mogelijke verklaring zijn voor het feit dat we, in vergelijking met de GMDs die vernieuwd werden bij patiënten tussen 45 en 75 jaar, een beperkt aantal vragenlijsten verzamelden. Wel valt op dat er in fase 4 heel wat meer ingevulde vragenlijsten teruggebracht werden.

Een tweede punt van discussie betreft de aanpak van het project. De praktijkrichtlijnen werden samen overlopen en aangepast op basis van de haalbaarheid in de praktijk maar er werd geen proefdraai gehouden. De literatuur raadt echter training, feedback en verdere langdurige ondersteuning aan. [10,12,15,25,32] Bovendien zullen deze laatste de nood aan tijdsinvestering verminderen.[10,25]
Bovendien konden niet alle knelpunten aangepakt worden. Zo is er geen kant-en-klare oplossing voor het gebrek aan systematiek. Ook de focus op acute zorg blijft aanwezig.

Dit praktijkverbeterend project is niet zo eenvoudig geweest. Het vraagt tijd én energie om samen te zitten en overleg te plegen. De motivatie is hierbij heel belangrijk en ik kan uit eigen ondervinding toegeven dat die niet altijd even groot is, zeker niet op drukke momenten…
Bovendien werd er vertrokken van een kritische analyse van de dagelijkse praktijkvoering en dit wordt niet altijd geapprecieerd. Het valt ook bij ons op dat bepaalde collega's het voortouw nemen en de andere collega's proberen mee te trekken. Uiteindelijk zijn we er in geslaagd subtiele veranderingen te creëren. Het woord subtiel kan hier zeker gebruikt worden vermits we slechts een klein deel van patiëntendossiers geanalyseerd hebben en bovendien de focus lag op amper drie items. In de slipstream van de drie items worden ook enkele andere items beter bijgehouden maar er is het besef dat er nog heel wat werk aan de winkel is. Alleszins moet er een nieuw overleg georganiseerd worden waar de introductie van de praktijkrichtlijnen en de resultaten van de laatste fase besproken worden. Feedback is doeltreffend.[31] Dit project heeft er alleszins voor gezorgd dat het artsenoverleg deels van karakter veranderd is. Voorheen werden heel wat praktische zaken geregeld en ging er weinig aandacht naar opleiding en verbetering. Zo ging iedere collega naar bijscholingen om de nodige punten te verzamelen maar werd er achteraf niet eens kort stil gestaan bij wat die collega te weten gekomen was. Ook casussen uit de praktijk werden niet echt besproken. Ondertussen gebeurt er meer overleg rond de aanpak van een bepaald probleem en wordt er al eens wat informatie uitgewisseld omtrent een recent gelezen artikel uit een wetenschappelijk tijdschrift.

6 Conclusie

Het doel van dit project was de verwerking van preventieve informatie, die men uit de beantwoorde GMD+ vragenlijst kan halen, naar het medisch dossier en bijkomend naar een aanpassing in beleid onder de vorm van een planning te verbeteren. Uit de resultaten blijkt dat we in ons opzet geslaagd zijn. Er is echter, stapsgewijs, nog veel meer werk aan de winkel.

Dit praktijkverbeterend project pakte maar een deel van de ijsberg aan. Slechts een klein deel van de patiëntendossiers werd geanalyseerd en bovendien lag de focus op amper drie items. Echter dit project heeft er wel toe geleid dat er intenser overleg gepleegd wordt onder de collega's in de praktijk.

7 Referenties

[1]Domus Medica. Laatst geraadpleegd op 9 augustus 2015 via http://www.domusmedica.be

[2]Domus Medica. Zorgmodel 2020. (2011) Laatst geraadpleegd op 9 augustus 2015 via http://www.domusmedica.be/domusmedica/missie/visieteksten/3509-zorgmodel-2020.html

[3] World Health Organisation. Global status report on noncommunicable diseases. (2011) Laatst geraadpleegd op 9 augustus 2015 via http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

[4] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg. (2007) Laatst geraadpleegd op 9 augustus 2015 via http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2007/12/14/staat-van-de-gezondheidszorg-2007-taakherschikking.html

[5] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezondheid dichtbij: Landelijke nota gezondheidsbeleid. (2011). Laatst geraadpleegd op 9 augustus 2015 via http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/notas/2011/05/25/landelijke-nota-gezondheidsbeleid.html

[6] Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. J Gen Intern Med 1997, 12(5): 274–283.

[7] Sox HC Jr. Preventive health services in adults. N Engl J Med 1994, 330(22): 1589–1595.

[8] De Cort P. De implementatie van preventie in de eerste lijn: drempels en mogelijkheden. Minerva 2011, 10(10): 118-118.

[9] Anné N. Registratie van essentiële gegevens voor de opvolging van patiënten met diabetes mellitus en arteriële hypertensie & redenen voor het ontbreken ervan in het elektronisch medisch dossier. Gent: UGent; 2012.

[10] Miller RH, Sim I. Physicians' use of electronic medical records: Barriers and solutions. Health Aff 2004, 23(2): 116-126.

[11] Verdonck P, Strobbe J, Steenackers J, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Het electronisch medisch dossier. Huisarts Nu 2004, 33(2): 58-68.

[12] Grol R. Implementing guidelines in general practice care. Quality in Health Care 1992, 1(3): 184- 191.

[13] Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. JAMA 1999, 282(15):1458-1465.

[14] Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martinez-Andrés M, et al. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. PLoS One 2014, 9(2):e89554.

[15] Eisner D, Zoller M, Rosemann T, et al. Screening and prevention in Swiss primary care: a systematic review. Int J Gen Med 2011, 4:853-70.

[16] Burgers JS, Grol R, Zaat J, et al. Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. Br J Gen Pract 2003, 53(486): 15-19.

[17] Carlsen B, Norheim OF. "What lies beneath it all?"-- an interview study of GPs' attitudes to the use of guidelines. BMC Health Serv Res 2008, 8:218.

[18] Roobroeck J. Drie jaar preventieconsult: ervaringen en lessen uit de Vlaamse huisartspraktijk. Gent: UGent; 2014.

[19] Geense WW, van de Glind IM, Visscher TL, et al. Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. BMC Fam Pract 2013, 14:20.

[20] Walter U, Flick U, Neuber A, et al. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. BMC Family Pract 2010, 11:68.

[21] Brotons C, Björkelund C, Bulc M, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Prev Med 2005, 40:595-601.

[22] Douglas F, Torrance N, van Teijlingen E, et al. Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey. BMC Public Health 2006**,** 6:138.

[23] Boonstra A, Broekhuis M. Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions. BMC Health Serv Res 2010, 6(10):231.

[24] Gamm LD, Barsukiewicz CK, Dansky KH, et al. Pre- and post- control model research on end-users' satisfaction with an electronic medical record: preliminary results. Proc AMIA Symp 1998:225–9.

[25] Goetz Goldberg D, Kuzel AJ, Feng LB, et al. EHRs in primary care practices: benefits, challenges, and successful strategies. Am J Manag Care 2012, 18(2):e48-54.

[26] Gadd CS, Penrod LE. Dichotomy between physicians' and patients' attitudes regarding EMR use during outpatient encounters. Proc AMIA Symp 2000:275-279.

[27] De Jonghe E. Het gebruik van de preventiemodule in het elektronisch medisch dossier. Gent: UGent; 2013.

[28] Christensen T, Grimsmo A. Instant availability of patient records, but diminished availability of patient information: a multi-method study of GP's use of electronic patient records. BMC Med Inform Decis Mak 2008, 8:12.

[29] Howard J, Clark EC, Friedman A, et al. Electronic health record impact on work burden in small, unaffiliated, community-based primary care practices. J Gen Intern Med 2013, 28(1):107-13.

[30] Lelievre S, Schultz K. Does computer use in patient-physician encounters influence patient satisfaction? Can Fam Physician 2010, 56(1):e6-12.

[31] Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? Br J Gen Pract 1998, 48(427): 991- 997.

[32] van Bokhoven MA, Koch H, Dinant GJ, et al. Exploring the black box of change in improving test- ordering routines. Fam Pract 2008, 25(3):139-45.

[33] Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2012, 6:CD000259.

[34] Grunfeld E, Manca D., Moineddin R, et al. Improving chronic disease prevention and screening in primary care: results of the BETTER pragmatic cluster randomized controlled trial. BMC Fam Pract 2013, 14:175.

[35] Rosser W, McDowell I, Newell C. Use of reminders for preventive procedures in family medicine. CMAJ 1991, 145(7): 807-14.

[36] Jacobson Vann JC, Szilagyi P. Patient reminder and recall systems to improve immunization rates. Cochrane Database Syst Rev 2005, (3): CD003941.

[37] Valdes I, Kibbe DC, Tolleson G, et al. Barriers to proliferation of electronic medical records. Inform Prim Care 2004, 12(1):3-9.

[38] Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid. Sterfte door ziekten van het hart – en vaatstelsel. Laatst geraadpleegd op 9 augustus 2015 via https://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Cijfers-oorzaken-van-sterfte/Sterfte-door-ziekten-van-het-hart--en-vaatstelsel/

[39] Boland B, Christiaens T, Goderis G, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Globaal cardiovasculair risicobeheer. CEBAM 2007/01.

[40] De Cort P, Christiaens T, Philips H. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Hypertensie. CEBAM 2009/10.

[41] Giuseppe Mancia, Robert Fagard, Krzysztof Narkiewicz, et al. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 2013.

[42] Dillen J. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Preventie van tetanus en difterie bij volwassenen, vaccinatie en profylactische aanpak. CEBAM 2001/02.

[43] Gezondheidsgids domus medica. Laatst geraadpleegd op 9 augustus 2015 via http://www.domusmedica.be/documentatie/gezondheidsgids.html

[44] Smeets F, Verhoeven V, Baay M, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. CEBAM 2011/01.

[45] Hulstaert F, Arbyn M, Huybrechts M, et al. Baarmoederhalskankerscreening en testen op Human Papillomavirus (HPV). Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) 2006.

8 Bijlagen

Bijlage 1 Protocol masterproef 'GMD+: informatieverwerking – van papier naar dossier.'

Aanleiding

Als je in de literatuur op zoek gaat naar artikels rond preventie, merk je dat er frequent gedrukt wordt op het feit dat preventie belangrijk maar in de praktijk niet zo evident is. In de artsenpraktijk waar ik HAIO ben, wordt bij het vernieuwen van het Globaal Medisch Dossier routinematig een GMD + vragenlijst meegegeven. Een hele hoop vragenlijsten komen terug wat maakt dat de stapel steeds groter wordt. Dat wekte mijn interesse naar wat met die vragenlijsten uiteindelijk gedaan wordt.

Domus medica zet aan tot preventieve geneeskunde door elke arts te voorzien van vragenlijsten voor de patiënt en een bijhorende gezondheidsgids als leidraad voor de verwerking van de verzamelde informatie in een planning naar beleid toe. Maar hoe gaat die verwerking er in de dagdagelijkse praktijkvoering aan toe? Je kan je patiënten motiveren om aan preventieve geneeskunde te doen en die vragenlijst in te vullen maar, dan moet je als arts ook meegaan in die preventieve geneeskunde. Je moet iets doen met de antwoorden die je terugkrijgt. Vandaar dat ik, in het kader van mijn masterproef, wil inzoomen op de transfer van informatie van de beantwoorde vragenlijst naar het medisch dossier en bijkomend naar een aanpassing in beleid.

Methodologie

**Stappenplan*

Fase 1: Observatie van de huidige praktijkvoering aangaande overdracht van informatie vanuit de ingevulde vragenlijst GMD+ naar het medisch dossier.

Fase 2: Kwalitatief onderzoek: hoe gaan collega's op dit moment om met integratie van de vragenlijsten in het medisch dossier en welke knelpunten zien zij.

Fase 3: Uitwerking van enkele verbeterpunten, in samenspraak met de collega's, om integratie in het dossier en beleid op duurzame wijze te verbeteren.

Fase 4: Evaluatie: idem Fase 1, andere tijdsperiode.

**Uitwerking stappenplan*

Fase 1: De vragenlijsten die in de maand februari door de artsen in de praktijk aan de patiënten werden meegegeven en ingevuld terugkwamen, moeten eerst verzameld worden. Vervolgens wil ik het medisch dossier van iedere patiënt die een ingevulde vragenlijst afleverde, gaan analyseren. Hiervoor ga ik gebruik maken van een checklist, gebaseerd op de verwerkingsmodule voor de huisarts van Domus Medica.

Fase 2: Nadien wil ik de artsen in de praktijk gaan interviewen. Met dit interview wil ik vooreerst ontdekken hoe de artsen tegenover het GMD + staan. Vervolgens wil ik te weten komen welke manier van verwerking ze nu gebruiken en zal ik met hen de resultaten die ik daarvan in het medisch dossier terugvind, bespreken. Bijkomend wil ik de knelpunten bij deze informatieverwerking gaan analyseren met als uiteindelijke doel oplossingen te zoeken om de transfer van informatie vlotter te laten verlopen. Hoe zij de informatieverwerking idealiter zien, kan ons daar bij helpen.

Fase 3: Op basis van overleg hebben we praktijkrichtlijnen betreffende 3 items uit het GMD+; namelijk bloeddruk, cervixuitstrijkje en tetanusvaccinatie; uitgeschreven. (zie bijlage 1) Bedoeling is nu deze praktijkrichtlijnen in de dagdagelijkse preventieve praktijkvoering te hanteren en op die manier integratie in het dossier en beleid op duurzame wijze te verbeteren.

Fase 4: In de laatste fase wil ik een nieuwe retrospectieve studie doen. Bedoeling is fase 1 te herhalen, maar dan voor de periode van maart 2015. Daarbij wil ik nagaan of er iets bereikt is met de interventie die ingevoerd werd. Wat ik graag wil bereiken is dat er een positieve verandering is in het plannen van preventieve geneeskunde op basis van de GMD + vragenlijst.

Bijlage 2A Checklist fase 1

Items uit de vragenlijst	Waar kan de informatie in het EMD genoteerd zijn?	Welke informatie is er terug te vinden?	**Mogelijke acties**	Welke planning is terug te vinden?
CARDIOVASCULAIR			**CARDIOVASCULAIR**	
Bloeddruk	Centraal invoerscherm (SOEP)/parameters		Nuchtere bloedafname	
Persoonlijke voorgeschiedenis hart-en vaatziekten	Centraal invoerscherm (SOEP)/ actieve ziekten/ risicofactoren		Rookstopadvies	
Familiale voorgeschiedenis hart-en vaatziekten	Centraal invoerscherm (SOEP)/ actieve ziekten/ risicofactoren		Voedingsadvies	
Roken	Centraal invoerscherm (SOEP)/ levensgewoonten/ Risicofactoren		Bewegingsadvies	
Alcohol	Centraal invoerscherm (SOEP)/ levensgewoonten/ risicofactoren		Overlopen AUDIT-vragenlijst	

Voeding	Centraal invoerscherm (SOEP)			
Beweging	Centraal invoerscherm (SOEP)			
Diabetes/verhoogde glycemie	Centraal invoerscherm (SOEP)/ actieve ziekten/ risicofactoren			
Lengte/gewicht/BMI	Parameters			
VACCINATIES			**VACCINATIES**	
Tetanusvaccinatie	Vaccinaties		Tetanusvaccinatie	
Griepvaccinatie	Vaccinaties		Griepvaccinatie	
Pneumokokkenvaccinatie	Vaccinaties		Pneumokokkenvaccinatie	
DARMCARCINOOM			**DARMCARCINOOM**	
Persoonlijke voorgeschiedenis darmcarcinoom	Centraal invoerscherm (SOEP)/ actieve ziekten/ risicofactoren		IFob-test/coloscopie	
Familiale voorgeschiedenis darmcarcinoom	Centraal invoerscherm (SOEP)/ actieve ziekten/ risicofactoren			
GYNAECOLOGISCH			**GYNAECOLOGISCH**	
Familiale voorgeschiedenis gynaecologische kanker	Centraal invoerscherm (SOEP)/ actieve ziekten/ risicofactoren		Mammo-echografie	
Borstonderzoek	Centraal invoerscherm (SOEP)/ brieven		Cervixuitstrijkje	

Cervixonderzoek	Centraal invoerscherm (SOEP)/ brieven			

Bijlage 2B Checklist fase 4

Items uit de vragenlijst	Afspraken rond notitie in het EMD.	Welke informatie is er terug te vinden?	**Mogelijke acties**	Welke planning is terug te vinden?
CARDIOVASCULAIR			**CARDIOVASCULAIR**	
Bloeddruk	Parameters		Zelfmeting thuis	
Hypertensie	Actieve ziekten		Nuchtere bloedafname	
Persoonlijke voorgeschiedenis hart-en vaatziekten	Actieve ziekten		Rookstopadvies	
Familiale voorgeschiedenis hart-en vaatziekten	Risicofactoren		Voedingsadvies	
Roken	Risicofactoren			
Alcohol	Risicofactoren		Bewegingsadvies	
Voeding	Risicofactoren		Overlopen AUDIT-vragenlijst	
Beweging	Risicofactoren			
Hypercholesterolemie	Actieve ziekten			
Diabetes/verhoogde glycemie	Actieve ziekten			
Lengte/gewicht/BMI	Parameters			
VACCINATIES			**VACCINATIES**	
Tetanusvaccinatie	Vaccinaties			
Griepvaccinatie	Vaccinaties		Griepvaccinatie	
Pneumokokkenvaccinatie	Vaccinaties		Pneumokokkenvaccinatie	
DARMCARCINOOM			**DARMCARCINOOM**	
Persoonlijke voorgeschiedenis darmcarcinoom	Actieve ziekten		IFob-test/coloscopie	

Familiale voorgeschiedenis darmcarcinoom	Risicofactoren			
GYNAECOLOGISCH			**GYNAECOLOGISCH**	
Familiale voorgeschiedenis gynaecologische kanker	Risicofactoren		Mammo-echografie	
Borstonderzoek	Behandelingen en verrichtingen		Cervixuitstrijkje	
Cervixonderzoek	Behandelingen en verrichtingen			

Bijlage 3 Interviewgids

Te behandelen items:

1) Introductie: Algemene attitude ten opzicht van het GMD+

- Aanpak preventie door iedere arts in de praktijk (GMD+ standaard aanbieden bij vernieuwen GMD?, GMD+ onmiddellijk aanrekenen,…)
- Wat met ingevuld GMD+?

>> Wat is de motivatie met betrekking tot preventie bij de artsen? Als er weinig of geen motivatie is, zal het ook minder evident zijn een interventie door te voeren en te zien toegepast worden. Als blijkt dat er een lage motivatie is, moeten we daar rekening mee gehouden bij het bepalen van omvang en intensiteit van interventie. Het zal bijvoorbeeld veel evidenter zijn gemaakte afspraken rond het vermelden van een bloeddruk in het dossier na te leven dan rond een neerslag van de familiale voorgeschiedenis.

2) Analyse dagdagelijkse praktijkvoering preventie door iedere arts

- Wat denken de artsen over hun aanpak?
- Vinden zij dat ze goed bezig zijn?
- Wat vinden ze goed en minder goed? Belemmerende factoren?
- Hoe schatten zij de resultaten van de checklist-fase in?

>> Welk idee heerst er bij de artsen over hun manier van werken? Het is de bedoeling de verschillende artsen mee te krijgen in een verbeterproject. Als men als arts in de illusie leeft dat het allemaal goed gaat en dat er geen aanpassing nodig is, zal het moeilijker zijn om ze mee te krijgen. Als de artsen het er over eens zijn dat het beter kan, zal het ook vlotter gaan om verbeterpunten te creëren en zal iedereen sneller mee zijn met het idee zijn dat er interventie nodig is.

3) Analyse dagdagelijkse praktijkvoering aan de hand van resultaten fase 1.

- Verwacht of verrast?
- Succespunten <> verbeterpunten.
- Waarom succespunten succesvol?
- Van welke verbeterpunten kunnen we werk maken? Welke verbeterpunten zijn prioritair? Welke verbeterpunten zijn haalbaar?

>> Welke interventie zien zij zitten? Het is belangrijk iedereen mee te krijgen in het project. Het is de bedoeling te evolueren naar betere praktijkvoering. Als we ieders motivatieniveau in het achterhoofd houden en iedereen is het er over eens is dat het beter kan, dan kunnen we tot een aanpassing komen op basis van de verbeterpunten die geopperd werden en voor iedereen haalbaar zijn om te integreren.

Bijlage 4 Informatie voor de deelnemer (artsen)

Masterproef 'GMD+: informatieverwerking – van papier naar dossier.'

Als je in de literatuur op zoek gaat naar artikels rond preventie, merk je dat er frequent gedrukt wordt op het feit dat preventie belangrijk maar in de praktijk niet zo evident is. Domus medica zet aan tot preventieve geneeskunde door elke arts te voorzien van vragenlijsten voor de patiënt en een bijhorende gezondheidsgids als leidraad voor de verwerking van de verzamelde informatie in een planning naar beleid toe. Maar hoe gaat het er in de dagdagelijkse praktijkvoering aan toe?

In het kader van mijn master- na master opleiding in de huisartsgeneeskunde doe ik, Evelien De Prez, een studie naar hoe de transfer van informatie van papier naar dossier verloopt.

1. Is er in het medisch dossier van patiënten die een ingevulde GMD+ vragenlijst binnenbrachten informatie terug te vinden rond dat GMD+?

2. Wat is de mening van huisartsen rond die informatieverwerking? Wat zijn de knelpunten? Welke actie kunnen we ondernemen om die verwerking vlotter te laten verlopen?

3. Introductie van praktijkrichtlijnen met de bedoeling de registratie en opvolging van drie items uit de GMD+vragenlijst te verbeteren. Deze drie items zijn bloeddruk, cervixuitstrijkje en tetanusvaccinatie.

4. Is er in het medisch dossier van patiënten die een ingevulde GMD+vragenlijst binnenbrachten meer informatie terug te vinden in vergelijking met voor de interventie?

Deelname aan de studie gebeurt op geheel vrijwillige basis. Dit wil zeggen dat u ook kan weigeren deel te nemen aan de studie en dit zonder nadelige gevolgen. Indien u toestemt om deel te nemen aan deze studie, zal u gevraagd worden of u instemt met een analyse van de medische dossiers van de patiënten die u zag in een bepaalde tijdsperiode (maand februari) en die een ingevulde vragenlijst binnenbrachten. Bovendien zal u gevraagd worden mee te werken aan een interview waarin gepeild zal worden naar uw ideeën omtrent de huidige gang van zaken alsook betreffende mogelijke interventies om het preventieve beleid naar de toekomst toe te verbeteren. Alle gegevens, verzameld in het kader van de studie, zullen uiterst vertrouwelijk behandeld worden. Hierbij worden het medisch geheim, de internationale richtlijnen en de Belgische wetgeving, inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer en inzake rechten van de patiënt, nageleefd.

Er wordt voorzien in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel tengevolge van deelname aan de klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

Door het ondertekenen van het formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie. U kan op elk moment van de studie uw deelname beëindigen en dit zonder nadelige gevolgen.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u steeds contact opnemen met Evelien De Prez.

Met vriendelijke groeten,

Evelien De Prez

Bijlage 5 Informatie voor de deelnemer (patiënten)

Masterproef 'GMD+: informatieverwerking – van papier naar dossier.'

Beste,

U heeft de vragenlijst voor het GMD+ meegekregen en bezorgt deze terug aan uw huisarts.
In het kader van mijn opleiding tot erkend huisarts moet ik, Evelien De Prez, een thesis schrijven. Voor deze thesis had ik graag onderzocht wat er verder met deze ingevulde vragenlijsten gebeurt, nadat ze afgegeven zijn aan de arts: vb. wordt alles goed in het dossier genoteerd, wordt er een nieuwe planning voor vb. een volgend onderzoek of vaccin genoteerd, enz … .
Hiervoor dien ik zowel de vragenlijsten na te kijken als de dossiers van de patiënten die een ingevulde vragenlijst indienen hebben.Van u wordt geen enkele extra inspanning verwacht, maar omdat het hier een onderzoek betreft, dien ik wel toestemming te hebben van zowel patiënt als arts.

Deelname aan de studie gebeurt op geheel vrijwillige basis. Dit wil zeggen dat u ook kan weigeren deel te nemen aan de studie en dit zonder nadelige gevolgen. Indien u toestemt om deel te nemen aan deze studie, zal u gevraagd worden of u instemt met het inkijken van u medisch dossier. Alle gegevens, verzameld in het kader van de studie, zullen uiterst vertrouwelijk behandeld worden. Hierbij worden het medisch geheim, de internationale richtlijnen en de Belgische wetgeving, inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer en inzake rechten van de patiënt, nageleefd.

Er is geen enkel risico aan dit onderzoek gebonden, maar voor elk onderzoek dient toch een verzekering afgesloten te worden. Er wordt voorzien in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel tengevolge van deelname aan de klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

Door het ondertekenen van het formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie. U kan op elk moment van de studie uw deelname beëindigen en dit zonder nadelige gevolgen.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u steeds contact opnemen met Evelien De Prez.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Evelien De Prez

Huisarts-in-opleiding

Bijlage 6 Toestemmingsformulier inkijken medische dossiers (artsen) (zelfde toestemmingsformulier werd opgemaakt voor: inkijken medische dossiers (patiënten), deelname aan interview en deelname onderzoek)

In te vullen door de deelnemer

Ik bevestig dat ik op een correcte en voldoende duidelijke wijze geïnformeerd werd over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie op een schriftelijke én mondelinge wijze verkregen en begrepen heb. Bovendien bevestig ik dat ik de nodige tijd gekregen

heb om het document te lezen en dat al mijn vragen beantwoord werden. Ik begrijp dat persoonlijke gegevens op een anonieme manier verwerkt zullen worden.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek en het inkijken van de medische dossiers van mijn patiënten. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment van de studie mijn deelname aan dit onderzoek te kunnen beëindigen.

Naam deelnemer: ……

Datum: …… Handtekening deelnemer: ……

In te vullen door de informatieverstrekker

Ik, ondergetekende, Evelien De Prez, bevestig dat ik mondeling en schriftelijk de nodige informatie heb gegeven over deze studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden, dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen en dat de deelnemer geen nadelige gevolgen zal ondervinden van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen.
Ik bevestig dat er zal voorzien worden in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel tengevolge van deelname aan de klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

Naam informatieverstrekker: ……..

Datum: …… Handtekening informatieverstrekker:……