Het thuisdossier: Ontwerp en implementatie

Dr. Femke Delbare, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, MD, PhD
Vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg,
Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

2013-2015

Dankwoord

Bij het afwerken van deze masterproef wil ik graag mijn promotor, Prof. Dr. Dirk Avonts bedanken, voor zijn klare blik en de nieuwe inzichten die ik dankzij hem verkreeg.

Het beëindigen van deze masterproef betekent ook het naderend einde van twee jaar HAIO. Ik wil dan ook van de gelegenheid gebruik maken om mijn opleider en de collega's uit praktijk De Linde te bedanken voor hun wijze raad de voorbije 2 jaar. Ook Dr. Ann Cleeren, de STACO, verdient mijn oprechte dank voor de steun en begeleiding tijdens die 2 jaren.

Tot slot komt met het schrijven van deze masterproef ook het einde van 9 jaar studeren wel heel dichtbij. Ik wil dan ook mijn vriend, mijn ouders, zussen en broer, en mijn vriend(inn)en bedanken voor de morele steun en de welkome ontspanning de voorbije 9 jaar.

Abstract

Het thuisdossier: Ontwerp en implementatie

Dr. Delbare Femke Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts PO: Dr. Karel De Muynck

Contactgegevens: Dr. Delbare Femke – femke.delbare@ugent.be

Gerelateerde ICPC codes: – 62 Administratieve verrichting

A49.01 Ouderenzorg A28 Functiebeperking/handicap

Context Sommige patiënten worden chronisch thuis opgevolgd. Een nadeel hierbij is dat op huisbezoek vaak enige vorm van medische en algemene achtergrondinformatie ontbreekt. Een thuisdossier betekent hier een grote meerwaarde. Het functioneert als informatie-opslagplaats en kan een zijn hulp bij informatie-overdracht tussen verschillende artsen en bij het streven naar steeds meer patient empowerment.

Onderzoeksvraag Eerst wordt nagegaan aan welke voorwaarden een thuisdossier voor chronische patiënten moet voldoen om nuttig en werkbaar te zijn in de (groeps)praktijk. Na 5 maanden gebruik van dit dossier wordt nagegaan in hoeverre de implementatie succesvol geweest is en of bepaalde beïnvloedende factoren aangetoond kunnen worden. Dit zowel met betrekking tot het thuisdossier als informatiebron als het thuisdossier als hulpmiddel bij het streven naar patient empowerment.

Methode Een lege versie van het thuisdossier werd opgesteld door het advies van Domus Medica, ervaringen beschreven in vorige scripties en de meningen van de artsen uit de onderzoekspraktijk samen te leggen. Het dossier werd gedurende 5 maanden gebruikt bij 22 chronische patiënten van de 4 verschillende artsen in de onderzoekspraktijk. Na deze periode werden ze opnieuw opgehaald, samen met een vragenlijst over enerzijds patiëntenkenmerken en anderzijds het verloop van de voorbije maanden, ingevuld door de vaste arts.

Resultaten Over het algemeen werd een invullingsgraad van 60% bereikt. Opvallend was dat bepaalde onderdelen duidelijk beter ingevuld raakten dan andere. Bij 5 patiënten werd in de onderzoeksperiode een verwijsbrief geschreven. Bij elk van hen functioneerde het thuisdossier als hulpmiddel. Slechts de helft van de patiënten scoorden 'voldoende' voor hun betrokkenheid bij het eigen thuisdossier. Over beïnvloedende factoren konden moeilijk harde uitspraken gedaan worden gezien de kleine onderzoekspopulatie, enkele trends worden wel beschreven.

Conclusies Het thuisdossier is een aanrader bij de zorg voor chronische patiënten die thuis opgevolgd worden. Het opgestelde sjabloon lijkt werkbaar in de praktijk. Echter, de invullingsgraad en de betrokkenheid van de patiënten moet nog beter. Motiveren van artsen en patiënten is hierbij cruciaal. In de toekomst lijkt digitalisering van dit thuisdossier gewenst. Dit kan mogelijk gemaakt worden door het EMD digitaal mee te nemen op huisbezoek, aangevuld met de applicaties van Vitalink.

Inhoudsopgave

I Inleiding....1
1 Waarom een thuisdossier?....1
1.1 Informatiebron....1
1.2 Patient empowerment....2
2 Motivatie tot keuze van dit onderwerp....3
3 Doelstelling van de studie....4
4 Onderzoeksvraag....4
II Methode....5
1 Literatuuronderzoek....5
2 Opstelling en implementatie thuisdossier....6
2.1 Eerste stap: Opstellen van een lege versie van het thuisdossier....6
2.1.1 Domus medica....6
2.1.2 Eerder geschreven scripties....6
2.1.3 De meningen van de artsen van praktijk 'De Linde'....7
2.1.4 Conclusies....7
2.1.5 Uitwerking....8
2.2 Tweede stap: Implementatie van het thuisdossier....9
2.3 Derde stap: Evaluatie....10
III Resultaten....11
1 Informatiebron....11
1.1 In hoeverre werd de informatie correct opgeslagen?....11
1.1.1 Over het algemeen....11
1.1.2 Alle onderdelen afzonderlijk bekeken....11
1.1.3 Beïnvloedende factoren....13
1 Mantelzorger....13
2 Thuishulp....14
3 Patiëntenkenmerken....14
4 De verschillende artsen....14
1.2 In hoeverre werd de informatie effectief gebruikt?....15
1.2.1 Gebruik door de vaste arts....15
1.2.2 Gebruik door collega's en wachtartsen....15
1.2.3 Gebruik voor verwijsbrieven....16

1.3 Besluit....17
2 Patient empowerment (PE)....18
2.1 Globale beoordeling van de PE....18
2.2 Berekening van de PE....18
2.3 Beïnvloedende factoren....19
1 Thuishulp/mantelzorger....20
2 Patiëntenkenmerken....20
3 De verschillende artsen....20
2.4 Besluit....21
IV Beschouwing....22
1 Kenmerken van de onderzoekspopulatie....22
2 Moeilijkheden bij de uitvoering van het project....22
3 Suggesties naar de toekomst toe....24
3.1 Het papieren thuisdossier....24
3.2 Digitalisering van het thuisdossier....25
V Besluit en reflectie....28
1 Algemeen besluit....28
2 Persoonlijke reflectie....28
VI Literatuurlijst....30
VII Bijlagen....32
1 Overzichtstabel als leidraad bij opstellen sjabloon thuisdossier....32
2 Sjabloon van het thuisdossier....33
3 Case report: Belang van goede informatie-overdracht tussen thuissituatie en ziekenhuis/spoedopname....40
4 Vragenlijst bij het ophalen van de dossiers....41
5 Goedgekeurd protocol ethisch comité....43
VIII Tabellen....46
1 Invullingsgraad per onderdeel....46
2 Invullingsgraad per dossier....47
3 Invullingsgraad per onderdeel per arts....48
4 Invullingsgraad artsenregistraties....49
5 Gebruik van het thuisdossier....49
6 Betrokkenheid van de patiënt....50
7 Controle voor bias....51

I Inleiding

1 Waarom een thuisdossier?

1.1 Informatiebron

Bij de zorg voor patiënten is het van cruciaal belang ten allen tijde over voldoende medische informatie te beschikken. Dit is namelijk zeer belangrijk om tot goede medische besluitvorming te komen. Zowel het stockeren van informatie voor eigen gebruik als het doorgeven van informatie naar collega's is van groot belang. Een tekort aan informatie is een grote oorzaak van verlies van (soms levensbelangrijke) tijd en uitvoeren van onnodige onderzoeken. (1-2) In een veranderende organisatie van huisartsgeneeskunde, waarbij de meeste patiënten in de eerste lijn niet enkel meer gevolgd worden door één vaste huisarts, maar wel door samenwerkende artsen in een groepspraktijk, (3-5) en 's avonds en in weekends door wachtartsen, (6-7) wordt het een nog grotere uitdaging om ook binnen de eerste lijn te waken over vlotte informatie-overdracht, en zo over de continuïteit van zorg.

Het elektronisch medisch dossier (EMD) is een zeer belangrijk instrument hierbij. Het zorgt ervoor dat medische gegevens op een gestructureerde manier opgeslagen en snel teruggevonden kunnen worden. Wanneer patiënten (in een groepspraktijk) door verschillende artsen gevolgd worden, zijn deze allen op de hoogte van wat de ander diagnosticeerde, welke behandeling opgestart werd etc. Ook verslagen van specialisten kunnen op die manier snel teruggevonden worden, informatie voor verwijsbrieven is vlot voorhanden, en nog zoveel meer. (8)

Echter, sommige patiënten worden, omdat het – om diverse redenen- moeilijk haalbaar is naar de praktijk te komen, voornamelijk thuis opgevolgd. Artsen beschikken op huisbezoek vaak niet over de informatie die in het EMD is opgenomen. Een stap vooruit zou zijn dat huisartsen hun laptop meenemen en op die manier wel over het EMD beschikken. Echter, op dit moment is dit in vele huisartspraktijken (nog) niet het geval.
Het niet beschikken over geschreven informatie zou gedeeltelijk opgevangen kunnen worden door het geheugen van arts en patiënt te raadplegen. Echter, de patiëntengroep beschreven in deze scriptie slaagt er vaak niet in hun gezondheidstoestand nauwkeurig te beschrijven. Dit gezien de chronische patiënten vaak ouderen zijn, wiens geheugen het soms wat laat afweten, en de gezondheidssituatie van de chronische patiënten ook vaak vrij complex is. Multimorbiditeit en polyfarmacie maken het, zowel voor arts als voor patiënt, moeilijk om voorgeschiedenis en medicatielijst correct weer te geven. Dit gegeven maakt het in deze patiëntengroep nog belangrijker altijd te beschikken over een geschreven weergave van de medische toestand.
Naast louter medische informatie is het als huisarts ook belangrijk om bij deze patiëntengroep te beschikken

over informatie over organisatie van de thuishulp. Velen worden namelijk ondersteund door een brede waaier van thuiszorgmogelijkheden (denk aan thuisverpleegkundigen, zorgkundigen, vrijwilligers…). Dankzij deze hulp is het vaak langduriger mogelijk om comfortabel thuis te kunnen verblijven. Dit is belangrijk want de meest aangewezen plek om iemand te verzorgen is nog steeds thuis. (9) De huisarts is een goed geplaatst figuur als centrale coördinator van deze thuiszorg. (2) Echter, de vele verschillende soorten mogelijke hulp maken het moeilijk om voor elke patiënt te kunnen onthouden van welke diensten gebruik gemaakt wordt en wie de aanspreekpunten zijn. Ook deze informatie dient bijgehouden te worden in het EMD én beschikbaar te zijn op huisbezoek.

Een mogelijke oplossing voor het niet ter beschikking hebben van het EMD op huisbezoek kan gevonden worden in het thuisdossier: Een papieren dossier dat bewaard wordt bij de patiënt thuis, met daarin de meest cruciale informatie over die bepaalde patiënt, zowel betreffende de medische toestand als betreffende de organisatie van de thuishulp. Dit dossier kan, mits toestemming van de patiënt, geraadpleegd worden door de vaste huisarts(en), de collega-artsen en de wachtartsen. Hierdoor beschikken zij allen steeds over de nodige informatie over deze patiënt om tot de goede medische beslissing te komen, en allen samen te waken over continuïteit van zorg. (10)

1.2 Patient empowerment

Naast het louter verschaffen van informatie aan artsen, kan het thuisdossier eveneens een waardevol instrument zijn binnenin de huidige evolutie van de organisatie van onze gezondheidszorg van arts-georiënteerde naar steeds meer patiënt-georiënteerde zorg.

Onze maatschappij verandert. Meer dan vroeger hebben individuen de wens om een actieve rol te spelen in het bepalen hoe hun leven ingevuld wordt. Ons gezondheidszorgsysteem is echter opgesteld vanuit het perspectief van artsen en andere gezondheidswerkers. Op heden wordt nagedacht over manieren om dit systeem te reorganiseren naar een situatie waarin arts en patiënt partners zijn die samen streven naar het halen van de gezondheidsdoelstellingen van de patiënt. (11)
Toegespitst op de onderzoekspopulatie van deze scriptie, is het “chronic care model” (CCM) een passend voorbeeld van hoe ons gezondheidszorgsysteem gereorganiseerd zou kunnen worden. Dit model ontstond omdat gezien werd dat het huidige systeem enerzijds teveel arts-gerelateerd is, en anderzijds ook teveel gericht is op acute situaties en niet op de zorg voor chronisch zieken. Het CCM wordt hier niet verder toegelicht. Wat voor deze scriptie belangrijk is uit het model te onthouden is dat het belang van het streven naar goed geïnformeerde patiënten die actief deelnemen aan de eigen gezondheidszorg onderstreept wordt. Inspraak van de patiënt en productieve interactie tussen het team van hulpverleners en de patiënt is volgens het CCM van cruciaal belang om tot betere resultaten te komen. (12)
In hoeverre ons gezondheidszorgsysteem gereorganiseerd moet worden, hoe dat dan praktisch in zijn werk

moet gaan en de rol van het chronic care model hierbij staan buiten het domein van deze scriptie. Feit is dat in onze veranderende maatschappij duidelijk meer ruimte moet zijn voor inspraak en verantwoordelijkheid van de patiënt. De focus moet meer op patiënt-georiënteerde zorg komen te liggen.
Het geven van meer kennis en verantwoordelijkheid aan patiënten over hun eigen gezondheidszorg heet patient empowerment. In de literatuur is aangetoond dat meer kennis over de eigen gezondheidstoestand ervoor zorgt dat mensen beter in staat zijn weloverwogen beslissingen te nemen, en ook meer geneigd zijn een actievere rol te spelen in de zorg voor hun ziekte. Zo slagen patiënten er beter in hun gezondheidsdoelen te halen. (13)

Door middel van het thuisdossier hebben patiënten laagdrempelig toegang tot informatie betreffende hun eigen gezondheidssituatie. Het ter beschikking stellen van medische informatie is reeds een eerste stap in patient empowerment. Daarnaast maakt het thuisdossier het ook mogelijk om patiënten een actievere rol te laten spelen in de zorg voor hun gezondheid. Ze worden verantwoordelijk gesteld voor bepaalde onderdelen van het dossier, kunnen zelf gegevens aanvullen, of suggesties doen tot verbetering. Belangrijk is dan wel dat patiënten aangespoord worden het dossier zelf te raadplegen en te beheren.
De algemene term voor een weergave van de medische toestand, toegankelijk voor en beheerd door de patiënt zelf, is een 'personal health record' (PHR). (1-2,14) Uitgebreidere informatie hierover volgt in de discussie.

2 Motivatie tot keuze van dit onderwerp

Ik heb gekozen een scriptie te schrijven over dit onderwerp omdat de nood aan een thuisdossier mij reeds zeer snel duidelijk werd, reeds tijdens de eerste weken dat ik actief was als HAIO. De praktijk waarin ik werk als HAIO is groepspraktijk 'De Linde', in Sint-Andries, Brugge. Dit is een praktijk bestaande uit 3 vaste artsen en een HAIO. Patiënten worden zo veel mogelijk aangespoord om indien mogelijk naar de praktijk te komen. Echter, huisbezoeken vormen eveneens een zeer belangrijk onderdeel van het werk. Dit gaat enerzijds om acuut zieke patiënten, maar anderzijds ook – voor een groot deel - om zorg voor chronische patiënten, die enkel thuis opgevolgd worden. Veel van deze patiënten worden voornamelijk door 1 van de artsen opgevolgd, en slechts af en toe, bvb. in verlofperiodes, door één van de anderen. Sommigen worden beurtelings opgevolgd door 1 van de artsen en de HAIO. Bij deze patiënten is vaak geen of slechts zeer beperkte (medische) informatie beschikbaar op huisbezoek. Vaak zijn deze mensen ook niet of slechts deels op de hoogte van hun eigen medische situatie. Eén van de artsen lost dit probleem op door een laptop met daarop het EMD mee te nemen op huisbezoek. Echter, om praktische redenen doen de overige 3 artsen (waaronder ikzelf) dit (nog) niet. Hieruit volgt dat ik vaak frustraties ondervond omdat ik over onvoldoende informatie beschikte om optimale zorg te kunnen verlenen. Ditzelfde geldt voor de collega's, zeker wanneer het een huisbezoek betreft bij een patiënt die zij minder goed kennen, doordat die voornamelijk door een collega opgevolgd wordt. Vandaar mijn interesse tot het implementeren van een thuisdossier bij deze

patiëntengroep, zodat informatie op een vrij laagdrempelige manier beschikbaar wordt op huisbezoek.
Mijn motivatie om een scriptie te maken over dit onderwerp was dus voornamelijk het praktische nut ervan als arts. Eens ik het concept verder uitwerkte, groeide mijn interesse om het dossier als hulpmiddel te gebruiken om de patiënt meer in zijn eigen zorg te betrekken.

3 Doelstelling van de studie

Het doel van deze scriptie is het opstellen van een sjabloon voor een thuisdossier, zodat dit dossier alle nodige informatie bevat om kwalitatieve zorg te kunnen verlenen, en het werkbaar is in de praktijk. Na implementatie van dit dossier zal nagegaan worden in hoeverre dit succesvol geweest is, of er beïnvloedende factoren geïdentificeerd kunnen worden en of er eventueel aanpassingen nodig zijn in de toekomst.

De bedoeling is dat dit thuisdossier op verschillende vlakken een meerwaarde betekent. In de eerste plaats zal het dossier, zoals hierboven uitgelegd, zorgen voor een betere informatie-opslag. Zo zullen de betrokken artsen ten allen tijd over de nodige informatie te beschikken om tot goede medische besluitvorming te komen, en dus betere zorg kunnen verlenen. Daarnaast is het ook de bedoeling dat het dossier zal zorgen voor een betere informatie-overdracht, bijvoorbeeld bij het verwijzen van patiënten naar het ziekenhuis. Uit het thuisdossier kunnen immers gegevens gebruikt worden in de verwijsbrief van de huisarts naar de specialist. Tot slot is het thuisdossier ook een stap in de richting naar meer patient empowerment. De patiënt heeft immers zeer laagdrempelig toegang tot zijn eigen gezondheidsgegevens en wordt aangespoord actief deel te nemen aan de eigen zorg.

4 Onderzoeksvraag

1/ Aan welke voorwaarden moet een thuisdossier voor chronische patiënten voldoen om nuttig en werkbaar te zijn in de (groeps)praktijk?

2/ In hoeverre is de implementatie van dit thuisdossier succesvol geweest en konden bepaalde factoren aangetoond worden die hierop een positief of negatief effect hadden?

> Patiëntengroep: Meerderjarige patiënten van wie de huisarts oordeelt dat het nodig is om minimaal 1x per 6 weken op huisbezoek te komen.

II Methode

1 Literatuuronderzoek

Vooraleer een sjabloon voor het thuisdossier opgesteld kon worden, werd literatuurstudie verricht. Dit om ten eerste meer achtergrondinformatie te vergaren over het nut van een thuisdossier (zie boven) en ten tweede om tot een wetenschappelijk onderbouwde versie van een sjabloon te komen. Na de implementatie van het opgestelde thuisdossier, werd aanvullend literatuuronderzoek verricht om bevindingen neergeschreven bij de discussie te toetsen aan de bestaande literatuur.

De literatuur werd onderzocht via verschillende wegen. Als eerste informatiebron werden bestaande richtlijnen bekeken. Zo werden via de website van domus medica 6 nuttige referenties weerhouden. (1,3,8,10,15-16) In de RIZIV richtlijnen kon geen extra bruikbare informatie gevonden worden, idem op de website van NHG. Wel werd op de NHG website een link gevonden naar www.nivel.nl. Dit is de website van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Op deze website werd wel een interessante referentie gevonden. (5)

Naast bestaande richtlijnen zijn ook eerder geschreven scripties over gerelateerde onderwerpen zeer interessante informatiebronnen. Om deze terug te vinden werd via de databank van het ICHO gezocht. Er werden 7 gerelateerde eerder geschreven scripties gevonden, en een link naar 1 doctoraat. Van deze werden 5 scripties gebruikt om de inhoud van het sjabloon vorm te geven. (17-21) De 2 anderen en het doctoraat waren nuttig als achtergrondinformatie. (4,6-7)

Gezien deze scripties over zeer gerelateerde onderwerpen handelen, werd ook in de door hen gebruikte referenties gezocht naar interessante informatie. Op deze manier werden 2 bijkomende referenties weerhouden. (14,22)

Vervolgens werd op EBM practice net gezocht naar verdere informatie. Er werd nog een interessante referentie gevonden met de zoekterm “zorg voor ouderen”. (9)

Bepaalde websites over de (organisatie van) gezondheidszorg in Vlaanderen/België werden geraadpleegd. (23-26)

Ook via de website van het WHO werd naar extra bronnen gezocht. Met de zoektermen “primary care” AND “continuity of care” werd een interessant hoofdstuk uit het world health report 2008 gevonden. (2)

Tot slot werd ook via pubmed gezocht naar nog extra informatie. De zoektermen “patient-centered care model” (11), “patient empowerment” (13), “chronic care model” AND “Wagner” (12), “Medical record” AND “privacy” (27) en “Personal health record” – enkel reviews (28) waren succesvol.

2 Opstelling en implementatie thuisdossier

De uitvoering van het onderzoek gebeurde in drie stappen. Allereerst moest een sjabloon uitgewerkt worden voor het thuisdossier. Daarna werd dit geïmplementeerd bij de onderzoekspopulatie. Als laatste stap, na enkele maanden gebruik van het dossier, werden de dossiers weer opgehaald om te achterhalen in hoeverre de implementatie succesvol geweest is en of er beïnvloedende factoren gevonden kunnen worden.

2.1 Eerste stap: Opstellen van een lege versie van het thuisdossier

Om te beslissen welke elementen opgenomen dienden te worden in het thuisdossier werd literatuurstudie verricht. Ten eerste werden de aanbevelingen van Domus Medica in acht genomen. Daarnaast werden verschillende vroegere scripties over dit onderwerp gevonden, waaruit eveneens aanbevelingen en suggesties weerhouden werden. Tot slot werd ook de mening van de artsen in de praktijk nagevraagd. Dit omdat deze scriptie onder meer bedoeld is om tot een verbetering van de zorg te komen in huisartsenpraktijk 'De Linde'. Het is dan ook belangrijk dat de artsen van de praktijk hun mening kwijt kunnen inzake dit dossier.

2.1.1 Domus medica

Een echte richtlijn omtrent wat opgenomen dient te worden in een thuisdossier werd niet gevonden. Wel vermeldt Domus Medica op hun website een beknopte aanbeveling. Dit onder het artikel 'thuiszorg vanuit huisartsenperspectief'. Volgens deze bron is het nuttig volgende zaken te vermelden in het dossier: Actieve ziekten, relevante antecedenten, allergieën/ intoleranties, medicatielijst, informatie over het zorgteam en contactpersonen, eventuele wilsbeschikking en/of afspraken in verband met zorg en tot slot informatie over zelfredzaamheid en ADL. (10)

2.1.2 Eerder geschreven scripties

Er werden vijf eerder geschreven scripties gevonden die handelen over het onderwerp 'thuisdossier'. (17-21) Er werd nagegaan welke elementen vervat werden in deze dossiers en wat de suggesties tot verbetering waren. Een overzicht van wat opgenomen werd in hun dossiers werd overzichtelijk geordend in een tabel (bijlage 1). Hoe hieruit besloten werd wat dan opgenomen werd in het definitieve thuisdossier wordt verder besproken.

Nog interessanter dan welke elementen opgenomen werden in deze dossiers, waren de suggesties tot verbetering na afloop van deze studies.

Uit het onderzoek van Tine Verbeeck (17) bleek dat er problemen waren bij het medicatieluik. Veranderingen aanbrengen aan de medicatie werd al snel onoverzichtelijk. Een suggestie in deze scriptie is een apart luik te voorzien voor enerzijds chronische en anderzijds veranderende medicatie. Deze suggestie werd in acht genomen in deze scriptie.

In de scripties van Veronique Adriaansen (18) en Anne-Aurélie Uyttersprot (19) werd het dossier naast door artsen ook door verpleegkundigen en andere hulpverleners geraadpleegd. Echter, beiden ondervonden problemen om deze andere hulpverleners te motiveren tot gebruik van dit dossier. Gezien deze eerdere ervaring, gecombineerd met het feit dat het hoofddoel van het thuisdossier een goed overzicht te hebben over medische informatie is, werd beslist dit onderdeel niet op te nemen in het thuisdossier. Wat echter niet wil zeggen dat communicatie met andere hulpverleners van ondergeschikt belang is. Hiervoor zijn echter reeds andere kanalen beschikbaar: de meeste paramedici werken met eigen communicatieschriftjes bij de patiënt thuis. Er wordt dan ook besloten om communicatie met paramedici te laten verlopen via deze bestaande kanalen. Het thuisdossier zal enkel gebruikt worden voor opslag van informatie bestemd voor arts en patiënt (en evt. paramedici mits toestemming van de patiënt) en niet als communicatiemiddel met paramedici.
De scriptie van Lies Plancke (20) handelt over het nut van een thuisdossier volgens wachtartsen. Er werden 50 wachtartsen ondervraagd over wat volgens hen aanwezig zou moeten zijn in een thuisdossier. De resultaten van dit onderzoek werden zo opgenomen in de scriptie door in de tabel op te nemen wat door meer dan de helft van de ondervraagde artsen als noodzakelijk beschouwd werd.

2.1.3 De meningen van de artsen van praktijk 'De Linde'

Op basis van wat gevonden werd in de literatuur (Domus medica + eerder geschreven scripties) werd een tabel (bijlage 1) opgemaakt met daarin alle elementen die mogelijks opgenomen kunnen worden in het thuisdossier. Deze tabel werd voorgelegd aan de artsen van de praktijk. Zij duidden aan welke elementen volgens hen nuttig zijn om op te nemen in het thuisdossier. Er was ook de mogelijkheid voor hen om nog nieuwe elementen aan te brengen. Dit gebeurde echter niet.

2.1.4 Conclusies

Met behulp van deze overzichtstabel konden conclusies getrokken worden over wat precies opgenomen zou worden in het thuisdossier.

1e besluit: Wat aanbevolen wordt door Domus Medica, komt grotendeels overeen met wat alle artsen uit de praktijk zouden willen opnemen in het dossier (vet en onderlijnd in de tabel). Ook in de eerdere scripties komen deze punten bijna steeds voor, en worden ze nuttig geacht na afloop van de studie. Deze aspecten worden als eerste geïntegreerd in het thuisdossier.

2e besluit: Sommige aspecten worden niet aangeraden door Domus Medica, worden niet specifiek gevraagd door de artsen van de praktijk en zijn in minder dan de helft van de vorige scripties opgenomen. Ook bij de suggesties in deze scripties wordt niet specifiek op het nut ervan gewezen. Omdat het een bewuste keuze is het dossier zo beknopt en overzichtelijk mogelijk te houden, worden deze elementen weggelaten (cursief in de tabel).

3e besluit: Van sommige elementen was het moeilijker te beslissen of ze al dan niet in het dossier opgenomen dienden te worden (in vet in de tabel – vet en cursief wanneer het toch niet opgenomen werd):

- Zelfredzaamheid: Dit werd niet specifiek gevraagd door de artsen van de praktijk, en ook in de vorige scripties werd geen nut ervan gesuggereerd. Maar, dit werd wel aanbevolen door Domus Medica. Er werd dan ook beslist deze aanbeveling niet links te laten liggen en dit element op te nemen in het thuisdossier. Praktisch wordt beslist om zelfredzaamheid op te splitsen in fysieke en mentale zelfredzaamheid. De KATZ schaal wordt opgenomen in het dossier, aangevuld met de informatie of iemand al dan niet wilsbekwaam is. Indien niet worden bij het administratieve luik de gegevens van vertegenwoordiger en vertrouwenspersoon opgenomen.
- Vaccinatiestatus: Dit wordt niet specifiek aanbevolen door Domus Medica, wordt nuttig geacht door 2 van de 5 vorige scripties en specifiek gevraagd door 3 van de 4 artsen. De behoefte om dit in het dossier op te nemen is dus minder overtuigend dan van de bovenstaande, maar toch te groot om zomaar te negeren. Ook hier wordt beslist dit op te nemen in het thuisdossier.
- Communicatie tussen verschillende hulpverleners: De artsen van de praktijk vinden dit een nuttige functie van het thuisdossier, maar dit wordt niet specifiek aanbevolen door Domus Medica. Het werd opgenomen in 2 van de 5 vorige scripties. Allebei die scripties vermelden, zoals eerder beschreven, problemen bij dit luik. Er wordt dan ook beslist dit onderdeel niet op te nemen in het thuisdossier.
- Registratie van de artsencontacten: Dit werd in vorige scripties bijna steeds opgenomen, doch niet door Domus Medica aanbevolen en slechts door 2 van de artsen van de praktijk uitdrukkelijk gevraagd. Echter, gezien het dossier een werkinstrument blijft, waarvan het de bedoeling is dat de meest recente medische gegevens weergegeven worden, wordt beslist dat ruimte voorzien wordt voor notities van artsen. Ook dit onderdeel zal dus worden opgenomen in het dossier.

2.1.5 Uitwerking

De bovenstaande elementen werden vervolgens in een overzichtelijk thuisdossier gegoten. Er werd beslist voor 6 verschillende pagina's te gaan, waarbij niet al te veel informatie op 1 pagina komt. Wanneer veranderingen dienen te gebeuren in 1 luik, moet hiervoor namelijk voldoende plaats zijn, zodat het geheel overzichtelijk blijft. Als in een luik zoals bv. medicatie grote veranderingen gebeuren, kan hiervoor een nieuw blad voorzien worden zonder andere luiken zoals bv. de voorgeschiedenis te moeten herschrijven.

De eerste pagina is een administratief luik, de tweede de medische voorgeschiedenis en actieve ziekten. De derde pagina is een medicatielijst, waarbij de opsplitsing gemaakt wordt tussen chronische en veranderende medicatie, met ruimte voor concrete wijze van toediening en start- en stopdatum. Ook informatie over

vaccinaties wordt op deze pagina voorzien. De vierde pagina is een weergave van de KATZ schaal, op de vijfde kunnen wensen met betrekking tot het levenseinde neergeschreven worden, en de zesde tot slot is een ruimte voor nota's van artsen.

Het uiteindelijk uitgewerkte sjabloon van het thuisdossier wordt getoond in bijlage. (bijlage 2)

De bedoeling is dat de verschillende pagina's in verschillende kopieën aanwezig zijn in het dossier. Op die manier kan het dossier van bijkomend nut hebben dat wanneer een verwijsbrief geschreven dient te worden op huisbezoek, deze info makkelijk meegegeven kan worden met de patiënt naar het ziekenhuis. Communicatie vanuit de thuissituatie naar het ziekenhuis is immers een zeer belangrijk punt, en gezien het door tijdsgebrek en andere praktische redenen soms moeilijk is een optimale verwijsbrief te schrijven vanuit de thuissituatie, zou het thuisdossier op die manier ook op dit vlak een hulp kunnen bieden. Een casus als voorbeeld van het grote belang van goede communicatie tussen thuissituatie en ziekenhuisopname wordt beschreven in bijlage (bijlage 3).
Aan de patiënten wordt dan ook gevraagd bij implementatie van dit dossier kopieën te maken van de afzonderlijke bladen. Er wordt gekozen om de 6 pagina's in mapjes te bewaren in een bestekmapje, zodat de kopieën achter de oorspronkelijke bladen in hetzelfde mapje bewaard kunnen worden. Zo blijft het dossier overzichtelijk.
Om een stap in de richting te zetten van meer verantwoordelijkheid en betrokkenheid bij de eigen gezondheidszorg, in het kader van steeds meer patient empowerment, wordt aan de patiënt zelf, of diens mantelzorger, gevraagd om een deel van dit dossier in te vullen en te zorgen voor de kopieën. Een onderdeel van dit onderzoek is dan ook nagaan in hoeverre dit gelukt is.

2.2 Tweede stap: Implementatie van het thuisdossier

Alle meerderjarige patiënten van wie de huisarts oordeelt dat het nodig is om minimaal 1 maal per 6 weken op huisbezoek te komen, komen in aanmerking om deel te nemen aan deze studie. Meer in- en exclusiecriteria werden niet gehanteerd, daar het de bedoeling is een wijde range aan patiënten te bereiken.

Wanneer de artsen van de praktijk op huisbezoek komen bij een patiënt(e) die tot deze groep behoort, wordt aan deze patiënten informatie gegeven over het onderzoek en wordt hun toestemming gevraagd tot deelname. Gezien het om voornamelijk oudere patiënten gaat is een deel van de patiëntenpopulatie (beginnend) dementerend. Exclusie van deze patiënten lijkt niet aangewezen gezien ook dit een belangrijke doelgroep is. Wel dient bijzondere aandacht gegeven te worden aan de zorg voor de privacy van deze patiënten. Toestemming wordt bij hen dan ook gevraagd aan de partner of het meest aanverwante familielid.

Wanneer de patiënten akkoord gaan met deelname aan de studie, wordt afgesproken dat het strikt medische

luik (voorgeschiedenis, actieve ziekten) in orde gebracht wordt door de behandelende arts, en het administratieve deel door de patiënt of diens mantelzorger. Voor de onderdelen medicatie en KATZ schaal wordt steeds afhankelijk van de patiënt beslist wie zorgt voor het invullen ervan. De bedoeling is dat patiënten aangemoedigd worden om dit zelf, of met hulp van een mantelzorger, in orde te brengen. Belangrijk is wel dat wanneer patiënten de invulling voor eigen rekening nemen, de arts controleert of het invullen op een correcte manier gebeurde. Het luik 'wensen m.b.t. levenseinde' is een hulpmiddel om het gesprek tussen arts en patiënt hierover aan te gaan en spoort de patiënt aan hierover na te denken. Het is uiteindelijk de patiënt of diens mantelzorger die zorgt voor de concrete invulling van dit luik.

In de maanden dat het onderzoek loopt registreren de artsen die op huisbezoek komen steeds hun contact op de laatste pagina. Ook is het de bedoeling dat wanneer een verwijsbrief geschreven dient te worden, de kopieën die voorzien zijn in het dossier gebruikt worden. Wanneer patiënten weigeren om deel te nemen aan het onderzoek wordt ook dit geregistreerd, samen met de reden waarom. Ook dit kan namelijk interessante informatie opleveren.

2.3 Derde stap: Evaluatie

Na enkele maanden gebruik werden de 22 geïmplementeerde dossiers opnieuw verzameld. Bij elk dossier hoort ook een beknopte vragenlijst voor de vaste arts i.v.m. enerzijds enkele patiëntenkenmerken en anderzijds het gebruik van dit dossier de voorbije maanden. (bijlage 4) Het doel is niét navragen of de artsen het nuttig vonden om een thuisdossier te gebruiken, het nut van een thuisdossier is immers reeds aangetoond in vorige onderzoeken. Het doel is wél nagaan of deze vorm van thuisdossier werkbaar is in de praktijk, of er bepaalde beïnvloedende factoren aangeduid kunnen worden en of er eventueel aanpassingen aan het dossier nodig zijn.

De verschillende dossiers en bijhorende vragenlijsten werden bestudeerd. Werden de dossiers volledig ingevuld? Wie zorgde voor de invulling? Werd het dossier ook gebruikt door de wachtarts en/of voor het maken van verwijsbrieven? … Er werden eveneens verklaringen gezocht voor onderlinge verschillen, dit door middel van de bijhorende vragenlijst. De precieze observaties worden hieronder beschreven.

Op basis van deze observaties en de gevonden verbanden worden op het eind van deze scriptie enkele suggesties voor de toekomst meegegeven.

III Resultaten

1 Informatiebron

Het eerste doel van het thuisdossier is het verschaffen van cruciale informatie aan de behandelende arts(en). Een eerste stap in het evalueren van de implementatie van de dossiers is nagaan in hoeverre de informatie aanwezig is in de dossiers. Hieronder wordt beschreven in hoeverre de dossiers volledig ingevuld werden en of er bepaalde factoren geïdentificeerd kunnen worden die hier een invloed op hebben gehad. Hierna is het nodig na te gaan of de aanwezige informatie ook effectief gebruikt wordt. Het gebruik van de dossiers door zowel de vaste arts, de collega's van de praktijk en de wachtartsen wordt beschreven. Eveneens wordt aandacht geschonken aan het gebruik van het dossier voor het opstellen van verwijsbrieven: informatieverlening aan de collega-specialist.

1.1 In hoeverre werd de informatie correct opgeslagen?

1.1.1 Over het algemeen

Om een algemeen beeld te schetsen van de invullingsgraad van de dossiers, werd aan elk dossier afzonderlijk een percentage toegekend. Het gemiddelde percentage van de 22 geïmplementeerde dossiers is 60%. Dit wil zeggen dat bij het gemiddelde dossier 60% van de gegevens ingevuld werden. Dit percentage werd bekomen door elk onderdeel van elk dossier score 0, ½ of 1 toe te kennen, naargelang de gegevens niet, deels of volledig ingevuld werden. (Tabel 1 en 2)

Het is belangrijk op te merken dat het streefdoel niet 100% is. In een periode van 5 maand hebben bijvoorbeeld niet alle patiënten veranderende medicatie nodig. Bij deze mensen dient in dit luik dan ook niets neergeschreven te worden. Toch kan een percentage van 60% duidelijk nog beter. Interessant bij het interpreteren van dit cijfer is per onderdeel gaan bekijken hoe goed het invullen gelukt is. Ook zijn er misschien bepaalde beïnvloedende factoren te identificeren?

1.1.2 Alle onderdelen afzonderlijk bekeken

Het invullen van het administratieve luik kan duidelijk nog beter. In 50% van de gevallen werd dit volledig ingevuld, bij de andere 50% slechts deels. Wat vaak ontbrak was het aanduiden dat iets niét aanwezig is. Velen hebben geen thuisverpleegkundige of verzorgende, en vulden dan ook niets in op de voorziene plaats. Maar, zo is het niet duidelijk of er geen is, óf het niet ingevuld is. Bij 3 van de 11 onvolledig ingevulde dossiers was het enkel deze informatie die ontbrak. Een mogelijk verbetering naar de toekomst kan zijn om

eerst aan te duiden of dit al dan niet aanwezig is, en zo ja de gegevens neer te schrijven. Bij 8 dossiers ontbrak effectief belangrijke informatie zoals gegevens over mantelzorgers. In geval van nood is het nochtans zeer belangrijk over hun gegevens te beschikken. Dit cijfer moet dus in de toekomst naar omhoog! Het belang hiervan benadrukken tegenover arts en patiënt is hierbij cruciaal.

Het tweede onderdeel 'allergieën en intoleranties' werd slechts bij 2 van de 22 dossiers ingevuld. Dit is een zeer slecht resultaat. De verklaring is wellicht grotendeels analoog als die van het administratieve luik. Wanneer geen allergieën of intoleranties zijn, werd nu niets ingevuld, terwijl aangegeven zou moeten worden dat er geen zijn. De suggestie naar de toekomst toe is hier dus dezelfde als bij het eerste luik.

Opmerkelijk is dat de luiken voorgeschiedenis en chronische medicatie zeer goed ingevuld werden. In 95% van de dossiers werden deze onderdelen volledig ingevuld. Het dossier waarbij de voorgeschiedenis ontbrak, betrof een dossier waarbij deze pagina was meegegeven naar het ziekenhuis en niet meer terugkwam. Het dossier waarbij de chronische medicatielijst ontbrak, betrof een dossier dat in het algemeen zeer slecht ingevuld was, mede ook de medicatielijst. Een verklaring voor het opvallend goed ingevuld zijn van deze onderdelen kan liggen in het feit dat de artsen deze onderdelen reeds in de praktijk invulden, met behulp van het EMD, nog voor het dossier mee te nemen naar de patiënt thuis. De onderdelen waren dus in de meeste gevallen reeds ingevuld nog voor het thuisdossier effectief opgestart was.

Het luik 'actieve ziekten' werd in 59% van de gevallen volledig ingevuld. Bij 9% deels (benamingen als 'versleten knie' en 'prostaat') en bij 32% niet. In 2 van de 7 gevallen waarbij geen actieve ziekten ingevuld waren, was er inderdaad geen sprake van een actieve ziekte bij deze patiënt. In deze dossiers ontbrak dus eigenlijk geen informatie. Bij nog eens 4 dossiers werden de actieve ziekten eigenlijk weergegeven bij de voorgeschiedenis. Nochtans, het is duidelijker om actieve ziekten als hartfalen, diabetes, invaliderende artrose etc. apart weer te geven. Belangrijk naar de toekomst toe is het verschil tussen voorgeschiedenis en actieve ziekten benadrukken naar de artsen toe.

Het onderdeel veranderende medicatie werd in 41% van de dossiers ingevuld. Belangrijk is op te merken dat het hier om een testperiode van 5 maanden ging. Niet iedereen moet, gelukkig, in deze periode veranderende medicatie als bijvoorbeeld pijnstilling of antibiotica innemen. Een percentage van 41% is dus een goed resultaat hierbij.

De vaccinaties werden bij 82% ingevuld. Dit is niet slecht, maar er moet opgemerkt worden dat slechts in 1 dossier het luik volledig ingevuld werd: slechts in 1 dossier werden gegevens m.b.t. de tetanusvaccinatie ingevuld. Bij de anderen waren enkel griepvaccins en evt. pneumococcenvaccins ingevuld. Het zou nochtans niet slecht zijn als artsen op deze manier aangespoord worden te waken over het tetanusvaccin in deze populatie. Immers, de hoge gezondheidsraad geeft het advies om levenslang elke 10 jaar te vaccineren voor

tetanus en difterie. (23) Dit kan dus duidelijk beter!

Bij 68% van de dossiers werd de KATZ-schaal ingevuld. Hierbij werd een groot verschil tussen de individuele artsen opgemerkt. Eén van hen vulde namelijk nooit zelf de KATZ-schaal in, wat het gemiddelde fel naar beneden trekt. Later in de scriptie wordt verder ingegaan op de verschillen tussen de artsen. Dit grote verschil is een bewijs van het feit dat de motivatie van de arts m.b.t. het invullen van de verschillende onderdelen van het thuisdossier van cruciaal belang is.

Vijf mensen vulden het luik 'wensen m.b.t. levenseinde' in. Zeventien deden dit niet. Het is moeilijk te beoordelen of dit een goed of een slecht cijfer is. Belangrijker dan louter dit percentage is dat dit luik arts en patiënt aanspoort hierover na te denken en te praten. Sommigen wensen hier (voorlopig) niet verder op in te gaan en dat is dan ook hun keuze, belangrijk is dat het dossier een hulpmiddel is om het onderwerp 'levenseinde' bespreekbaar te maken. Belangrijk is ook dat wanneer wél iets ingevuld wordt, hierover dan gesproken wordt. De arts die een boodschap van een patiënt (vb: “ik wens geen pijn te lijden”) leest, moet een gesprek aangaan en de mogelijkheid van een negatieve wilsbeschikking bespreken.

Het laatste onderdeel van het dossier, namelijk het registratieformulier voor artsen, werd zeer goed bijgehouden. Bij 17 van de 22 dossiers werd het doel behaald van minimaal drie maal een geregistreerd artsencontact. Bij de overige 5 dossiers werd twee maal een registratie neergeschreven. (Tabel 1 en 2)

1.1.3 Beïnvloedende factoren

Het is interessant even na te gaan of er bepaalde factoren zijn die een invloed hebben op de de mate waarin de dossiers ingevuld werden. Zo wordt bekeken of mantelzorgers of zorgkundigen een rol hadden bij het invullen van het thuisdossier. Ook zijn er misschien verschillen op te merken tussen de verschillende artsen, en zijn er bepaalde beïnvloedende patiëntenkenmerken te identificeren.

1 Mantelzorger

Bij 7 van de 22 patiënten is een mantelzorger inwonend. Twee van hen hadden effectief een functie bij het invullen van het dossier. Bij 16 patiënten is er een nauw betrokken buitenshuis wonende mantelzorger, van wie eveneens 2 betrokken waren bij het invullen. Belangrijk hierbij is op te merken dat het aanspreken van deze mantelzorger belangrijk is. Er werden 6 van de 16 mantelzorgers aangesproken. De 2 die een functie hadden bij het invullen van het dossier kwamen beiden uit de groep van aangesproken mantelzorgers. Sommige patiënten werden dus wel geholpen door de mantelzorger bij het invullen van het dossier, wat logischerwijze zou moeten resulteren in een hoger percentage ingevulde dossiers in deze patiëntengroep. Echter, de percentages kunnen geen verschil aantonen. Dit wellicht omdat het absoluut aantal patiënten in de verschillende groepen (geen mantelzorger, inwonende mantelzorger, buitenshuis wonende mantelzorger al

dan niet aangesproken) veel te klein is om conclusies uit te kunnen trekken op basis van percentages. Belangrijk is te onthouden dat mantelzorgers wel degelijk hulp kunnen bieden en dus gemotiveerd dienen te worden. (Tabel 2)

2 Thuishulp

Bij 11 patiënten komt er thuishulp, opnieuw 2 patiënten werden door hen geholpen bij het invullen. Ook hierbij lijkt het aanspreken van de thuishulp doeltreffend. Dit gebeurde slechts bij 1 patiënt. Bij deze werd het administratief luik en de KATZ-schaal volledig ingevuld door de zorgkundige. Bij de 10 overigen had de thuishulp slechts bij 1 patiënte een rol in het invullen van het dossier, namelijk het invullen van het administratief luik, ditmaal onvolledig. Belangrijk is wel op te merken dat het eigenlijk niet echt de bedoeling is om de hulp van zorgkundigen in te roepen bij het invullen van het thuisdossier. De voorkeur gaat uit naar de patiënt zelf of diens mantelzorgers. Als dit echter geen optie is kan het werk voor de arts wel wat verlicht worden door de thuishulp in te schakelen, mits toestemming van de patiënt. (Tabel 2)

3 Patiëntenkenmerken

Wanneer de patiënten in groepen verdeeld worden op basis van cognitie geldt hoe zwakker de cognitie, hoe beter de invulling van het dossier. Dit zou kunnen verklaard worden doordat zij wellicht het meest geholpen worden door anderen. Wanneer we – zoals verder in de scriptie beschreven wordt – kijken naar patiëntenbetrokkenheid scoort deze groep echter ook goed. Dit doet vermoeden dat de hulp van anderen niet de enige verklaring is voor het goed ingevulde dossier. De hogere betrokkenheid van deze patiëntengroep zorgt mogelijks ook voor een betere invullingsgraad. Op basis van interesse in de eigen gezondheid kan geen duidelijke trend gezien worden. Mannen en vrouwen scoren gelijkaardig. De percentages liggen hierbij zeer sterk bij elkaar. (Tabel 2)

4 De verschillende artsen

Ook bij het bestuderen van de verschillen tussen de artsen is het belangrijk in het achterhoofd te houden dat het een kleine steekproef betreft, zeker wanneer dan nog eens opsplitst wordt tussen de verschillende artsen. Het betreft kleine absolute getallen, waardoor het heel moeilijk is conclusies te trekken.
De enige duidelijke tendens is dat de HAIO, tevens de leidster van het onderzoek, beduidend betere resultaten haalt dan de collega's. Een score van 71,6% invulling ten opzichte van 50-53% van de collega's. Dit wellicht omdat de motivatie voor het project toch het grootst is bij de HAIO.

Tussen de collega's onderling zijn ook verschillen te merken, dewelke elkaar naar eindscore toe compenseren. De één schonk bijvoorbeeld meer aandacht aan zeer gedetailleerd weergeven van de voorgeschiedenis, maar dan weer te weinig aan het invullen van de KATZ-schalen, en de ander deed het dan weer net omgekeerd: Zeer beknopte of onvolledige beschrijving van voorgeschiedenis en actieve ziekten,

zeer beperkte registratie van patiëntencontacten, maar wel invulling van KATZ-schalen.

Een onderdeel waarbij een heel duidelijk verschil gemerkt wordt tussen de verschillende collega's, is de KATZ-schaal. In totaal werd in 68% van de dossiers de schaal ingevuld. Opvallend is dat het resultaat naar beneden getrokken wordt doordat bij de dossiers van één van de artsen deze schaal slechts 1x ingevuld werd, en dit bij een patiënt wiens mantelzorger voor het invullen zorgde. De andere artsen zorgden vaker zelf voor het invullen van de schaal: 62-66% van de dossiers waarbij de KATZ-schaal ingevuld werd, was bij de overige 3 artsen door de arts zelf gebeurd, tegenover geen enkel dossier bij die éne arts. Ook het aandeel patiënten die zelf voor het invullen van de schaal zorgde was het kleinst bij diezelfde arts, al was dat verschil minimaal: 16% van alle patiënten van deze laatste vulden zelf de schaal in, t.o.v. 22, 25 en 33% bij de andere artsen. Wanneer de dossiers van die éne arts niet meegerekend zouden worden, zouden de andere 3 samen aan een invullingspercentage van 87% komen, wat wel een goed resultaat is. De 16% invullingsgraad van die éne arts haalt het gemiddelde naar beneden tot 68%. Dit bewijst dat de motivatie van de artsen individueel zeer belangrijk is bij het slagen van de implementatie van het thuisdossier. (Tabel 2 en 3)

1.2 In hoeverre werd de informatie effectief gebruikt?

Na evaluatie van in hoeverre het dossier ingevuld werd, moet gekeken worden naar in hoeverre het effectief gebruikt werd gedurende de onderzoeksperiode. Dit zowel door de vaste arts, de collega's van de praktijk als door de wachtartsen. Ook wordt bekeken hoe vaak het thuisdossier nuttig gebleken is voor het opstellen van verwijsbrieven.

1.2.1 Gebruik door de vaste arts

Eerder werd gezegd dat het registratieformulier voor artsen zeer goed bijgehouden werd. Zeventien van de 22 dossiers kreeg de score 'volledig ingevuld', en 5 'deels'. Dit laatste om wille van slechts 2 geregistreerde artsencontacten, wat minder is dan het streefcijfer 3. Dit komt overeen met het feit dat de artsen bij 19 van de 22 dossiers verklaarden meestal tot altijd iets neergeschreven te hebben wanneer ze langskwamen. De 3 overige dossiers betroffen de 3 dossiers van één bepaalde collega, die verklaarde slechts soms iets in het dossier te registreren, enkel wanneer iets speciaals te noteren viel. 'Normale' bevindingen van routine controles werden door deze arts niet genoteerd. (Tabel 1, 2 en 4)

1.2.2 Gebruik door collega's en wachtartsen

In totaal zijn er 7 bezoeken geweest van één van de collega-artsen uit onze praktijk bij een patiënt van een andere vaste arts. Slechts bij 1 patiënt kwam een wachtarts langs in de periode dat het onderzoek liep.
Vijf van de 7 bezoeken van een collega betrof ofwel één van de vaste collega's bij een patiënt van de HAIO

(4 keer), ofwel de HAIO bij een patiënt van diezelfde collega (1 keer). Dit betreffen patiënten die beurtelings opgevolgd worden door zowel de HAIO als die specifieke collega. In deze gevallen noteerde de ander steevast iets in het dossier. De andere 2 bezoeken betroffen enerzijds één van een andere collega's bij een patiënt van de HAIO, en anderzijds een collega bij een patiënt van een andere collega. In die beide gevallen werd niets in het dossier geschreven. Een mogelijke verklaring kan zijn dat in deze eerste groep beide artsen goed op de hoogte waren van het bestaan van het thuisdossier bij deze patiënt, maar dit in de tweede groep misschien niet het geval was. Gezien het initiatief om het thuisdossier boven te halen meestal van de arts kwam (bij 17 van de 22 patiënten), zorgt het als arts niet op de hoogte zijn van de aanwezigheid van het dossier ervoor dat het dossier bij deze patiënten dan ook niet ingevuld wordt.
Analoog kan verklaard worden waarom bij die éne patiënt bij wie een wachtarts op bezoek kwam, deze niets noteerde in het dossier. De vrouw bij wie de wachtarts kwam nam inderdaad nooit zelf het initiatief om het dossier boven te halen. Als de wachtarts niet op de hoogte is van het bestaan van het dossier, kan hij/zij er natuurlijk ook niets in noteren. Belangrijk is dus om de betrokkenheid van de patiënten te verhogen, zodat ze er zelf aan denken het mapje te tonen aan de consulterende artsen. (Tabel 5)

1.2.3 Gebruik voor verwijsbrieven

De HAIO schreef 3 verwijsbrieven voor deze patiënten vanop huisbezoek in deze periode, en één van de collega's 2. De andere 2 collega's dienden in deze onderzoeksperiode geen te schrijven. Positief hierbij is dat bij alle 5 de verwijsbrieven de artsen aangeven baat te hebben gehad bij de aanwezigheid van het thuisdossier. De HAIO heeft bij 2 van de 3 de gegevens uit het mapje gebruikt door ze over te schrijven. Eén maal werd tegen de patiënte gezegd het hele mapje mee te nemen. Zij had dit eerder reeds gedaan op eigen initiatief, en houdt ervan dit alles bij te hebben. De andere arts gaf enkele bladen uit het mapje mee met de patiënt. Echter, bij beiden keerde niet alles terug.
Het meegeven van het volledige dossier, of van enkele bladen uit het dossier, zou vermeden moeten worden. Het risico dat het dossier niet terugkeert uit het ziekenhuis is groot, zeker wanneer het een opname betreft en wanneer losse bladen worden meegegeven. Optimaal zou het zijn wanneer de verschillende onderdelen van het dossier aanwezig zouden zijn in verschillende kopieën. Bij een verwijzing zou dan één van de kopieën van de gewenste bladen meegegeven kunnen worden. Echter, het nemen van kopieën en deze toevoegen aan het dossier is bij geen enkele van de 22 patiënten gelukt. Belangrijk hierbij is dat het de bedoeling was dat de patiënten of hun mantelzorgers hier zelf voor zouden zorgen. Dit omdat dit voor de artsen organisatorisch toch heel wat inspanning vereist, en het net de bedoeling is de patiënt meer verantwoordelijkheid te geven. Het motiveren van patiënten om zelf hun deel te doen in het beheer van het thuisdossier, is zeker niet altijd makkelijk. Heel wat patiënten hadden helemaal geen eigen inbreng in de zorg voor hun dossier, bij hen waren het dus niet enkel de kopieën die niet lukten. Bij de overige patiënten, die wel een (beperkte) inbreng hadden in hun thuisdossier, is er de extra hinderpaal dat veel ouderen zelf geen kopieerapparaat thuis hebben en niet mobiel genoeg zijn om naar de krantenwinkel te gaan om kopieën te nemen. Ze moeten hiervoor dus

hulp inroepen van de mantelzorger. Enkele mantelzorgers hebben inderdaad een functie gehad bij het invullen van de dossiers, maar dus niet bij het nemen van kopieën. Dit kan zijn omdat dit extra moeite vraagt, of omdat de vraag niet duidelijk gecommuniceerd werd. Het invullen is vrij 'vanzelfsprekend': Invullen wat gevraagd wordt in het dossier. Echter, er staat nergens geschreven dat er kopieën aanwezig moeten zijn. Dus als de patiënt of de arts dit niet rechtstreeks communiceert naar de mantelzorger, is deze simpelweg niet op de hoogte hiervan. Tot slot kan ook meespelen dat de artsen in de praktijk de kopieën niet zo praktisch vonden. Wanneer iets aangepast werd op 1 blad zou dit ook aangepast moeten worden op de kopieën, of zouden nieuwe kopieën gemaakt moeten worden. Ook moest na het uitleggen van de werking van het thuisdossier zelf ook de werking van de kopieën uitgelegd worden, maar het was nu reeds een tijdrovende opdracht. Echter, het feit dat de artsen de dossiers nuttig vonden bij het schrijven van de verwijsbrieven, maar dat nu de gegevens ofwel overgeschreven moeten worden, ofwel men het risico moet lopen om de dossiers niet meer terug te zien na ze volledig mee te geven naar het ziekenhuis, toont het nut van de kopieën duidelijk aan. De resultaten hiervan kunnen een middel zijn om de artsen te overtuigen van het nut van de kopieën. Eens de artsen zelf overtuigd zijn is het belangrijk dat zij dan op hun beurt meer tijd uitrekken voor het motiveren van de patiënt en evt. het zelf aanspreken van de de mantelzorgers hieromtrent. Enkel in het slechtste geval, namelijk wanneer de patiënt zelf niet mobiel is en er is geen mantelzorger is, kan de arts zelf de verantwoordelijkheid nemen voor de kopieën. (Tabel 5)

1.3 Besluit

Over het algemeen werd een invullingsgraad van 60% gezien. De onderdelen voorgeschiedenis, actieve ziekten, medicatielijsten en registratieformulier voor artsen werden goed ingevuld. Het onderdeel administratie haalde een invullingsgraad van 75% wat niet slecht is, maar toch duidelijk nog beter kan. Informatie over griepvaccinatie werd goed ingevuld, maar tetanusvaccinatie werd slechts 1x ingevuld, wat onvoldoende is. Ook allergieën en intoleranties moeten beter ingevuld worden. De KATZ schaal werd in de dossiers van 3 van de 4 artsen goed ingevuld, echter één arts had een zeer lage invullingsgraad wat het gemiddelde erg naar beneden trok. Informatie over levenseinde tot slot ontbrak in vele dossiers, echter hierbij dient opgemerkt te worden dat niet iedereen hierbij iets wenst te noteren.

Bij het onderzoeken van eventuele beïnvloedende factoren moet bemerkt worden dat een reeds kleine onderzoekspopulatie nu in nog kleinere groepen onderverdeeld wordt. Hierdoor wordt het onmogelijk om harde uitspraken te doen. De trends die gezien worden is dat zowel mantelzorgers als thuishulp hulp kunnen bieden bij het invullen van het dossier. Deze mensen rechtstreeks aanspreken als arts lijkt een nuttige interventie. De cognitief zwakkere patiëntengroep heeft gemiddeld het best ingevuld dossier. Tussen de artsen onderling werd gezien dat de dossiers van de HAIO opmerkelijk beter ingevuld waren.

De dossier werden steevast gebruikt door de artsen. Echter, wanneer een collega-arts of een wachtarts

betrokken was ontstond vaak een probleemsituatie, gezien de patiënten vaak niet zelf het initiatief namen om het dossiertje boven te halen. Waar de collega- of wachtarts niet op de hoogte was van het bestaan van het mapje, werd het uiteraard niet ingevuld. Patiënten moeten naar de toekomst toe dus meer gemotiveerd worden steeds zelf het mapje aan de arts te tonen.

Bij vijf patiënten werd thuis een verwijsbrief geschreven. Steeds werd gebruik gemaakt van het dossier. Echter, er moet vermeden worden dat dossiers (of bladen uit de dossiers) meegegeven worden bij de verwijzing, omdat zo het risico gelopen wordt om ze kwijt te spelen. Een goede interventie zou zijn om kopieën van de afzonderlijke bladen in het dossier te stoppen, welke meegegeven kunnen worden met de verwijsbrief. Dit was ook nu het initiële plan, maar is bij geen enkel dossier gelukt.

2 Patient empowerment (PE)

Het tweede grote doel van het thuisdossier, naast informatie verschaffen voor artsen, is het aanmoedigen van de betrokkenheid van de patiënt (en zijn mantelzorger) in de zorg voor de eigen gezondheid. Het is belangrijk dat patiënten kennis hebben over hun eigen gezondheid en zo zelf meer verantwoordelijkheid kunnen dragen. Zoals beschreven in de inleiding kan het thuisdossier hier op twee manieren een hulp bij zijn. Enerzijds gezien het dossier een uitstekend middel is om als patiënt zeer laagdrempelige toegang te verkrijgen tot de eigen medische informatie. Anderzijds omdat (een deel van) het beheer van het dossier in handen van de patiënt (of zijn mantelzorger) ligt. Hij/zij dient dan ook gemotiveerd te worden om hier de verantwoordelijkheid voor op te nemen en zo actief deel te nemen aan de zorg voor zijn/haar gezondheid.

2.1 Globale beoordeling van de PE

Aan alle 22 patiënten werd een cijfer van 1 tot 5 toegekend, waarmee beoordeeld werd in hoeverre de patiënt zelf of diens mantelzorger nauw betrokken is geweest bij het beheer van het thuisdossier. Eén wil zeggen helemaal geen betrokkenheid en 5 is optimale betrokkenheid. Niemand scoorde 5. Dit omdat bij geen enkel dossier kopieën aanwezig waren. Tijdens dit onderzoek scoorde de helft van de patiënten score 1 (45%) of 2 (5%) , de andere helft 3 (14%) of 4 (36%). (Tabel 6)

2.2 Berekening van de PE

Deze score werd voor elk dossier afzonderlijk toegekend, op basis van een aantal parameters. Ten eerste werd gekeken in hoeverre de patiënt of diens mantelzorger (pt/mz) een rol heeft gehad bij het invullen van

het dossier. Acht patiënten of hun mantelzorgers namen deze taak (gedeeltelijk) op zich. Bij de overige 14 patiënten hadden noch de patiënt zelf noch hun evt. mantelzorgers een functie hierbij. Elk van deze 8 had een rol in het invullen van het administratief luik. Bij sommigen beperkte de rol zich tot dit luik, maar anderen hebben het invullen van het dossier uitgebreider voor eigen rekening genomen. Zo werd de KATZ-schaal 3 maal, het vaccinatie-overzicht 2 maal, en informatie over chronische en actieve medicatie eveneens elk 2 maal door de pt/mz in-/aangevuld. Informatie over allergieën en voorgeschiedenis werd nooit door de pt/mz neergeschreven, dit werd enkel door de behandelende arts gedaan.

Bij het nagaan van de betrokkenheid van pt/mz moeten we verder kijken dan enkel hun rol bij het invullen van de dossiers. Belangrijk is ook na te gaan op wiens initiatief het thuisdossier bovengehaald werd wanneer de arts op huisbezoek kwam. In 3 van de 22 gevallen werd het “oranje mapje” bovengehaald op initiatief van de patiënt en in 2 gevallen op initiatief van de inwonende mantelzorger. Bij de overige 17 patiënten was dit steevast op initiatief van de arts. Dit is analoog aan de bevindingen in de scriptie van Uytersprot Anne-Aurélie. (19) Zelf het initiatief nemen om het dossiertje boven te halen is nochtans niet enkel een merker van betrokkenheid, maar is ook heel belangrijk voor de werking van het dossier. De vaste arts denkt eraan het dossiertje te vragen, maar de wachtarts zal dit niet doen, gezien die niet op de hoogte is van het bestaan ervan. Zo gaat een deel van het nut van het dossier verloren. Het is dus heel belangrijk in de toekomst patiënten nog veel meer te overtuigen van het nut van het dossier, en het op eigen initiatief boven halen ervan.

Tot slot waren er ook enkele patiënten die op een andere manier hun betrokkenheid uitten. Zo was er één patiënte die niet zelf aanpassingen maakte, maar wel een opmerking gaf aan de vaste arts. Er was namelijk een medicatie-wijziging gebeurd in het ziekenhuis, welke nog niet aangepast was op de medicatielijst in het thuisdossier. Ook was er een beginnend dementerende dame die nadat de dossiers opgehaald waren ter evaluatie de arts opbelde om te vragen wat er met dat mapje gebeurd was. Ze gaf aan af en toe in het mapje te kijken als geheugensteuntje over de eigen gezondheid. Een laatste patiënte belde eveneens in de periode dat het dossier reeds opgehaald was om te vragen of ze het terug kon krijgen omdat ze het graag wilde meenemen naar de serviceflat waarnaar ze in de nabije toekomst zou verhuizen. De telefoontjes van deze twee laatste patiënten doen hopen dat wel meer patiënten toch meer betrokken zijn bij de thuisdossiers dan we op basis van de cijfers zouden vermoeden. Bij de ophaling van de dossiers werden geen vragen gesteld aan de patiënten. Achteraf bekeken was het toch leerrijk geweest om ook aan hen systematisch te vragen in hoeverre zij (nadat de arts weg was) een beroep deden op het dossier.

2.3 Beïnvloedende factoren

Opnieuw wordt nagegaan of diezelfde variabelen die bij het eerste puntje besproken werden, een invloed hebben op de patient empowerment. (Tabel 6)

1 Thuishulp/mantelzorger

De aanwezigheid van thuishulp of een inwonende mantelzorger maakte geen duidelijk verschil. Wel moet opgemerkt worden dat àfwezigheid van een buitenshuis wonende mantelzorger de betrokkenheid van de patiënt lijkt te vergroten. Waar wel een buitenshuis wonende mantelzorger aanwezig is, scoort slechts 37,5% score 3 of 4, tegenover 83% bij de patiënten waar dit niet het geval is. Het betreft een kleine steekproef dus we moeten er ons van bewust zijn dat cijfers niet krachtig genoeg zijn om effectieve bewijzen te leveren, maar ze kunnen wel een trend suggereren. De verklaring voor dit verschil zou kunnen liggen in het feit dat mensen die geen nauw betrokken buitenshuis wonende mantelzorger hebben, meer op zichzelf gewezen zijn. Dit betreffende hun gezondheidszorg, maar ook op andere vlakken. Ze zijn het gewend voor zichzelf te moeten zorgen en zelf verantwoordelijkheden te dragen. Het zou kunnen dat deze mensen daarom meer geneigd zijn een actievere rol op te nemen in het thuisdossier.

2 Patiëntenkenmerken

Bij het bestuderen van de cognitie van de patiënten, scoort de groep met matige cognitieve capaciteiten het best in betrokkenheid bij het dossier. Dit kan opnieuw louter toevallig zijn, maar zou ook verklaard kunnen worden door het feit dat patiënten die cognitief wat zwakker worden, het dossier als geheugensteuntje gebruiken, zoals één dame telefonisch aangaf. Deze patiëntengroep zou het bestaan van het dossier voor zichzelf nuttiger kunnen vinden dan de patiënten die cognitief sterker zijn en alles nog gewoon zelf kunnen onthouden. Daarnaast werd ook de invloed van de interesse in de eigen gezondheid bekeken. Hier scoort de groep met een hoge interesse het hoogst, zoals logischerwijze verwacht wordt. Een duidelijk verschil tussen beide geslachten kon niet aangetoond worden.

3 De verschillende artsen

Bij het vergelijken van de verschillende artsen tot slot, wordt gezien dat de patiënten van de HAIO het best scoren, gevolgd door de patiënten van de PO. Dit zou kunnen liggen aan het feit dat hun motivatie wellicht het grootst was en daardoor meer tijd geïnvesteerd werd in het motiveren van de patiënten.

Er dient nog wel bekeken te worden of de verklaring voor het verschil niet kan liggen in toevallig overeenkomende verschillen tussen andere beïnvloedende factoren. Patiënten van de HAIO scoren eerder laag op afwezigheid van buitenshuis wonende mantelzorger. De interesse in de eigen gezondheid was bij de vier verschillende patiëntengroepen gelijkaardig. Wel zijn er in deze patiëntengroep in verhouding meer mensen met een matige cognitieve status (i.t.t. meer patiënten met een sterke cognitie bij de andere artsen). Dit laatste zou een vertekend beeld kunnen opleveren, maar wordt wellicht gecompenseerd door de eerste beïnvloedende variabele. Het verschil tussen de artsen lijkt dus effectief arts-gerelateerd te zijn en wellicht niet louter te verklaren door bias door andere beïnvloedende factoren. (Tabel 6 en 7)

2.4 Besluit

Aan alle patiënten werd een score van 1 tot 5 toegekend, in functie van hun betrokkenheid bij hun eigen thuisdossier. Niemand scoorde 5 gezien nergens kopieën aanwezig waren in het dossier. Wanneer de patiënten opgesplitst worden in een groep die 1 of 2, of onvoldoende scoort enerzijds, en een groep die 3 of 4, of voldoende scoort anderzijds, zijn de resultaten 50%-50%. Het streefdoel is zo veel mogelijk patiënten in deze tweede groep.

Beïnvloedende factoren hierbij werden eveneens onderzocht. Opnieuw geldt dezelfde opmerking dat het moeilijk is om hierover algemene uitspraken te doen. De àfwezigheid van een nauw betrokken buitenshuis wonende mantelzorger leek de betrokkenheid van de patiënt te verhogen. Verder lijken een zwakkere cognitie en een hogere interesse in de eigen gezondheid gerelateerd te zijn met een hogere betrokkenheid. Tot slot zijn opnieuw de patiënten van de HAIO het nauwst betrokken bij hun eigen dossier.

IV Beschouwing

1 Kenmerken van de onderzoekspopulatie

Bij het beschrijven van de resultaten werd reeds enkele keren vermeld dat dit een kleinschalig onderzoek betreft. Bij 22 patiënten werd een thuisdossier opgestart. Dit is een te kleine onderzoekspopulatie om harde resultaten te kunnen bekomen. Het is belangrijk dit steeds in het achterhoofd te houden bij het bekijken van de resultaten van dit onderzoek. Belangrijk is de grote lijnen onthouden: Wat lukte duidelijk niet zo goed, wat ging beter... meer dan de specifieke cijfers te gaan analyseren.

Bij het bestuderen van de patiëntenpopulatie zien we dat er onder de patiënten 7 mannen en 15 vrouwen zijn. De gemiddelde leeftijd is 82,6 jaar. De jongste patiënt was 60 jaar, de oudste 92. Hoewel elke volwassen persoon geïncludeerd kon worden in de studie, zien we dus een zeer hoge gemiddelde leeftijd. Dit lijkt logisch gezien ouderdom toch vaak aan de basis ligt van de noodzaak om thuis opgevolgd te worden. Het onevenwicht in geslacht zou dan ook kunnen verklaard worden door het feit dat vrouwen gemiddeld langer leven en er dus in verhouding meer oudere vrouwen zijn die thuis opgevolgd worden dan oudere mannen. Echter, opnieuw dient hierbij bemerkt worden dat gezien de kleinschaligheid van het onderzoek het verschil ook louter op toeval kan berusten. Slechts 1 van de 22 patiënten is wilsonbekwaam. Nochtans, bij aanvang van de studie werd aandacht geschonken aan een aangepaste informed consent voor de vertegenwoordiger of het familielid van de wilsonbekwame patiënt, omdat het zeker niet de bedoeling was dat deze patiënten buitengesloten zouden worden uit de studie. De verklaring voor het lage aantal bereikte wilsonbekwame patiënten ligt wellicht in het feit dat vele van deze mensen in RVT's wonen. De zorg om de dementerende, of om andere reden wilsonbekwame, medemens is namelijk nog veel intensiever dan voor de cognitief sterkere oudere.

2 Moeilijkheden bij de uitvoering van het project

Het opstarten van een thuisdossier voor een patiënt kost wel wat tijd en werk. Echter, in de drukke onderzoekspraktijk is er vaak tijd tekort, wat maakte dat het wel even geduurd heeft totdat alle 22 dossiers opgestart waren. Ook zorgde dit ervoor dat het streefcijfer van 30 thuisdossiers niet gehaald is. Nog opstarten wanneer het dossier sowieso minder dan 3 maanden zou lopen, werd niet als een meerwaarde voor het onderzoek gezien, aangezien dergelijke dossiers een vertekend beeld van de werkelijkheid zouden kunnen geven. Er werd dan ook beslist na een bepaalde datum geen nieuwe dossiers meer op te starten, alhoewel het

streefcijfer nog niet behaald was. Het is jammer dat de nodige tijdsinvestering die gemaakt diende te worden een barrière was voor het opstarten van de dossiers. Het in detail herbekijken van het dossier van een patiënt kan nochtans gezien worden als nuttig gespendeerde tijd, gezien zo de algemene medische toestand van de patiënt even herhaald wordt. Ook kan het thuisdossier – op langere termijn – tijdswinst met zich meebrengen doordat het ervoor zorgt dat men ook op huisbezoek over de nodige informatie beschikt. Opvallend is dat de HAIO de meeste dossiers opstartte. Aangezien deze het onderzoek leidde, lijkt het logisch dat de motivatie groter is dan bij de collega's. Dit laatste is een zeer belangrijke factor voor het al dan niet willen investeren van tijd. Om gemotiveerd te zijn, is het nodig over voldoende informatie te beschikken. Artsen moeten bij het opstarten van de dossiers besef hebben van het aangetoonde nut ervan. Een andere manier om de motivatie van artsen te vergroten om een tijdsinvestering te doen, is het financieel compenseren van die tijd. In de literatuur is aangetoond dat, analoog aan de bevindingen in dit onderzoek, tijdsgebrek vaak een hinderpaal is om bepaalde acties te ondernemen. Zeker wanneer deze extra tijd niet vergoed wordt, ontstaan motivationele problemen. (15-16)

Niet alleen de artsen maar ook de patiënten lagen soms aan de basis voor het niet opstarten van een dossier. Twee patiënten bij wie het opstarten van een thuisdossier voorgesteld werd, weigerden dit. Dit omwille van angst voor hun privacy. Twee anderen hadden ook moeite met het ondertekenen van het informed consent, maar na uitleg, het grondig nalezen van het informatieblad en enkele weken bedenktijd (tussen 2 huisbezoeken), besloten deze beiden om toch in te stappen in het onderzoek. Later bleek dat deze beide patiënten tot de groep van nauw betrokken patiënten behoren. Uyttersprot Anne-Aurélie stootte enkele jaren geleden op dezelfde problemen. Ook zij beschrijft in haar scriptie moeilijkheden bij het rekruteren van patiënten, om wille van enerzijds angst voor de privacy en anderzijds het niet inzien van het nut van dergelijk dossier. (19) Dit klopt eveneens met wat in de literatuur reeds veelvuldig werd aangetoond. Mensen zijn bezorgd om de privacy en de veiligheid van hun medische informatie. Bij studies over personal health records leidt deze bezorgdheid wel vaker tot moeilijkheden bij het rekruteren van patiënten. (14,27)

Naast de beschreven moeilijkheden bij het opstarten van de dossiers, zijn ook hier en daar problemen opgetreden in de loop van het onderzoek. Zo is één patiënte even het thuisdossier kwijt geraakt. Dit is achteraf wel teruggevonden. Ook was het dossier bij een andere patiënte een tijd niet aanwezig omdat de dochter het dossier meenam om de gegevens aan te vullen. Op zich positief dat de mantelzorger zich hier om bekommert, maar het negatieve hieraan is natuurlijk wel dat het dossier zich dan een periode niet thuis bij de patiënt bevindt. Bij 2 patiënten raakte een blad uit het dossier verloren nadat dit ter verwijzing meegegeven werd naar het ziekenhuis. In de scriptie van Verbeeck Tine werden gelijkaardige situaties beschreven. (17) Dergelijke problemen zouden aangepakt kunnen worden door het digitaliseren van het thuisdossier. Op de digitalisering wordt later in de scriptie teruggekomen.

3 Suggesties naar de toekomst toe

3.1 Het papieren thuisdossier

De algemene vorm van het thuisdossier, namelijk aparte bladen volgens onderdeel, verzameld in een herkenbaar oranje mapje, leek gedurende dit onderzoek goed te werken.
Wel kan het dossier nog geoptimaliseerd worden door kleine aanpassingen te maken aan bepaalde onderdelen. Zo zal het invullingspercentage van het dossier wellicht stijgen door bij administratieve gegevens en informatie over allergieën en intoleranties een vakje te voorzien waar aangekruist dient te worden of iets al dan niet aanwezig is. Op die manier wordt vermeden dat niets ingevuld wordt en het zo onduidelijk is of iets niet aanwezig is, of niet ingevuld werd.
Wat reeds een goede aanpassing lijkt, na rekening gehouden te hebben met suggesties uit de scriptie van Verbeeck Tine (17), is het medicatieluik. Immers, na verloop van ons onderzoek gaf geen van alle artsen aan dat het medicatieluik een probleem vormde. Ook bij het bestuderen van de dossiers achteraf werden geen chaotische medicatielijsten aangetroffen. Dit kan verklaard worden door 2 belangrijke verschillen tussen enerzijds het thuisdossier in de scriptie van Verbeeck Tine en anderzijds het door ons gebruikte thuisdossier. In het onze was opmerkelijk meer ruimte voorzien om de medicatielijst op te schrijven. Wanneer veranderingen dienden te gebeuren was ruimte om een stopdatum in te vullen en de nieuwe medicatie op te schrijven op een volgend lijntje. Ook de opsplitsing tussen chronische en veranderende medicatie is een goede methode om het geheel overzichtelijker te houden. Een opmerking is dat het luik “veranderende medicatie” niet bij alle patiënten ingevuld werd. Dit is wellicht doordat in de onderzoeksperiode bij vele patiënten geen veranderende medicatie (antibiotica, diuretica, pijnstilling..) werd opgesteld. Het dossier heeft immers slechts 5 maanden gelopen. Erg veel medicatiewijzigingen gebeurden dus nog niet bij de gemiddelde patiënt. Er kan verwacht worden dat wanneer het thuisdossier jaren loopt, er wel eens een plaatsgebrek zal ontstaan. Dit probleem kan op dat moment opgelost worden door dit éne blad uit het dossier te verwijderen en te vervangen door een nieuw exemplaar. Naar de toekomst toe wordt dan ook aanbevolen het medicatieluik te houden zoals het nu opgesteld werd, eerder dan terug te keren naar het model dat gebruikt werd in het onderzoek van Tine Verbeeck.

Naast aandacht voor de vorm van het thuisdossier, moet naar de toekomst toe ook zeker aandacht besteed worden aan het motiveren van mensen om zich in te zetten voor het beheer van het thuisdossier. In de eerste plaats moeten de àrtsen geïnformeerd worden over het nut ervan. Op deze manier worden zij gemotiveerd om bij de opstart van het dossier wat extra werk te leveren, om zo op termijn heel wat winst te maken. Verder kunnen zij zo aangemoedigd worden om op hun beurt patiënten en hun mantelzorgers te motiveren. Het is immers de bedoeling dat deze laatste groep een grote rol speelt in het beheer van het dossier. De patiënt moet gestimuleerd worden zélf het dossier te beheren en vooral zélf het initiatief te nemen om het te tonen

wanneer de arts langs komt, enkel zo kan het immers een bijkomend nut betekenen voor een collega-(wacht)arts. Het informeren en motiveren van artsen en patiënten gebeurde in dit onderzoek uiteraard ook, maar het kan zeker nog beter. Zo zou bijvoorbeeld een gemeenschappelijke informatiesessie gehouden kunnen worden voor alle deelnemende artsen van de praktijk. Op die manier wordt ervoor gezorgd dat iedereen het dossier analoog invult (bvb. duidelijk verschil tussen actieve ziekten en voorgeschiedenis), kan de klemtoon gelegd worden op het motiveren van de patiënt en dient zeker en vast ook het belang van aanwezigheid van kopieën benadrukt te worden. Immers, het motiveren van de patiënten om dit laatste in orde te brengen is in dit onderzoek niet gelukt, doch het nut ervan werd wel aangetoond. Tot slot is het belangrijk op te merken dat het door de arts aanspreken van een betrokken mantelzorger nuttig lijkt te zijn. In dit onderzoek werd niet expliciet gevraagd aan de artsen om dit te doen, al gebeurde dit in sommige gevallen toch. Dit lijkt een nuttige interventie te zijn. Misschien moet dit rechtstreeks betrekken van de mantelzorger in de toekomst aanbevolen worden.

3.2 Digitalisering van het thuisdossier

Deze scriptie handelt over een thuisdossier op papier bij de mensen thuis. Dit was in onze praktijk op dit moment de meest haalbare manier om een medisch dossier thuis bij de hand te hebben. Echter, in de toekomst lijkt digitalisering van dit thuisdossier aangewezen. Het hoeft niet uitgelegd te worden dat digitalisering tal van voordelen biedt: Informatie wordt meer gestructureerd opgeslagen, aanpassingen maken is eenvoudiger, het dossier kan niet kwijt geraken in één of andere schuif, enzovoort.

Een mogelijke oplossing om op digitale manier het medisch dossier thuis bij de patiënt bij de hand te hebben, is het meenemen van het volledige EMD van de patiënt op een laptop/tablet, door het medische programma ook hierop te installeren. Op die manier beschikt de arts steeds over alle nodige informatie over de patiënt en kunnen alle nieuwe gegevens onmiddellijk op de juiste plaats genoteerd worden. Echter, het probleem voor de wachtartsen blijft bestaan. Op deze manier beschikken zij nog steeds niet over medische gegevens van de patiënt.

Een mogelijke oplossing voor de wachtartsen kan gevonden worden in de recente ontwikkeling van Vitalink. Dit is het digitaal platform van de Vlaamse overheid voor het delen van zorg- en welzijnsgegevens. Om zorg voor de privacy te garanderen maakt Vitalink gebruik van een aantal basisdiensten van het eHealth-platform. Dit laatste is de openbare instelling die zorgt voor elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling tussen actoren in de gezondheidszorg, met grote aandacht voor behoud van privacy en respect voor medisch beroepsgeheim. Patiënten kunnen, m.b.v. hun elektronische identiteitskaart, de toestemming geven om een dossier aan te maken op Vitalink.
Een belangrijke applicatie voor de huisarts is de mogelijkheid om een samenvatting van medische gegevens te 'delen' met andere artsen. Dergelijke samenvatting heet een 'SumEHR' (*Summarized Electronic Health*

Record). Het bevat basisgegevens over de identiteit van de patiënt, gegevens van een contactpersoon in geval van nood, informatie over risicofactoren, een overzicht van de medische voorgeschiedenis en actuele problemen, een medicatielijst en een vaccinatie-overzicht. Een SumEHR kan aangemaakt worden vanuit het elektronisch medisch dossier gebruikt in de huisartspraktijk, tenminste als de software kan connecteren met Vitalink. De bedoeling van deze SumEHR is dat alle artsen (zowel huisartsen als specialisten) altijd toegang hebben tot beknopte medische gegevens van de patiënt, zodat steeds optimale zorg verleend kan worden. Een uitzondering hierop kan gemaakt worden doordat patiënten de machtiging hebben om bepaalde artsen uit te sluiten. Belangrijk is op te merken dat via de diensten van eHealth steeds gecontroleerd wordt wie welk dossier raadpleegt. Elke arts moet kunnen aantonen waarom hij een bepaald dossier raadpleegt. Dit mag immers enkel gebeuren in het belang van de patiënt. (24-25)

Voor de artsen kan de combinatie van het EMD digitaal meenemen op huisbezoek en het gebruiken van SumEHR het thuisdossier dus op een digitale manier vervangen. Maar, de patiënt heeft geen rechtstreekse inzage in zijn SumEHR. Wat dus met bovenstaande middelen nog niet digitaal vervangen kan worden is de waarde van het thuisdossier in het streven naar meer patient empowerment. Nochtans werd in de inleiding reeds aangehaald dat het thuisdossier, wanneer het beheerd wordt door de patiënt zelf, wanneer het met andere woorden gebruikt wordt als (schriftelijk) personal health record (PHR), de eigen gezondheid ten goede lijkt te komen. (1-2,14)
Om dit laatste aspect van het thuisdossier te digitaliseren moet dus gewerkt worden met een elektronisch PHR. De laatste jaren is veel interesse in onderzoek naar het gebruik van een elektronisch, online, PHR. Dit is een elektronische applicatie waardoor individuen toegang krijgen tot informatie over hun eigen gezondheidstoestand en dit ook kunnen beheren en delen. Dit in een private en veilige omgeving. De bedoeling is het combineren van data, kennis en softwaretools, waardoor patiënten actieve deelnemers kunnen worden in hun eigen zorg. Onderzoek wijst uit dat wanneer PHR's geïntegreerd worden in EMD's van de huisartsen, ze nuttiger zijn dan wanneer het op zichzelf bestaande systemen voor de patiënten zijn. (22) Op dit moment gebeurt heel wat onderzoek naar hoe die PHR's het best praktisch georganiseerd worden, wat de barrières zijn voor patiënten om ze te gebruiken, hoe deze weggewerkt kunnen worden, enzovoort. Ondertussen loopt ook onderzoek over het nut van deze PHR's om kwaliteit van zorg te verbeteren. Op dit moment is nog onvoldoende evidentie in de literatuur dat het toegang verlenen aan patiënten tot hun eigen medische gegevens, effectief een positief effect heeft op de kwaliteit van zorg. Enkele positieve effecten worden gesuggereerd, maar nader onderzoek is nodig hieromtrent. (28)
Ook in Vlaanderen loopt onderzoek naar PHR's, namelijk naar hoe ze praktisch en zinvol geïntegreerd kunnen worden in Vitalink. Er wordt gedacht aan ruimte op Vitalink voor het neerschrijven van thuismetingen (glycemie, bloeddruk...), het bijhouden van een patiëntendagboek, het opschrijven van doorgemaakte ziektes, nuttige telefoonnummers, enzovoort. Op dit moment wordt van deze applicatie nog geen gebruik gemaakt in de praktijk. (24,26)

Gezien de vele voordelen van digitalisering lijkt het logisch dat in de toekomst gewerkt wordt aan deze digitale opties. Idealiter worden de papieren thuisdossiers overbodig, en vervangen door de beschreven digitale toepassingen. Huisartsen nemen op huisbezoek hun laptop/tablet mee met daarop toegang tot het EMD van de patiënt. Wachtartsen gebruiken diezelfde laptop/tablet voor de toegang tot het SumEHR van de patiënt via Vitalink. En patiënten worden gemotiveerd om ook via Vitalink actief deel te nemen aan de zorg voor hun eigen gezondheid.

V Besluit en reflectie

1 Algemeen besluit

In de huisartsenpraktijk worden bepaalde patiënten chronisch thuis opgevolgd. Voor deze groep is het gebruik van het thuisdossier hierboven beschreven een aanrader. Het zorgt immers voor opslag van belangrijke administratieve gegevens en medische informatie. Deze gegevens zijn nuttig voor de vaste arts, collega-/wachtartsen en voor het opstellen van verwijsbrieven naar de collega-specialist. Verder is het thuisdossier een hulpmiddel bij het streven naar patient empowerment. Dit is het vergroten van de rol die de patiënt zelf speelt in de zorg voor zijn eigen gezondheid. Via het thuisdossier krijgt de patiënt laagdrempelig toegang tot zijn medische gegevens en wordt hij gestimuleerd actief deel te nemen in de organisatie van zijn zorg. Dit alles past in de huidige evolutie naar steeds meer patiënt-georiënteerde gezondheidszorg.

Het ontworpen thuisdossier lijkt een goede vorm die werkbaar is in de praktijk, mits eventueel een kleine aanpassing hierboven beschreven. Wel dient in de toekomst nog meer aandacht besteed te worden aan motivatie van artsen, mantelzorgers en patiënten. In dit onderzoek werden de dossiers voor 60% ingevuld. Slechts 50% van de patiënten waren voldoende betrokken bij het beheer van het dossier. Beide percentages zouden hoger moeten liggen. Dit kan enkel bekomen worden door meer tijd en energie te steken in het motiveren van in de eerste plaats de deelnemende artsen en via deze weg de betrokken patiënten en hun eventuele mantelzorgers.

Tot slot moet opgemerkt worden dat in de toekomst digitalisering van het thuisdossier aangewezen lijkt. Een digitaal alternatief bestaat eruit het EMD op huisbezoek mee te nemen op laptop/tablet en gegevens te delen met collega's via Vitalink. Sinds oktober 2013 kan dit laatste gebruikt worden wanneer de medische software dit toelaat en de patiënt zijn toestemming geeft. Naar de toekomst toe wordt gewerkt aan een platform binnen Vitalink waarin de patiënt zelf een meer actieve rol kan spelen.

2 Persoonlijke reflectie

Het doel van deze scriptie was het opstellen van een thuisdossier en nagaan of het werkbaar is in de praktijk, of er bepaalde beïnvloedende factoren aangeduid kunnen worden en of er eventuele aanpassingen aan het dossier nodig zijn. Het doel was niét nagaan of het gebruik van een thuisdossier bij chronische patiënten nuttig is. Dit is namelijk reeds aangetoond in de literatuur. Toch wil ik aan het eind van deze scriptie graag opmerken dat ik het gebruik van dit dossier zelf wel zeer positief ervaren heb. Het vraagt even tijd om de dossiers op te maken, maar dit is nuttig gespendeerd: Het is een ideale gelegenheid om de medicatielijst nog

eens te overlopen, het dossier ook op de pc zo nodig bij te schaven, en de voorgeschiedenis van de patiënten nog eens op te frissen. Eens het dossier loopt is dit in feite geen belangrijk meerwerk meer, in tegendeel, het bij de hand hebben van informatie zorgt voor tijdswinst en het verlenen van betere zorg. Ik merkte een belangrijk voordeel bij het opmaken van verwijsbrieven. Er was ook 2 maal een situatie waar ik me niet meer kon herinneren of ik het griepvaccin reeds toegediend had of niet. Met een blik op het thuisdossier was dit probleem van de baan. Daarenboven geloof ik in het belang van het streven naar meer patient empowerment. Het thuisdossier kan hier zoals in deze scriptie beschreven zeker een rol in spelen. Met andere woorden, in de praktijk waar ik volgend jaar zal werken, zal ik zeker en vast ook zorgen voor een vorm van medisch dossier bij de patiënten thuis. Hetzij digitaal, hetzij op papier.

VI Literatuurlijst

1: Dominique Paulus, Koen Van Den Heede, Raf Mertens. KCE rapport 190As. Position paper: Organisatie van zorg voor chronische zieken in België. 2012.

2: World Health Report 2008 – chapter 3 – primary care: putting people first.

3: Grouwels, Goedhuys. Samenwerken en management in duo- en groepspraktijken. Huisarts Nu. 2001.

4: Onraedt Lien. Management van de huisartsenpraktijk met een toenemend aantal artsen onder één dak: dagelijks overleg en concrete organisatie hiervan. 2012.

5: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Huisarts soleert steeds minder. 2011.

6: Philips Hilde. Out-of-hours primary care in Belgium. 2010.

7: Tine Van Wijnsberghe. Tevredenheid en attitude van huisartsen over wachtdiensten en huisartsenwachtposten. 2011.

8: Verdonck P. et al. Het elektronisch medisch dossier. Huisarts nu. 2004.

9: Harriet Finne-Soveri. Keuze van de zorgplaats voor een oudere patiënt met een langdurige ziekte. 2009.

10: Domus Medica. Dossier: Thuiszorg vanuit huisartsenperspectief. 2009.

11: Van Der Eijk M et al. Moving from physician-centered care towards patient-centered care for Parkinson's disease patients. 2013.

12: Edward H. Wagner et al. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. 2001.

13: White RD. Patient empowerment and optimal glycemic control. 2012.

14: N Archer et al. Personal health records: a scoping review. 2011.

15: I Coene. NICE lanceert 'voeding uitgedokterd'. Op maat van de huisartsenpraktijk. Nutrinews nr 3. 2009.

16: Dossier Domus Medica, Rapportage 2e ronde Delphi studie alcohol. 2011.

17: Verbeeck Tine. Het thuisdossier: communicatie- en werkdossier. 2009.

18: Adriaansen Veronique. Thuisdossier van de chronische patiënt: Oppuntstelling en implementatie in de huisartsenpraktijk. 2012.

19: Uyttersprot Anne-Aurelie. Continuïteit van zorg: implementatie en optimalisatie van een thuiszorgdossier. 2013.

20: Plancke Lies. Het thuisdossier voor de wachtarts: stand van zaken. 2013.

21: Weerts Ann. Verbetering van het thuisdossier, verbetering van gezondheidszorg. 2006

22: Paul C. Tang et al. Personal Health Records: Definitions, benefits, and strategies for overcoming barriers to adoption. 2006.
23: www.zorg-en-gezondheid.be (laatst geraadpleegd op 28/03/2015)
24: www.vitalink.be (laatst geraadpleegd op 28/03/2015)
25: www.ehealth.fgov.be (laatst geraadpleegd op 28/03/215)
26: www.eenlijn.be (laatst geraadpleegd op 28/03/215)
27: Gummadi S et al. Electronic medical record: A balancing act of patient safety, privacy and health care delivery. 2014.
28: Davis Giardina T1 et al. Patient access to medical records and healthcare outcomes: A systematic review. 2014.

VII Bijlagen

1 Overzichtstabel als leidraad bij opstellen sjabloon thuisdossier

Overzichtstabel: Wat wordt aanbevolen door Domus Medica, wat werd opgenomen in de thuisdossiers in vorige scripties en wat is de mening van de vaste artsen van praktijk 'De Linde'?

	Domus medica	Ver-beeck	Adriaa nsen	Uyter sprot	Plan-cke	Weerts		**Dr. 1**	**Dr. 2**	**Dr. 3**	**Dr. 4**
ADMINISTRATIE											
Naam, geboortedatum	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Telnr, rijksregisternr, geslacht, burg staat			x								
Naam + contactgegevens HA	x	x	x	x	x				x	x	x
Naam + contactgegevens contactpersoon	x	x	x	x		x		x	x	x	x
Contactgegevens kiné, vpk, zorgkundigen...	x			x		x		x	x	x	x
Datum vernieuwing GMD						x				x	
MEDISCHE GEGEVENS											
Antecedenten	x	x		x	x	x		x	x	x	x
Actieve ziekten	x	x	x	x	x			x	x	x	x
medicatielijst	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Intoleranties	x	x	x		x	x		x	x	x	x
Allergieën	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Ernst van de intoleranties en allergieën					x				x		x
'varia'		x									
Bloedgroep			x							x	
Wensen ivm levenseinde	x		x		x				x	x	x
Familiale voorgeschiedenis			x								
Risicofactoren (usus....)			x			x			x		
zelfredzaamheid	x										
vaccinatiestatus			x			x			x	x	x
Preventieve onderzoeken			x								

MMSE			x								
Documenten, attesten, BVerslagen...			x							x	
Labo's			x			x				x	
Aanwezigheid VV (PM, prothese...)					x				x		
Antropometrie						x					
Glycemie opvolgdocument						x				x	
PTT opvolgdocument						x				x	
Spec palliatief opvolgdocument						x					
Zorgplan (hulpmiddelen, forfaits...)						x					
Registratie artsenconsulten (bondig of vb door SOEP systeem)		x	x	x		x			x		x
Communicatieblad (tussen verschillende hulpverleners)			x	x				x	x	x	x

2 Sjabloon van het thuisdossier

(zvp)

Thuisdossier – Medische informatie.

Naam patiënt:
Geboortedatum:

ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

* vaste huisarts:..... Tel:.....

* mutualiteit:..... Tel:.....
Recht op derdebetalersregeling? Ja – Nee

* thuisverpleegkundige:..... Tel:.....

* thuiszorgdienst:..... Tel:.....

* andere (para)medische contactpersonen:.....
….....

* mantelzorgers:

Partner: …..... Tel:.....

Kinderen:..... Tel:.....
…..... …..
…..... …..
…..... …..

Overige mantelzorgers (+ relatie met patiënt):
…..... Tel:.....
…..... …..
…..... …..

o Bij wilsonbekwame patiënt:

=> vertegenwoordiger aangesteld? Ja – Nee
Zoja, Naam + relatie met pt:

..... Tel:.....

=> vertrouwenspersoon aangesteld? Ja – Nee
Zoja, Naam + relatie met pt:

..... Tel:.....

MEDISCHE GEGEVENS

Allergieën/intoleranties:

Medische Antecedenten:

Jaartal	Aandoening

Actieve ziekten:

MEDICATIELIJST

CHRONISCHE MEDICATIE

Naam	***Toediening***	***Datum Start***	***Datum Stop***

VERANDERENDE MEDICATIE

Naam	***Toediening***	***Datum Start***	***Datum Stop***

VACCINATIESTATUS

Naam	Richtlijn	Basisvaccin OK?	Rappel toediening			
DTP	Basis + elke 10J					

Vaccin	Datum toediening									
Pneumococcen										
Influenza										

ZELFREDZAAMHEID

Katz schaal Datum:.....

CRITERIUM	score	1	2	3	4
ZICH WASSEN		kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel	heeft gedeeltelijk hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
ZICH KLEDEN		kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
TRANSFER en VERPLAAT-SINGEN		is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden	is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel,…)	heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen	is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen
TOILET-BEZOEK		kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen	heeft hulp nodig voor één van de 3 items: zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen	heeft hulp nodig voor twee van de 3 items: zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen	heeft hulp nodig voor de 3 items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen
CONTINEN-TIE		is continent voor urine en faeces	is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars)	is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces	is incontinent voor urine en faeces
ETEN		kan alleen eten en drinken	heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken	heeft gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken	de patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken

CRITERIUM		1	2	3	4
TIJD		geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS		geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren

OF: *de patiënt heeft een diagnose dementie op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan op datum van ……*

Opmerkingen?

SPECIFIEKE WENSEN I.V.M. LEVENSEINDE

REGISTRATIEFORMULIER ARTSENCONSULTEN

Datum	*Journaal*

3 Case report: Belang van goede informatie-overdracht tussen thuissituatie en ziekenhuis/spoedopname.

Een bepaalde ervaring tijdens mijn opleiding tot arts heeft bijgedragen tot de keuze van dit onderwerp. Het betreft een situatie tijdens mijn stage in het 6e jaar geneeskunde op de spoeddienst. Deze situatie is mij bijgebleven en deed mij stilstaan bij het feit dat goede zorg pas verleend kan worden wanneer artsen op de hoogte zijn van basisinformatie over de patiënt, wanneer met andere woorden een goede informatie-overdracht plaatsvond.

Het is alweer een drukke dag op de spoeddienst. Het gaat zijn normale gangetje. De verpleegkundigen dienen de eerste zorgen toe aan de nieuw binnenkomende patiënten, waarna ikzelf en mijn 2 collega-stagiairs bij ze langsgaan om de eerste anamnese en klinisch onderzoek te doen. Daarna wordt de spoedarts gebrieft over de patiënt, worden evt. technische onderzoeken aangevraagd, en wordt zo nodig een specialist ter zake verwittigd. De eerste stappen in dit proces gaan vrij snel, het is dan ook de bedoeling dat tijdens deze eerste stappen de ernst en dringendheid van het probleem ingeschat wordt.
Er wordt vandaag een oudere dame (zo'n 80 jaar) binnengebracht. Ik ga bij haar langs nadat de verpleegkundige bloed afnam, een EKG nam en een RX thorax regelde. Dit is namelijk het protocol in dit ziekenhuis voor patiënten met een geriatrisch profiel. Er ontbreekt een verwijsbrief, en het is ook niet duidelijk hoe deze patiënte op de spoedopname terechtkwam, er is geen familie aanwezig. Zij is eveneens niet gekend in dit ziekenhuis. De dame spreekt enkel wartaal, anamnese is niet mogelijk. Het is ook niet helemaal duidelijk waarom deze patiënte binnengebracht werd op de spoed. Het klinisch onderzoek toonde geen bijzonderheden, de parameters waren normaal. Uitgebreid klinisch onderzoek was echter niet mogelijk gezien de patiënte helemaal niet coöperatief was. Ik bracht de spoedarts op de hoogte, welke van oordeel was dat de patiënte wel dementerend zou zijn. De geriater werd verwittigd, maar aan deze dame werd geen hoogdringendheid gegeven. Zo'n 1 à 2 uur later arriveerde de geriater, welke besliste toch maar beeldvorming van de hersenen te maken, aangezien zo weinig gekend was over deze patiënte. Hieruit blijkt dat de vrouw een CVA doet.

Achteraf was ik hier echt niet goed van. Dit had niet mogen gebeuren. De dame heeft verschillende uren op spoedopname gelegen zonder dat iets ondernomen werd, terwijl zij een CVA aan het doen was. Dit was effectief de oorzaak van het verwarde voorkomen van de dame, bleek achteraf. Zoals bij elk incident liggen verschillende factoren aan de basis van het feit dat dit is kunnen gebeuren. Wat ik hieruit voornamelijk geleerd heb is het grote belang van goede informatie-overdracht tussen verschillende hulpverleners. Voor mezelf als huisarts neem ik mee dat het maken van een goede verwijsbrief cruciaal kan zijn!

4 Vragenlijst bij het ophalen van de dossiers.

Vragenlijst per dossier, in te vullen door de vaste arts bij het ophalen van de dossiers.
Naam arts: Naam patiënt:

1. Enkele vragen over deze specifieke patiënt

- Woont deze patiënt met iemand samen? JA – NEE
  - Zoja, is deze persoon mantelzorger? JA – NEE
  - Zoja, heeft deze persoon een functie gehad bij het invullen van het thuisdossier? JA – NEE

- Is er een nauw betrokken, niet inwonende mantelzorger voor deze patiënt? JA – NEE
  - Zoja:
    - Heeft u deze persoon aangesproken over het thuisdossier? JA – NEE
    - Heeft deze een functie gehad bij het invullen van het thuisdossier? JA – NEE

- Is er thuishulp aanwezig bij deze patiënt? JA – NEE
  - Zoja:
    - Heeft u deze aangesproken over het thuisdossier? JA – NEE
    - Heeft deze een functie gehad bij het invullen van het thuisdossier? JA – NEE

- Wat is het niveau van cognitief functioneren van deze patiënt? LAAG – MATIG – GOED

- Is deze persoon geïnteresseerd in de eigen gezondheidstoestand? HELEMAAL NIET – MATIG – ZEER GEINTERESSEERD

- Wie nam initiatief het mapje boven te halen op huisbezoek? ARTS – PATIENT – MANTELZORGER

2. Enkele vragen over het invullen van het thuisdossier bij deze patiënt

- Heeft u het dossier geraadpleegd bij het uitvoeren van de huisbezoeken? Altijd – Meestal – Soms – Zelden – Nooit

- Heeft u iets opgeschreven bij het formulier voor artsenregistraties? Altijd – Meestal – Soms – Zelden – Nooit

Indien geen registratie geschreven werd, was dit met specifieke reden?

….....

- Kwam er tijdens de periode dat het dossier liep één van de collega-artsen bij deze patiënt?
  Ja – Neen – Ik weet het niet

  Zoja, heeft deze persoon ook iets neergeschreven in het registratieformulier?
  Ja – Soms – Neen

- Kwam er tijdens de periode dat het dossier liep een wachtarts bij deze patiënt?
  Ja – Neen – Ik weet het niet

  Zoja, heeft deze persoon ook iets neergeschreven in het registratieformulier?
  Ja – Soms – Neen

- Heeft u in de periode dat het dossier liep een verwijsbrief geschreven voor deze patiënt?
  Ja – Neen

  Zoja, heeft u het dossier gebruikt om een verwijsbrief te maken?
  Ja – Neen

  Zoja, op welke manier?
  ° gegevens gebruikt (overgeschreven)
  ° kopieën meegegeven
  ° volledig mapje meegegeven

Indien ja, is er een reden waarom u op deze manier handelde?

….....

….....

- Zijn er kopieën aanwezig in het dossier?
  Ja – Neen

  Zoja, wie zorgde er voor de kopieën?
  Patiënt – mantelzorger – Arts

- Heeft de patiënt suggesties gemaakt voor aanvullingen/veranderingen in het dossier? (foutieve/onvolledige voorgeschiedenis, medicatie...)
  Ja – Nee

  Zoja, welke?.....

….....

Eénmalig in te vullen (gebruik achterkant):

- Heeft u bepaalde problemen ondervonden bij het implementeren van het thuisdossier?

- Zijn er patiënten die geweigerd hebben mee te werken aan het onderzoek?
  Zoja, weet u ook waarom?

5 Goedgekeurd protocol ethisch comité

Inleiding. Met deze scriptie wil ik mij inzetten voor een project waarvan ik geloof dat het de werking van de praktijk waarin ik mijn opleiding tot huisarts doe, ten goede zal komen. Ik merkte bij de huisbezoeken de eerste maanden van mijn opleiding dat er vaak geen of een zeer beperkt thuisdossier aanwezig is bij chronische patiënten, alhoewel zij voornamelijk of uitsluitend thuis opgevolgd worden. Een thuisdossier is een papieren document met daarop de cruciale medische gegevens van de patiënt, zoals de voorgeschiedenis, de medicatie, info omtrent allergieën etc. Voor mij als HAIO is het in zo'n situatie moeilijk goede zorg te verlenen,aangezien ik de patiënten nog niet goed ken. Het lijkt mij voor de vaste arts ook niet ideaal, je kunt onmogelijk alles van iedereen onthouden. Ook voor de wachtarts is het moeilijk werken, te meer omdat het vaak gaat om ouderen met multimorbiditeit en polymedicatie. In de toekomst lijkt het aangewezen de laptop mee te nemen op huisbezoek, met software die onmiddellijk verbonden is met de centrale server. Echter, dit is op heden nog niet het geval. Het is dan ook nodig een meer haalbare oplossing te vinden die onmiddellijk geïmplementeerd kan worden: het (schriftelijk) thuisdossier.

Onderzoeksvraag. Aan welke voorwaarden moet een standaard thuisdossier voldoen om werkbaar te zijn in onze (groeps)praktijk?

Algemeen doel van het onderzoek. Implementeren van een bruikbaar en nuttig thuisdossier bij chronische patiënten die hoofdzakelijk thuis opgevolgd worden. Dit wil zeggen de meerderjarige patiënten bij wie de huisarts oordeelt dat het nodig is om minimaal 1x per 6 weken op huisbezoek te komen bij deze patiënt. Het implementeren van het thuisdossier is nodig om de continuïteit en kwaliteit van hun zorg te verbeteren. Hierbij wordt specifiek toegespitst op de wensen van de artsen uit onze groepspraktijk.

Eerste stap: Opstellen van een lege versie van het thuisdossier. Hiervoor zal vertrokken worden vanuit de versie opgesteld in een vorige scriptie, met name die van Tine Verbeeck, 2009. Deze versie zal geoptimaliseerd worden op basis van verschillende factoren. Vooreerst zal rekening gehouden worden met suggesties gegeven in de scriptie zelf. Daarnaast zal ook literatuurstudie verricht worden en rekening gehouden worden met de gevonden richtlijnen. Tot slot zal het nieuwe thuisdossier aangepast worden aan de noden van de artsen van de groepspraktijk waarin het geïmplementeerd zal worden. Het doel van het onderzoek is tenslotte het optimaliseren van zorg in deze groepspraktijk.
Tweede stap: Identificeren van chronische patiënten die voornamelijk thuis opgevolgd worden. Dit zijn immers de patiënten die in aanmerking komen voor deelname aan het onderzoek. Het gaat hierbij om patiënten van wie de huisarts oordeelt dat het nodig is om minimaal 1x per 6 weken op huisbezoek te komen, ook wanneer er geen specifieke klachten zijn van de patiënt zelf. Meer in- en exclusiecriteria werden niet gehanteerd, daar de bedoeling is een wijde range aan patiënten te bereiken. Aan elk van deze patiënten wordt informatie gegeven over het onderzoek en wordt hun toestemming gevraagd tot deelname. Hierbij wordt ook aandacht gegeven aan toestemming tot inzage door andere zorgverleners zoals thuisverpleging, huisarts van wacht… Gezien het om voornamelijk oudere patiënten gaat is een deel van de patiëntenpopulatie (beginnend) dementerend. Exclusie van deze patiënten lijkt niet aangewezen gezien ook dit een belangrijke doelgroep is. Wel dient bijzondere aandacht gegeven te worden aan de zorg voor de privacy van deze patiënten. Toestemming wordt bij hen dan ook gevraagd aan de partner of het meest aanverwante familielid.
Derde stap: Bij de geselecteerde groep die toestemming geeft tot deelname moet de op heden (al dan niet) aanwezige vorm van thuisdossier geregistreerd worden. Deze registratie dient te gebeuren door middel van dezelfde vragenlijst als dewelke gebruikt zal worden bij de evaluatie van het nieuwe thuisdossier. Op die manier kan op de meest objectieve manier vergeleken worden. Deze vragenlijst bekijkt in de eerste plaats of er een vorm van thuisdossier aanwezig is, en verder welke info erin opgenomen is, en hoe frequent en door wie het geraadpleegd wordt. Ook wordt gepeild naar de tevredenheid van zowel patiënt als betrokken arts(en).
Vierde stap: Het nieuw opgesteld thuisdossier wordt geïmplementeerd in de praktijk, met name bij de geselecteerde patiëntengroep. Na enkele maanden gebruik dient dezelfde vragenlijst opnieuw ingevuld worden.
Vijfde stap: Op basis van de resultaten van de beide vragenlijsten dient geëvalueerd te worden wat het effect is van de implementatie van het thuisdossier. Wordt het thuisdossier nuttig en bruikbaar geacht door de artsen van de praktijk? En door de patiënten? Wat zijn eventuele werkpunten of suggesties tot verbetering?

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys

Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0400	11-apr-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Implementatie na een standaard thuisdossier voor de chronische patiënten in onze praktijkgroep. MAnaMA Femke Delbare.

Belgisch Registratienummer: B670201420834

Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier dd. 31/03/2014
  (volledig ontv. Dd. 3/04/2014)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier
  - voor de patiënt
  - familielid van de wilsonbekwame patiënt

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 10/04/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 10/04/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 10/04/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 10/04/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 22/04/2014

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 22/04/2014

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Emma Van Keymeulen
09/332 59 25
emma.vankeymeulen@uzgent.be

./.

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0400	11-apr-14	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0400

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. J. DE MAESENEER

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Emma Van Keymeulen
09/332 59 25
emma.vankeymeulen@uzgent.be

./.

VIII Tabellen

Tabel 1. Invullingsgraad per onderdeel

	Volledig								Deels								TOT (v+d)	Niet	Ingevuld door...									
	PT	IN MZ	B MZ	TH	ARTS	SAM	TOT	%	PT	IN MZ	B MZ	TH	ARTS	SAM	TOT	%			%	PT	IN MZ	B MZ	SAM	SOM (PT/MZ)	% PT/MZ (abs)	% PT/MZ (rel)	TH	% TH (rel)	ARTS	% ARTS (rel)
Administratief luik	2	2	2	1	2	2	11	50	0	0	0	1	10	0	11	50	22	0	0	2	2	2	2	8	36,36364	36,36364	2	9,091	12	54,545
Allergieën/ intoleranties	0	0	0	0	2	0	2	9,0909	0	0	0	0	0	0	0	0	2	20	90,9091	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100
Voorgeschiedenis	0	0	0	0	21	0	21	95,455	0	0	0	0	0	0	0	0	21	1	4,54545	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	100
Actieve ziekten	0	0	0	0	13	0	13	59,091	1	0	0	0	1	0	2	9,0909	15	7	31,8182	1	0	0	0	1	4,545455	6,666667	0	0	14	93,333
Chronische medicatielijst	1	0	1	0	19	0	21	95,455	0	0	0	0	0	0	0	0	21	1	4,54545	1	0	1	0	2	9,090909	9,52381	0	0	19	90,476
Actieve medicatielijst	1	0	1	0	7	0	9	40,909	0	0	0	0	0	0	0	0	9	13	59,0909	1	0	1	0	2	9,090909	22,22222	0	0	7	77,778
vaccinatiestatus	0	0	0	0	1	0	1	4,5455	1	1	1	0	14	0	17	77,273	18	4	18,1818	1	1	1	0	3	13,63636	16,66667	0	0	15	83,333
Katz schaal	3	2	0	1	9	0	15	68,182	0	0	0	0	0	0	0	0	15	7	31,8182	3	2	0	0	5	22,72727	33,33333	1	6,667	9	60
Wensen m.b.t. levenseinde	3	1	1	0	0	0	5	22,727	0	0	0	0	0	0	0	0	5	17	77,2727	3	1	1	0	5	22,72727	100	0	0	0	0
Registratieformulier arts	0	0	0	0	17	0	17	77,273	0	0	0	0	5	0	5	22,727	22		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	100
GLOBAAL DOSSIER							11,5	52,273							3,5	15,909		7	31,8182	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0

TOT % Invullingsgraad	**1**	**0,5**	**0**	
Volledig = 1	11,5	3,5	7	22
Deels = 0,5	11,5	1,75	0	13,25
Niet = 0				***60,22727***

% (abs)	% van de totale dossiers
% (rel)	% van de ingevulde dossiers

Tabel 2. Invullingsgraad per dossier

	Onderdeel																	
Dossier	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**		*TOT (%)*	**ARTS**	**MZ?**	**TH?**	**COG**	**INT**	**INI**	**M/V**
1	0,5	0	1	1	1	0	0,5	1	0	1		*60*	HAIO	B	1	2	2	arts	man
2	1	0	0	0	1	0	0,5	0	0	1		*35*	C1	B	0	3	3	arts	vrouw
3	0,5	0	1	1	1	0	0,5	0	0	0,5		*45*	C1	B + IN	0	3	2	arts	man
4	0,5	0	1	1	1	0	0	0	0	1		*45*	C1	B	1	3	2	arts	man
5	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1		*70*	HAIO	0	0	2	3	arts	vrouw
6	1	1	1	1	1	1	0,5	1	0	0,5		*80*	C1	IN	0	2	3	MZ	man
7	1	0	1	1	1	1	0,5	1	0	1		*75*	HAIO	B	0	2	2	arts	vrouw
8	1	0	1	1	1	1	0,5	1	0	1		*75*	HAIO	B	1	2	3	arts	vrouw
9	0,5	0	1	0	1	0	0,5	1	0	0,5		*45*	C2	0	0	3	2	arts	vrouw
10	0,5	0	1	0	0	0	0,5	1	0	0,5		*35*	C2	B + IN	1	3	3	arts	vrouw
11	0,5	0	1	0	1	0	0,5	1	0	1		*50*	PO	B	1	3	2	arts	vrouw
12	0,5	0	1	0,5	1	0	0	0	0	1		*40*	PO	B + IN	0	3	3	arts	man
13	0,5	0	1	0	1	0	0,5	1	0	1		*50*	PO	0	1	2	3	PT	vrouw
14	1	0	1	0,5	1	1	0,5	1	1	1		*80*	C2	IN	0	3	3	PT	man
15	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1		*50*	C1	B	1	3	3	arts	vrouw
16	0,5	0	1	1	1	0	0,5	1	0	1		*60*	HAIO	0	1	2	3	PT	vrouw
17	1	0	1	0	1	0	0,5	1	1	0,5		*60*	PO	B + IN	0	3	2	arts	vrouw
18	1	0	1	1	1	1	0,5	1	0	1		*75*	HAIO	B	1	1	2	arts	vrouw
19	0,5	0	1	1	1	1	1	0	0	1		*65*	C1	B	1	3	3	arts	vrouw
20	1	1	1	1	1	0	0,5	1	1	1		*85*	HAIO	B + IN	1	1	1	MZ	man
21	0,5	0	1	1	1	0	0,5	1	1	1		*70*	HAIO	B	0	3	3	arts	vrouw
22	1	0	1	1	1	1	0,5	0	1	1		*75*	HAIO	B	0	3	3	arts	vrouw
	75	*9,090909*	*95,45455*	*63,6364*	*95,4545*	*40,909*	*43,1818*	*68,1818*	*22,7273*	*88,6364*	*0*	*60,22727*							

Artsen	**HAIO**	71,66667 N =9	**MZ?**	**geen**	56,25 N = 4	**COG**	**Zwak**	80 N = 2	**INI**	**arts**	57,059 N = 17
	PO	50 N = 4		**Inw**	60,7143 N =7		**Matig**	67,14286 N = 7		**PT**	63,333 N = 3
	C1	53,33333 N = 6		**Buitenw**	58,75 N = 16		**Sterk**	53,46154 N = 13		**MZ**	82,5 N = 2
	C2	53,33333 N = 3		**B + IN**	53 N = 5	**INT**	**Geen**	85 N = 1	**M/V**	**man**	62,143 N = 7
			TH?	**ja**	59,0909 N = 11		**Matig**	56,875 N = 8		**vrouw**	68,462 N = 14
				nee	61,3636 N = 11		**Sterk**	60,38462 N = 13			

Tabel 3. Invullingsgraad per onderdeel per arts

PATIENTEN HAIO ***TOTAAL = 9*** Dossier 1 – 5 – 7 – 8 – 16 – 18 – 20 – 21 – 22

	Volledig									Deels									Niet		TOT ingevuld (d+v)	Ingevuld door....									
	PT	IN MZ	B MZ	TH	ARTS	SAM	TOT	%		PT	IN MZ	B MZ	TH	ARTS	SAM	TOT	%		%		PT	IN MZ	B MZ	SAM	SOM (PT/MZ)	% PT/MZ absoluut	% PT/MZ (rel)	TH	% TH (rel)	ARTS	% ARTS (rel)
Administratief luik	1	1	1	1	2	0	6	66,6667		0	0	0	1	2	0	3	33,33	0	0	9	1	1	1	0	3	33,333333	33,333333	2	22,222	4	44,44444
Allergieën/ intoleranties	0	0	0	0	1	0	1	11,1111		0	0	0	0	0	0	0	0	8	88,89	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
Voorgeschiedenis	0	0	0	0	9	0	9	100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	100
Actieve ziekten	0	0	0	0	9	0	9	100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	100
Chronische medicatielijst	0	0	0	0	9	0	9	100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	100
Actieve medicatielijst	0	0	0	0	5	0	5	55,5556		0	0	0	0	0	0	0	0	4	44,44	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	100
vaccinatiestatus	0	0	0	0	0	0	0	0		0	1	1	0	6	0	8	88,89	1	11,11	8	0	1	1	0	2	22,222222	25	0	0	6	75
Katz schaal	1	1	0	1	5	0	8	88,8889		0	0	0	0	0	0	0	0	1	11,11	8	1	1	0	0	2	22,222222	25	1	12,5	5	62,5
Wensen m.b.t. levenseinde	1	1	1	0	0	0	3	33,3333		0	0	0	0	0	0	0	0	6	66,67	3	1	1	1	0	3	33,333333	100	0	0	0	0
Registratieformulier arts	0	0	0	0	9	0	9	100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	100
GLOBAAL DOSSIER							5,9	65,5556								1,1	12,222	2	22,222		0	0	0	0	0	0		/	0	/

PATIENTEN PO ***TOTAAL = 4*** Dossier 11 – 12 – 13 – 17

	Volledig									Deels									Niet		TOT ingevuld (d+v)	Ingevuld door....									
	PT	IN MZ	B MZ	TH	ARTS	SAM	TOT	%		PT	IN MZ	B MZ	TH	ARTS	SAM	TOT	%		%		PT	IN MZ	B MZ	SAM	SOM (PT/MZ)	% PT/MZ absoluut	% PT/MZ (rel)	TH	% TH (rel)	ARTS	% ARTS (rel)
Administratief luik	0	0	0	0	0	1	1	25		0	0	0	0	3	0	3	75	0	0	4	0	0	0	1	1	25	25	0	0	3	75
Allergieën/ intoleranties	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	/	0	/	0	/
Voorgeschiedenis	0	0	0	0	4	0	4	100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
Actieve ziekten	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	1	0	1	25	3	75	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
Chronische medicatielijst	0	0	0	0	4	0	4	100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
Actieve medicatielijst	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	/	0	/	0	/
vaccinatiestatus	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	3	0	3	75	1	25	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
Katz schaal	1	0	0	0	2	0	3	75		0	0	0	0	0	0	0	0	1	25	3	1	0	0	0	1	25	33,333333	0	0	2	66,66667
Wensen m.b.t. levenseinde	1	0	0	0	0	0	1	25		0	0	0	0	0	0	0	0	3	75	1	1	0	0	0	1	25	100	0	0	0	0
Registratieformulier arts	0	0	0	0	4	0	4	100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
GLOBAAL DOSSIER							1,7	42,5								0,7	17,5	1,6	40		0	0	0	0	0	0			0	/

PATIENTEN COLLEGA 1 ***TOTAAL = 6*** Dossier 2 – 3 – 4 – 6 – 15 – 19

	Volledig									Deels									Niet		TOT ingevuld (d+v)	Ingevuld door....									
	PT	IN MZ	B MZ	TH	ARTS	SAM	TOT	%		PT	IN MZ	B MZ	TH	ARTS	SAM	TOT	%		%		PT	IN MZ	B MZ	SAM	SOM (PT/MZ)	% PT/MZ absoluut	% PT/MZ (rel)	TH	% TH (rel)	ARTS	% ARTS (rel)
Administratief luik	0	1	1	0	0	1	3	50		0	0	0	0	3	0	3	50	0	0	6	0	1	1	1	3	50	50	0	0	3	50
Allergieën/ intoleranties	0	0	0	0	1	0	1	16,6667		0	0	0	0	0	0	0	0	5	83,33	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
Voorgeschiedenis	0	0	0	0	5	0	5	83,3333		0	0	0	0	0	0	0	0	1	16,67	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	100
Actieve ziekten	0	0	0	0	4	0	4	66,6667		0	0	0	0	0	0	0	0	2	33,33	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
Chronische medicatielijst	0	0	0	0	6	0	6	100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	100
Actieve medicatielijst	0	0	0	0	3	0	3	50		0	0	0	0	0	0	0	0	3	50	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
vaccinatiestatus	0	0	0	0	1	0	1	16,6667		0	0	0	0	3	0	3	50	2	33,33	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
Katz schaal	0	1	0	0	0	0	1	16,6667		0	0	0	0	0	0	0	0	5	83,33	1	0	1	0	0	1	16,666667	100	0	0	0	0
Wensen m.b.t. levenseinde	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	0	0	0	/	0	/	0	/
Registratieformulier arts	0	0	0	0	6	0	6	100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	100
GLOBAAL DOSSIER							3	50								0,6	10	2,4	40		0	0	0	0	0	0		/	0	/

PATIENTEN COLLEGA 2 ***TOTAAL = 3*** Dossier 9 – 10 – 14

	Volledig									Deels									Niet		TOT ingevuld (d+v)	*Ingevuld door....*									
	PT	IN MZ	B MZ	TH	ARTS	SAM	TOT	%		PT	IN MZ	B MZ	TH	ARTS	SAM	TOT	%		%		PT	IN MZ	B MZ	SAM	SOM (PT/MZ)	% PT/MZ absoluut	% PT/MZ (rel)	TH	% TH (rel)	ARTS	% ARTS (rel)
Administratief luik	1	0	0	0	0	0	1	33,3333		0	0	0	0	2	0	2	66,67	0	0	3	1	0	0	0	1	33,333333	33,333333	0	0	2	66,66667
Allergieën/ intoleranties	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	/	0	/	0	/
Voorgeschiedenis	0	0	0	0	3	0	3	100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
Actieve ziekten	0	0	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	0	1	33,33	2	66,67	1	1	0	0	0	1	33,333333	100	0	0	0	0
Chronische medicatielijst	1	0	0	0	1	0	2	66,6667		0	0	0	0	0	0	0	0	1	33,33	2	1	0	0	0	1	33,333333	50	0	0	1	50
Actieve medicatielijst	1	0	0	0	0	0	1	33,3333		0	0	0	0	0	0	0	0	2	66,67	1	1	0	0	0	1	33,333333	100	0	0	0	0
vaccinatiestatus	0	0	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	2	0	3	100	0	0	3	1	0	0	0	1	33,333333	33,333333	0	0	2	66,66667
Katz schaal	1	0	0	0	2	0	3	100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	1	33,333333	33,333333	0	0	2	66,66667
Wensen m.b.t. levenseinde	1	0	0	0	0	0	1	33,3333		0	0	0	0	0	0	0	0	2	66,67	1	1	0	0	0	1	33,333333	100	0	0	0	0
Registratieformulier arts	0	0	0	0	3	0	3	100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
GLOBAAL DOSSIER							1,4	46,6667								0,6	20	1	33,33	0	0	0	0	0	0	0	/		/	0	/

Tabel 4. Invullingsgraad artsenregistraties

Met behulp van vraag aan vaste arts: Heeft u steeds iets opgeschreven bij het formulier voor artsenregistraties?

	Femke	Karel	Linda	Yvan	Totaal
Altijd	9	2	1	0	12
meestal	0	2	5	0	7
soms	0	0	0	3	3
zelden	0	0	0	0	0
nooit	0	0	0	0	0
controle	9	4	6	3	22

Tabel 5. Gebruik van het thuisdossier

	Femke	Karel	Linda	Yvan
De vaste arts				
- Totale aantal patiënten	9	4	6	3
- Bij hoeveel patiënten werd iets in het dossier geschreven?	9	4	6	3
De collega-artsen van de praktijk				
- Bij hoeveel ptn kwam een collega langs?	5	0	1	1
- Hoe vaak werd iets in het dossier geschreven?	4	0	1	0
Wachtartsen				
- Bij hoeveel ptn kwam een wachtarts langs?	1	0	0	0
– Hoe vaak heeft deze iets in het dossier geschreven?	0	0	0	0
Doorverwijzingsbrief				
- Bij hoeveel ptn werd een verwijsbrief gemaakt?	3	0	2	0
– Hoe vaak werden gegevens overgeschreven?	2	0	0	0
– Hoe vaak werden kopieën meegegeven?	0	0	0	0
– Hoe vaak werd het volledig mapje of blad uit mapje meegegeven	1	0	2	0

Tabel 6. Betrokkenheid van de patiënt

		GRAAD VAN BETROKKENHEID											
		1 = geen inbreng 5 = optimale inbreng											
		1	**%**	**2**	**%**	**3**	**%**	**4**	**%**	**5**	**%**	**controle**	
GLOBAAL		10	45,454545455	1	4,5454545455	3	13,636363636	8	36,363636364	0	0	22	22
BEINVLOEDENDE FACTOREN													
cognitief functioneren vd patiënt	LAAG	1		0	50	0		1	50	0		2	
	MATIG	2		0	33,333333333	2		2	66,666666667	0		6	
	GOED	7		1	57,142857143	1		5	42,857142857	0		14	22
interesse patiënt in gezondheidstoestand	GEEN	0		0	0	0		1	100	0		1	
	MATIG	6		0	75	1		1	25	0		8	
	HOOG	4		1	38,461538462	2		6	61,538461538	0		13	22
aanwezigheid inwonende mantelzorger	AANWEZIG	3		1	50	0		4	50	0		8	
	NIET AANWEZIG	7		0	50	3		4	50	0		14	22
elders wonende mantelzorger	AANWEZIG	9		1	62,5	2		4	37,5	0		16	
	NIET AANWEZIG	1		0	16,666666667	1		4	83,333333333	0		6	22
thuishulp	AANWEZIG	6		0	54,545454545	2		3	45,454545455	0		11	
	NIET AANWEZIG	4		1	45,454545455	1		5	54,545454545	0		11	22
artsen	***HAIO***	3		0	33,333333333	1		5	66,666666667	0		9	
	PO	2		0	50	1		1	50	0		4	
	COLLEGA 1	3		1	66,666666667	1		1	33,333333333	0		6	
	COLLEGA 2	2		0	66,666666667	0		1	33,333333333	0		3	22
Geslacht	MAN	4		0	57,142857143	0		3	42,857142857	0		7	
	VROUW	6		1	46,666666667	3		5	53,333333333	0		15	22

Tabel 7. Controle voor bias

Vergelijken van kenmerken van de patiënten van de verschillende artsen

		Femke	Karel	Linda	Yvan
totaal aantal patiënten		9	4	6	3
inwonende mantelzorger	aanwezig	1	2	2	2
	niet aanw.	8	2	4	1
	% aanwezig	*11,111111111*	*50*	*33,333333333*	*66,666666667*
andere mantelzorger	aanwezig	7	3	5	1
	afwezig	2	1	1	2
	% Afwezig	***22,222222222***	***25***	***16,666666667***	***66,666666667***
thuishulp	aanwezig	4	2	4	1
	niet aanw.	5	2	2	2
	% aanwezig	*44,444444444*	*50*	*66,666666667*	*33,333333333*
cognitief niveau	Laag (1)	2			
	Matig (2)	5	1	1	
	Goed (3)	2	3	5	3
	gemiddeld	***2***	***2,75***	***2,8333333333***	***3***
interesse eigen GZH	laag	1			
	matig	3	3	2	1
	hoog	5	1	4	2
	gemiddeld	***2,4444444444***	***2,25***	***2,6666666667***	***2,6666666667***