De chronische medicatielijst op huisbezoek: een nuttig instrument voor andere hulpverleners dan de behandelende huisarts?

dr. Pieter-Jan De Munck

Huisarts-In-Opleiding, Universiteit Gent

2013-2015

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts

Co-promotor: Dr. Diego Schrans

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

De chronische medicatielijst op huisbezoek: een nuttig instrument voor andere hulpverleners dan de behandelende huisarts?

HAIO: dr. Pieter-Jan De Munck
Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts
Co-promotor: Dr. Diego Schrans
Praktijkopleider: dr. Johan Geldhof

***Context**:* Naast de huisarts komen ook andere hulpverleners bij chronische, minder mobiele patiënten: wachtarts, kinesist, thuisverpleegkundige. Er kan verwarring ontstaan tussen deze hulpverleners omtrent het juiste medicatiegebruik omdat geen duidelijke en actuele medicatielijst voorhanden is.

***Doelstelling**:* Hoe staan hulpverleners in de thuiszorg tegenover een medicatielijst bij de patiënt thuis? Daarnaast proberen we bij al deze patiënten een accurate, chronische medicatielijst te bekomen zowel bij de patiënt thuis als in het elektronisch medisch dossier (EMD).

***Methode**:* In de literatuur werd gezocht naar hindernissen en oplossingen voor het verkrijgen van een accurate en volledige medicatielijst. Daarnaast werd gekeken in hoeverre de beschikbare medicatielijst bij de patiënt verschilt van de medicatielijst waaraan de patiënt zich volgens de huisarts medisch gezien dient te houden. Bij een groep van 20 oudere patiënten, die enkel op huisbezoek worden gezien, werd een volledige en betrouwbare medicatielijst opgesteld. Dezelfde medicatielijst werd ook in het EMD ingevoerd. Bij elke patiënt werd nagegaan op welke hulpverleners zij regelmatig beroep doen en deze werden vervolgens bevraagd over het nut van een dergelijke medicatielijst. Vervolgens werd op het einde van de studie gecontroleerd of de medicatielijst in het EMD en bij de patiënt thuis nog overeenkwamen.

***Resultaten**:* 20 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 78 jaar namen deel aan de studie. Het gemiddeld aantal chronische geneesmiddelen die ze innamen, bedroeg 6,7. Bij het begin van de studie was slechts bij 1 patiënt (5%) thuis een betrouwbare medicatielijst voorhanden, achteraf steeg dit tot 18 (90%). De aanwezigheid van een betrouwbare medicatielijst in het EMD steeg van 0% bij het begin naar 85% bij het einde van de studie. Van de 28 ondervraagde hulpverleners: 16 artsen, 5 apothekers, 4 kinesisten en 3 verpleegkundigen zeggen er 27 een correcte medicatielijst bij de patiënt thuis nuttig te vinden. De voordelen van een dergelijke lijst zijn: tijdwinst, kennis van antecedenten, voorkomen van geneesmiddeleninteracties en dubbel gebruik en controle van de therapietrouw.

***Conclusie**:* Een volledige en betrouwbare medicatielijst wordt door verschillende soorten hulpverleners (thuisverpleegkundigen, apothekers, kinesisten en artsen) als nuttig beschouwd. Lokale interdisciplinaire afspraken, het gebruik van een draagbaar en digitaal platform als Vitalink en extra inspanningen van de hulpverleners zijn mogelijke strategieën om dergelijke medicatielijst bij alle chronische patiënten voorhanden te hebben en actueel te houden.

Contactgegevens: pieterjan.demunck@ugent.be

Inhoudstafel

Inleiding 1

Selectie van het onderwerp volgens de FOCUS-strategie 2

De onderzoeksvraag – Doelstelling 4

Deel 1: Oriënterend literatuuronderzoek 5

1.1 Zoekstrategie 5

1.2 Huidige stand van de literatuur 5

1.2.1. ICHO-masterproeven 5

1.2.2 De accuraatheid van medicatielijsten en “medication reconciliation” 6

1.2.3 Multidisciplinaire aanpak 8

1.2.4 Vitalink 9

Deel 2: Methodologie 11

2.1 Opzet van de studie en selectie patiëntenpopulatie 11

2.2 Goedkeuring Ethische Commissie UZ Gent 11

2.3 Opmaak van de medicatielijst bij de patiënt thuis 11

2.4 Controle van de medicatielijst tijdens de 6 maanden registratie 12

2.5 Telefonische enquête met de hulpverleners 13

2.6 Controle van de medicatielijst in het EMD 13

Deel 3: Resultaten 14

3.1 Demografische gegevens patiëntengroep 14

3.2 Medische gegevens patiëntengroep en omkadering 15

3.3 De medicatielijst bij de patiënt thuis en in het EMD 15

3.4 Telefonische enquête bij de hulpverleners 16

3.4.1 De artsen van de lokale huisartsenkring 16

3.4.2 De lokale apothekers 17

3.4.3. De lokale kinesitherapeuten 17

3.4.4. De lokale thuisverpleegkundigen 18

3.4.5. Algemeen multidisciplinair resultaat 19

Deel 4: Discussie 21

4.1 Het nut van de medicatielijst bij een patiënt thuis 21

4.2 Beschikbaarheid van een accurate medicatielijst thuis 21

4.3 Beschikbaarheid van een accurate medicatielijst in het EMD 22

4.4 Centrale gegevensdeling – Vitalink 23

4.5 Wat naar de toekomst toe? 24

Deel 5: Conclusie 25
Deel 6: Referenties 26
Lijst van gebruikte afkortingen 29
Lijst van figuren 29
Lijst van tabellen 29
Bijlagen 30

Inleiding

In september 2013 ben ik als eerste huisarts-in-opleiding (HAIO) gestart in een drukke solopraktijk bij een arts met ruim 35 jaar ervaring. Wanneer ik tijdens de huisbezoeken bij oudere, chronische patiënten langsging, stelde ik vast dat er vaak geen medicatielijst voorhanden was. Meestal wisten patiënten dan ook, buiten de vorm en kleur van de pilletjes die ze namen, noch de naam of dosering te vertellen van hun medicatie. In sommige gevallen wist men zelfs de reden voor inname van een bepaald medicijn niet. Dit bracht tijdens mijn eerste maanden als huisarts-in-opleiding vaak verwarring met zich mee, bijvoorbeeld voor de verlenging van chronische medicatie, mede door het feit dat ik de patiënten ook nog niet goed kende.

Verder bleek bij nazicht van het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) dat de medicatielijsten van de patiënten die enkel op chronisch huisbezoek werden gezien vaak niet up-to-date of onvolledig was. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat mijn praktijkopleider geen laptop op huisbezoek gebruikt of de medicatielijst na het huisbezoek niet werd aangepast. Op deze manier was het moeilijk om als beginnend arts mijn huisbezoeken bij chronische patiënten voor te bereiden. Voor mijn collega die de patiënten en hun ziekteverloop goed kent, vormde dit in het verleden echter geen probleem daar hij al die jaren alleen werkte.

Gezien je als beginnende HAIO reeds mee dient te draaien in het wachtsysteem, kom je op deze wijze dus ook bij patiënten terecht van andere collega's uit de wachtkring. Bij dergelijke huisbezoeken is het vaak nog erger, omdat je de patiënten helemaal niet kent, vooraf geen dossier kan raadplegen in het EMD, patiënten vaak geen duidelijke informatie kunnen geven betreffende hun chronische medicatie, ... Op dat ogenblik moet je een inschatting maken en vooral d.m.v. een goede anamnese de nodige informatie proberen te verzamelen alvorens verdere beslissingen te nemen. Als beginnende arts is dit niet altijd even makkelijk. Dat geldt eveneens voor de andere hulpverleners die bij chronische patiënten thuiskomen. Indien zij een inaccurate of geen medicatielijst voor ogen krijgen, lopen zij het risico zogenaamde adverse drug effects te veroorzaken bij oudere patiënten, met een mogelijke hospitalisatie tot gevolg.[1] Na een uitgebreid verkennend gesprek met zowel mijn praktijkopleider als (co-)promotor leek het ons nuttig mij hierin voor de masterproef verder te verdiepen.

Omwille van bovenstaande, evidente redenen heb ik de medicatielijst bij chronische patiënten op huisbezoek dan ook als centraal onderwerp gekozen voor mijn masterproef, meer bepaald of de

aanwezigheid van een up-to-date medicatielijst nuttig zou blijken voor andere hulpverleners dan de eigen behandelende artsen (HAIO en praktijkopleider), zoals bv. de dokter met wachtdienst, de kinesist, de thuisverpleging, …

Ik acht dit een zeer relevant onderwerp voor de huisarts, gezien ik meen dat een up-to-date medicatielijst bij patiënten thuis vele voordelen kan bieden voor de behandelende arts én voor andere hulpverleners, en niet in het minste ook voor de patiënt zelf. Met één blik op de medicatielijst kan eender welke geschoolde hulpverlener een eerste inschatting maken van de patiënt die voor hem zit.

Het bewijs dat een medicatielijst bij chronische patiënten thuis en bij uitbreiding een volledig thuisdossier een nuttig en relevant onderwerp is geweest en vooralsnog blijft voor de huisartsgeneeskunde wordt geleverd door de ICHO-database van masterproeven van vorige huisartsen-in-opleiding te raadplegen. De resultaten van deze masterproeven worden hieronder kort opgelijst bij de literatuurstudie.

Selectie van het onderwerp volgens de FOCUS-strategie

Voor het vinden van een duidelijk omschreven onderwerp voor een kwaliteitsverbeterend project in de praktijk werd gebruik gemaakt van de FOCUS-strategie[2]. Op deze manier kan op een weloverwogen manier gekozen worden voor een onderwerp dat naar de toekomst toe de kwaliteit van de zorg kan verbeteren.

1. Vind een algemeen probleem (Find a problem)

De medicatielijsten van patiënten in het algemeen vertonen in ons EMD vaak onvolledigheden en worden niet altijd accuraat bijgehouden. Vaak zijn de medicatielijsten verouderd, werd de posologie niet ingevuld, blijft acute medicatie in de chronische lijst staan, …

2. Brainstorm sessie over concreet probleem (Organize a meeting)

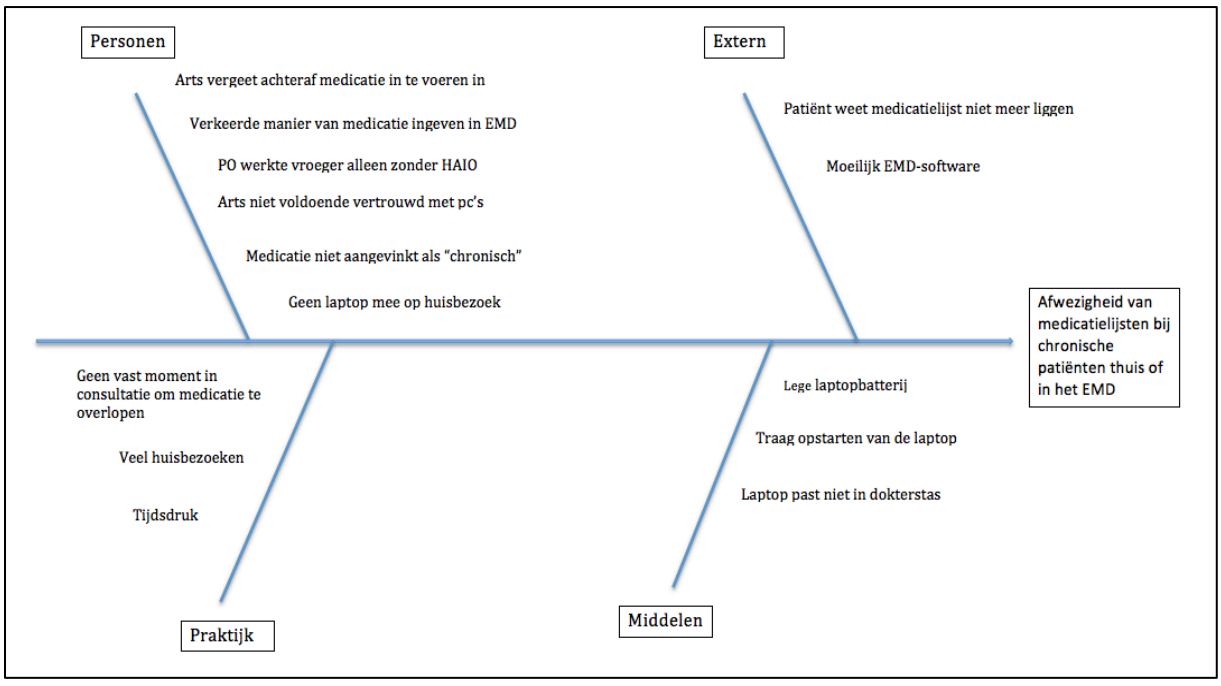
Na verschillende gesprekken met mijn praktijkopleider, co-promotor, promotor en stage-coördinator kwamen we ertoe dat de chronische medicatielijst zeker een relevant onderwerp betrof en genoeg stof biedt voor het maken van een masterproef. In de literatuur zijn reeds vele studies uitgevoerd die aantoonden dat de accuraatheid van medicatielijsten bij huisartsen vaak voor verbetering vatbaar is, niet alleen in België, maar ook wereldwijd.[3-20]

3. Consensus bereiken over het probleem (Clarify the problem)

Sommige chronische patiënten worden in onze praktijk enkel op huisbezoek gezien. Gezien mijn praktijkopleider, in de jaren voor ik begon als HAIO, geen laptop meenam op huisbezoek en verder ook wegens tijdsgebrek, werden de aanpassingen van de medicatie op huisbezoek achteraf niet altijd aangevuld in het EMD. Daarnaast wordt bij deze patiënten geen medicatielijst achtergelaten op systematische wijze, waardoor het niet altijd meteen duidelijk is welke medicatie deze patiënten innemen. Op zijn beurt kan dit negatieve gevolgen hebben voor deze patiënten wanneer een hulpverlener (dokter van wacht, kinesist, apotheker, …) een handeling stelt die interfereert met de medicatie die de patiënt op dat ogenblik neemt. Het centrale probleem is dus de afwezigheid van een volledige, accurate en up-to-date medicatielijst bij patiënten die enkel op huisbezoek worden gezien.

4. Waarom/waar loopt het mis? (Understand the problem)

Om te begrijpen waarom een probleem zich voordoet, is het nuttig via een brainstormsessie alle mogelijke oorzaken hiervoor op te lijsten. Een nuttig instrument om de verschillende redenen te concretiseren is het opmaken van een zogenaamde Ishikawa-visgraatanalyse.[2] Hierin kunnen zowel knelpunten als sterke punten opgelijst worden zodat we kunnen kijken waar verbetering kan bekomen worden.



Figuur 1: visgraatanalyse voor gekend probleem

5. Start de Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus

Van hieruit werd het studie-opzet verder bepaald, nl. het voorzien van een chronische medicatielijst bij chronische, minder mobiele patiënten thuis. Vooreerst wordt een haalbaar plan opgemaakt dat gehanteerd wordt tijdens het verloop van deze studie. Nadien wordt het uitgevoerde plan geanalyseerd qua uitkomsten en zo nodig aangepast. Ten slotte is het de bedoeling deze cyclus nadien verder te integreren in de praktijk met inbegrip van de verbetering aan het plan. Zodoende hopen we een hoger kwaliteitsniveau te bekomen. Verdere gegevens hierover staan te lezen in het onderdeel methodologie.

De onderzoeksvraag – Doelstelling

Via de FOCUS-strategie werd de chronische medicatielijst bij patiënten thuis gekozen voor deze masterproef. Dat dit een relevant onderwerp is, blijkt uit de vele masterproeven van vorige HAIO's.[3-7] Om geen overlapping te bekomen met deze masterproeven werd het onderwerp bijgeschaafd tot onderstaande onderzoeksvraag:

In hoeverre vinden andere hulpverleners dan de eigen behandelende artsen (HAIO en PO) de chronische medicatielijst die zich bij enkel op huisbezoek geziene chronische patiënten bevindt nuttig?

Het voornaamste doel van deze masterproef is een antwoord te vinden op bovenstaande vraag, zodat we weten of de inspanning om een dergelijke medicatielijst op te maken en achter te laten bij de patiënt thuis multidisciplinaire voordelen kan bieden. We proberen hiermee de uitwisseling van informatie betreffende de chronische medicatie bij patiënten tussen multidisciplinaire hulpverleners danig te verbeteren, opdat we een betere kwaliteit van zorg kunnen verlenen en de samenwerking tussen de verschillende disciplines efficiënter kan verlopen.

Een bijkomende doelstelling hierbij is uiteraard het verkrijgen van een actuele up-to-date medicatielijst bij de chronische patiënten thuis die enkel op huisbezoek worden gezien. Daarnaast wordt ook getracht deze volledige medicatielijst op systematische wijze beschikbaar te stellen in het EMD dat door de HAIO en PO gemeenschappelijk gebruikt wordt.

Deel 1: Oriënterend literatuuronderzoek

Vooraleer de studie te starten, is het evident dat er in de literatuur gezocht wordt naar wat reeds geweten is over dit onderwerp. Op deze manier wordt getracht om geen overlapping te bekomen met reeds uitgevoerde studies en rekening te houden met suggesties naar de toekomst die andere onderzoekers hebben geuit teneinde beter gerichte studies te kunnen uitvoeren. Hieronder worden het verloop en de resultaten van het oriënterend literatuuronderzoek uiteengezet.

1.1 Zoekstrategie

Alvorens de literatuurstudie aan te vatten werd in de online ICHO-database gezocht naar masterproeven van vorige HAIO's die handelden over de onderwerpen "medicatielijst" en "thuisdossier". Daarnaast werd via de zoekmachines van de websites van Domus Medica en de Nederlandse HuisartsenGenootschap (NHG) gezocht naar informatie via dezelfde bovenstaande zoektermen. Deze twee wetenschappelijke verenigingen van huisartsen hebben als doel een wetenschappelijk verantwoorde beroepsuitoefening door de huisarts te vrijwaren en te bevorderen. Aan deze professionalisering wordt bijgedragen door een vertaling van wetenschap naar richtlijnen en informatie voor de huisartsenpraktijk. Derhalve vormen zij vaak de eerste stap in het opzoeken van hoe we een bepaald probleem kunnen aanpakken, dit zowel voor beginnende als meer ervaren artsen. Andere voorname bronnen die geraadpleegd werden, waren het Belgisch Tijdschrift voor Geneeskunde, het Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde, Huisarts Nu en Huisarts&Wetenschap. Vervolgens werd via de hantering van online database zoekmachines als PubMed en Ovid gezocht naar verdere informatie over het onderwerp. Er werd gezocht op basis van volgende zoektermen in verschillende combinaties: medication list, medication discrepancies, accuracy, availability, … Verder werd ook gebruik gemaakt van de MeSH-termen als "general practice" en "medication reconciliation". Ten slotte werd nog verder gezocht in de referenties van reeds weerhouden artikels.

1.2 Huidige stand van de literatuur

1.2.1. ICHO-masterproeven

Dat de medicatielijst voor patiënten een relevant onderwerp is voor de huisartsgeneeskunde staat vast. Om na te gaan wat er al geweten is hierover ging ik in de online ICHO-database van masterproeven van voorgaande HAIO's zoeken naar reeds uitgevoerde projecten. Hieronder wordt kort de oplijsting gemaakt van de vergaarde informatie.

Dokter Vanneuville wou met haar masterproef nagaan in welke mate het invoeren van medicatie/posologielijsten voor alle patiënten uit de praktijk het aantal fouten betreffende de inname van medicatie kon verbeterd worden.[3] Met de invoering van deze interventie bleek dat het regelmatig updaten van de medicatielijst van patiënten in het EMD en het meegeven van medicatielijsten aan patiënten het gemiddeld aantal fouten bij medicatie-inname verminderen van gemiddeld 2,5 fouten naar 0,3.

In de masterproef van dr. Benats werd aangetoond dat een multidisciplinaire aanpak bij het medicatiebeleid, waarin zowel huisarts, apotheker als thuisverpleging, mantelzorgers en patiënt zelf een rol spelen, de medicatie-errors verhindert.[4] Volgens hem zou meer aandacht voor het afleggen van een gestructureerd en correct huisbezoek, eventueel met een laptop, en communicatie tussen de verschillende disciplines hier verder toe kunnen bijdragen.

Het invoeren van een medicatielijst die wordt meegegeven aan patiënten die de huisarts consulteren in het kabinet leidt volgens dr. Fremout op korte termijn tot een substantiële verbetering van de medicatiekennis en dossierinhoud van patiënten.[5] Een dergelijke interventie bij patiënten die zelf op consultatie komen, is m.a.w. een vrij eenvoudige en haalbare actie waarmee men een goed resultaat boekt.

We weten ook uit, naast onze eigen ervaring, de studie van dr. Van der Donckt dat ontbrekende/onjuiste medicatie-informatie een belangrijk, maar onderschat probleem is in de gezondheidszorg.[6] In deze studie kon aangetoond worden dat de medicatiegegevens uit 3 voor de meest hand liggende bronnen (patiënt, huisarts en apotheker) veel discrepanties bevatten.

Dr. Cortvriendt implementeerde in zijn opleidingspraktijk een 3-maandelijkse controle van de medicatielijst met notitie van de controledatum in het EMD bij zorgafhankelijke ouderen thuis of in het woonzorgcentrum.[7] Hiermee steeg het aantal correcte medicatielijsten in het EMD van 7 naar 48% na 3 maanden. Dit effect bleef evenwel niet bewaard na 6 maanden omdat er problemen met het EMD waren en er geen laptop werd meegenomen op huisbezoek. Indien artsen met een laptop op huisbezoek zouden gaan, kan dit volgens hem leiden tot een betere motivatie tot controleren van de medicatielijsten en bij uitbreiding een verbeterde medicatieveiligheid.

1.2.2 De accuraatheid van medicatielijsten en “medication reconciliation”

De laatste jaren wordt vaker gesproken over het proces “medication reconciliation”.[8-13] Vele studies handelen over zogenaamde medicatiefouten, d.i. wanneer patiënten door een onvolledige en/of inaccurate medicatielijst hun medicatie verkeerd innemen en daaruit negatieve gevolgen

voortvloeien, zoals bv. adverse drug reactions.[1,3,4,8,10-12] Doorheen de jaren werd een nieuw medicatiebeleid ontwikkeld en onderzocht dat de term medication reconciliation kreeg, letterlijk: "verzoening van de medicatie". Dit is een systematische aanpak om een nauwgezet nazicht van alle medicatie die patiënten innemen uit te voeren, telkens wanneer een patiënt van geneeskundige dienst verandert, bv. verwijzing naar specialist, ontslag uit ziekenhuis, opname in rust- en verzorgingstehuis (RVT), … Dit proces helpt de artsen om een betrouwbare medicatielijst op te stellen die door de verschillende behandelende artsen steevast objectief wordt nagekeken waarbij medicatie wordt toegevoegd, aangepast of gestopt[10]. Dit proces kan aanzien worden als een drie-stappen proces:

1. Verificatie: samenstellen van actuele en accurate medicatielijst met dosis, route van inname en frequentie per dag
2. Verduidelijking: Nazicht dat elk medicijn en de dosis aangepast is aan de noden van de patiënt
3. Reconciliation (= verzoening): registreren van veranderingen aan de medicatielijst

Het is reeds lang bekend dat medicatielijsten niet accuraat genoeg worden bijgehouden, zowel in Vlaanderen als wereldwijd[3-20]. Er werd dan ook al aangetoond in de studie van Smith et al. dat bij artsen uit de eerste lijn klinische informatie over een patiënt ontbreekt tijdens 1 op 7 huisbezoeken, zowel van de eigen patiënten als tijdens de wachtdienst. Dit brengt vervolgens een groot deel tijdverlies en een risico op de zogenaamde adverse drug reactions met zich mee.[21] Dit probleem is enerzijds duidelijk in de huisartsenpraktijk, maar anderzijds worden ook specialisten hiermee geconfronteerd. Zo werd reeds gezien dat de medicatielijst bij een ziekenhuisopname van een patiënt vaak niet accuraat is. In een studie van Balon et al. wordt duidelijk dat er vaak discrepanties zijn tussen de medicatielijsten die huisartsen meegeven met de verwijsbrief en de medicatielijst die patiënten zelf bijhouden of vertellen tijdens de anamnese.[13] Het is een probleem dat frequent voorkomt en een belangrijk gegeven vormt bij de hospitalisatie van patiënten. Daarnaast blijkt dat er grote vraag is bij hulpverleners naar het verkrijgen van actuele medicatielijsten op basis van het EMD.[22]

De afwezigheid van een (accurate) medicatielijst bij chronische, minder mobiele patiënten thuis, en bij uitbreiding eigenlijk alle patiënten, kan ervoor zorgen dat er zich fouten voordoen, zoals voorschrijven van onaangepaste medicatie (bv. geneesmiddelen interacties, dubbele therapie (bv. 2 soorten antiphlogistica)) of foutief toedienen van medicatie.[23] Om de veiligheid rond medicatiegebruik te verbeteren is het nodig dat zowel hulpverleners als de patiënten zelf een inspanning leveren. Wanneer de hulpverleners een betere voorlichting geven aan hun patiënten merken we ook dat patiënten zich meer bewust worden van de medicatie die ze gebruiken.[14-15]

In deze tijden van moderne technologie, waarin ook oudere patiënten meer vertrouwd zijn met computers, toont de studie van Staroselsky aan dat deze modernisering nog niet onmiddellijk zal bijdragen aan het probleem van onjuiste medicatielijsten. Wanneer men patiënten de mogelijkheid geeft om via een beveiligde internetverbinding zelf hun medicatielijst in het elektronisch medisch dossier aan te passen, blijkt dat er nog steeds evenveel discrepanties bestonden ten opzichte van patiënten die dit niet deden.[16]

Het bekomen van een betrouwbare, volledige en accurate medicatielijst kan volgens verschillende studies het best bij de patiënt thuis gebeuren.[17] Het gebruik van de laptop met EMD van de patiënt op huisbezoek kan hier echter nog meer toe bijdragen. In de huisartsensetting is een dergelijke interventie een werkbaar gegeven gezien oudere, chronische patiënten vaker op huisbezoek worden gezien alwaar de huisarts een betere inschatting kan maken van de medicatie, dosering, inname, … Ook andere hulpverleners zoals specialisten, bv. geriaters die patiënten in het geriatrisch dagziekenhuis zien, zijn vragende partij naar een actuele medicatielijst met zowel de zogenaamde acute, over-the-counter medicatie als de chronische medicatie. Hiervoor lijkt het dan ook het meest aangewezen dit samen met de patiënt thuis te overlopen.

1.2.3 Multidisciplinaire aanpak

Nu patiënten vandaag de dag vaker beroep doen op meerdere hulpverleners, die mogelijks niet weten welke medicatie door andere hulpverleners werd voorgeschreven, is het des te belangrijker de patiënten te voorzien van een integrale medicatielijst.[18-21] Wereldwijd alsook in België wordt er meer en meer gestreefd naar een papierloos systeem om medische informatie over patiënten beschikbaar te stellen. Helaas vertonen deze systemen voorlopig nog kinderziekten of zijn ze nog onvoldoende in gebruik genomen door de verschillende hulpverleners, zodat vandaag nog steeds discrepanties bestaan tussen de medicatielijst volgens de arts en de werkelijke inname van medicatie door patiënten.[15]

Het ter beschikking stellen aan andere hulpverleners van een duidelijke medicatielijst heeft zijn nut al bewezen. Een Zweedse studie toonde aan dat een regionaal gedeelde medicatielijst de patiëntveiligheid verhoogt en de focus op de verantwoordelijkheid van het voorschrijven verhoogt.[18] Het is daarnaast ook zeer belangrijk voor de continuïteit van zorg dat de actuele, chronische medicatie die een patiënt inneemt beschikbaar is voor het volledige zorgteam en ook accuraat is.[19]

Chae et al. hebben voor 104 patiënten een medicatiekaart opgesteld die in hun portefeuille paste en hen gevraagd deze te vertonen bij elke hulpverlener die ze raadpleegden.[15] Ze kregen ook een vragenlijst mee om na te gaan wat hun perceptie was over hun eigen verantwoordelijkheid en die

van de arts, alsook de patiëntenkennis betreffende hun medische zorg. Vervolgens werden deze patiënten 4 tot 11 maanden later opgebeld om na te gaan of ze deze kaart nog gebruikten en de vragenlijst opnieuw binnen te brengen. Uit deze studie bleek dat een significant aandeel van de patiënten aangaf de medicatielijst te willen blijven gebruiken. Daarnaast bleken ze zelf ook meer inzicht te hebben in hun eigen medische situatie.

Verschillende studies toonden aan dat samenwerking tussen artsen uit de eerste lijn en apothekers absoluut nodig is om de medicatieveiligheid te vrijwaren.[6,20,24] Het grootste probleem om deze veiligheid van gepolymediceerde patiënten te vrijwaren was dat de artsen vaak een fout of onvolledig overzicht van de medicatielijst van deze patiënten bezaten, vooral wat betreft vrij verkrijgbare geneesmiddelen. Een groot deel van dit probleem was toe te schrijven aan communicatie en coördinatiefouten tussen artsen en apothekers. De oplossing voor dit probleem bleek een informatiesysteem waardoor communicatie tussen artsen en apothekers onderling mogelijk wordt.

1.2.4 Vitalink

Ook in België zijn verschillende instanties dagelijks bezig met het ontwerpen van nieuwe methodes om patiëntengegevens zoals bv. medicatielijsten, vaccinatiegegevens, … beschikbaar te kunnen stellen binnen een zorgteam met inbegrip van de patiënt. Zo werd in 2013 Vitalink op de markt gebracht.

Vitalink is een project, meer bepaald een digitaal platform, dat door de Vlaamse overheid werd ontwikkeld met als doel betrouwbare patiënteninformatie op een eenvoudige manier beschikbaar te stellen aan een multidisciplinair team dat de patiënt omkadert. Dit platform moet ervoor zorgen dat er een betere interdisciplinaire samenwerking is. Om betere efficiëntie en een hogere kwaliteit van zorg te bekomen, is het nodig dat men over nodige informatie kan beschikken waarvan men tevens zeker weet dat deze betrouwbaar is.[25-27]

Vitalink maakt overigens ook deel uit van het hele eHealth-platform. Dit platform is een federale instelling die opgericht werd met als doel een goed georganiseerde, onderlinge elektronische dienstverlening en uitwisseling van medische informatie te promoten en te ondersteunen tussen de verschillende actoren in de gezondheidszorg. Uiteraard wordt hierbij rekening gehouden met de nodige waarborgen op vlak van de informatieveiligheid, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en van de zorgverlener en bovenal het respect van het medisch beroepsgeheim.[25-26]

In tegenstelling tot andere systemen voor private gegevensdeling beperkt Vitalink zich niet tot een bepaalde sector (zoals ziekenhuizen) of bepaalde beroepsgroepen (zoals artsen of apothekers). Vitalink is het enige platform dat zich focust op de gehele eerstelijnsgezondheidszorg en dat erop gericht is om samenwerking mogelijk te maken tussen zorgverleners én welzijnswerkers.

De elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgverleners onderling oriënteert de zorg van een ziektegebonden aanpak naar een patiëntgebonden aanpak. Door te streven naar één elektronisch toegankelijk zorg- en welzijnsdossier neemt de kwaliteit van de zorg voor de patiënt toe. De patiënt heeft zelf ook inspraak in het systeem, gezien hij mee bepaalt wie toegang krijgt tot zijn zorgdossier. Hiervoor kan hij therapeutische relaties aanmaken in het systeem en zo zelf zijn omkadering van hulpverleners kiezen in samenspraak met zijn behandelende arts(en).[25,27]

Vitalink biedt de mogelijkheid tot het beschikbaar stellen van het medicatieschema van de patiënt en bij uitbreiding dus ook de medische toestand. Door onderling nauw samen te werken rond het medicatieschema kan de juiste zorg aangeboden worden: de arts schrijft de juiste medicatie voor, de apotheker levert de correcte medicatie af en de thuisverpleegkundige kan erop toezien dat men die correct inneemt.[26,27]

Het Vitalink-medicatieschema geeft een overzicht van alle medicatie die de patiënt op een bepaald moment hoort in te nemen. Het bevat informatie over:

- het medicijn (merknaam)
- de in te nemen dosis
- de wijze van toediening
- het tijdstip of moment van gebruik
- de duur van gebruik

Daarnaast bevat het medicatieschema ook administratieve gegevens over auteur, creatiedatum, unieke identificatie van het element, insz-nummer en naam van de patiënt, gegevenstype etc. Hierdoor kan men altijd nagaan wie wat veranderd heeft.[25-27]

Het gebruik van Vitalink heeft echter ook zijn beperkingen: niet alle EMD's zijn compatibel met Vitalink en er is een elektronische identiteitskaart (eID), een eID-lezer en een internetconnectie nodig om de gegevens te consulteren. Dit maakt dat het programma momenteel nog niet gebruiksvriendelijk is voor huisbezoeken. Daarnaast zijn vele artsen en ook patiënten angstig over de privacy van hun gegevens in het dossier. Wellicht zijn dit voorname redenen waarom artsen en andere hulpverleners nog een afwachtende houding aannemen.[28]

Deel 2: Methodologie

2.1 Opzet van de studie en selectie patiëntenpopulatie

Het opzet van deze studie was een prospectief observationeel onderzoek. In de periode van november 2013 tot december 2014 werd de literatuur geregeld geraadpleegd teneinde een uitgebreide literatuurstudie te bekomen. Het verzamelen van data gebeurde in de periode van juli 2014 tot eind december 2014 binnen een patiëntenpopulatie komende uit de eigen opleidingspraktijk.

Om praktische redenen was het onmogelijk om alle patiënten uit de praktijk te laten deelnemen aan dit project. Er werd dan ook een selectie gemaakt uit de patiëntenpopulatie aan de hand van enkele inclusiecriteria. Wij gingen in de praktijk na welke patiënten chronisch op huisbezoek gezien werden en haalden hier een twintigtal patiënten uit die voldeden aan onderstaande inclusiecriteria:

1. Leeftijd tussen 50 en 85 jaar
2. Patiënt(e) lijdt aan een (of meerdere) chronische aandoening(en) waarvoor hij/zij chronische medicatie inneemt
3. Er gebeuren regelmatig huisbezoeken bij de patiënt(e) gezien hij/zij niet mobiel genoeg is om naar de praktijk te komen (minimaal 1x/3maand)
4. Patiënt(e) woont thuis of in een service-flat

Tabel 1: Inclusiecriteria voor de studie

Vervolgens kregen zij de nodige informatie en uitleg over het project in het kader van de masterproef voor huisartsgeneeskunde en werd hen vrijblijvend gevraagd een informed consent te ondertekenen (zie bijlage 2 en 3).

2.2 Goedkeuring Ethische Commissie UZ Gent

Het opzet van deze studie werd voorgelegd aan de Ethische Commissie van het Universitair Ziekenhuis Gent en goedgekeurd in maart 2014. Vervolgens werd kort nadien gestart met de uitvoering ervan.

2.3 Opmaak van de medicatielijst bij de patiënt thuis

Vanaf het begin van het project in juli 2014 werd systematisch op elk huisbezoek bij de geselecteerde

patiënten de laptop meegenomen door de huisarts-in-opleiding en indien mogelijk door de praktijkopleider. Tijdens het eerste huisbezoek na de startdatum van het project werd ter plaatse bij de deelnemende patiënten een accurate, volledige en up-to-date ingevulde medicatielijst opgesteld door de huisarts-in-opleiding of praktijkopleider (bijlage 1). Met een volledige en up-to-date medicatielijst wordt bedoeld dat volgende punten moesten ingevuld zijn:

- naam van het medicijn
- naam van de producerende firma
- dosis per eenheid
- aantal innames per dag
- tijdstip van inname
- reden voor de medicatie
- eventuele bijkomende opmerkingen

Vervolgens werd de lijst voorzien van naam, voornaam, adres en geboortedatum van de patiënt, evenals naam, voornaam, werkadres, telefoonnummer en RIZIV nummer van de huisarts-in-opleiding en de praktijkopleider. De ingevulde medicatielijst werd als dusdanig ook ingevoerd in het EMD, zijnde Medidoc in onze praktijk, op het moment van het huisbezoek of bij terugkomst in de praktijk. De ingevulde medicatielijst wordt bij de patiënt achtergelaten op een goed bereikbare plaats, opdat de lijst snel geraadpleegd kan worden indien de patiënt een hulpverlener inroept die hierom vraagt, zoals bv. een huisarts van wacht, MUG-arts, kinesist, verpleging, …

Onderaan de medicatielijst werd ruimte voorzien voor het noteren van naam, functie en telefoonnummer van elke hulpverlener die de medicatielijst raadpleegt, evenals een kort woordje uitleg. Aan de patiënten werd gevraagd, in de mate van het mogelijke, de hulpverleners deze lijst zelf aan te bieden en hen aan te sporen hun contactgegevens achter te laten indien zij wensten deel te nemen aan dit project onder de vorm van een telefonische enquête. De medicatielijst wordt vervolgens bewaard op een centrale en gemakkelijk bereikbare plaats, bv. in het medicijnkastje.

2.4 Controle van de medicatielijst tijdens de 6 maanden registratie

In de huisbezoeken volgend na de start van het project is het de bedoeling dat de huisarts-in-opleiding en de praktijkopleider de medicatielijst controleren en zo nodig opnieuw aanpassen zodat hij actueel blijft. Dit gebeurt zowel op de medicatielijst bij de patiënt thuis als in het EMD via de laptop. Daarnaast wordt ook gekeken naar wie in de tussentijd de medicatielijst heeft geraadpleegd en contactgegevens heeft achtergelaten.

2.5 Telefonische enquête met de hulpverleners

Wanneer de huisarts-in-opleiding of praktijkopleider merkt dat iemand de medicatielijst heeft geraadpleegd of via een hulpverlener op de hoogte werd gesteld van een interventie, zal de huisarts-in-opleiding deze hulpverlener opbellen met een korte enquête van enkele minuten. Hierin worden vragen gesteld volgens de relevantie voor de functie van de hulpverlener:

- Geeft u soms medicatielijsten mee aan patiënten die u in uw kabinet ziet?
- Gebruikt u chronische medicatielijsten bij patiënten thuis?
    - Zo neen, wat houdt u tegen?
- Heeft u de medicatielijst gezien bij deze patiënt thuis?
    - Zo ja, gaf de patiënt spontaan aan deze medicatielijst voorhanden te hebben?
    - Zo neen, wat is de reden dat deze niet geraadpleegd werd of kon worden?
- Vindt u een dergelijke medicatielijst bij chronische patiënten thuis een nuttig instrument dat u kan helpen?
    - Zo ja, op welke manier? Wat zijn de voordelen?
- Zou u deze medicatielijst gebruiken mocht deze bij alle patiënten thuis achtergelaten worden?
- Wat moet er in de toekomst veranderen opdat alle patiënten, zowel de uwe als die van de collega's, een dergelijke medicatielijst thuis zouden hebben?
- Wie is verantwoordelijk voor het opmaken van een betrouwbare medicatielijst?

Omwille van beperkte respons op de medicatielijst van andere hulpverleners, er werden nl. nauwelijks contactgegevens genoteerd op de daarvoor voorziene plaatsen, werd het protocol met goedkeuring van de (co-)promotor minimaal aangepast. Van elke patiënt werden de hulpverleners, waarvan geweten is dat ze bij deze patiënten langsgaan of langs geweest zijn, proactief opgebeld om bovenstaande vragen te stellen, na telefonische toestemming voor deelname aan de enquête. Verder werden eveneens de artsen uit de lokale huisartsenkring, "Denderland", opgebeld voor de telefonische enquête met als doel meer te weten te komen over het nut van een chronische medicatielijst bij patiënten thuis.

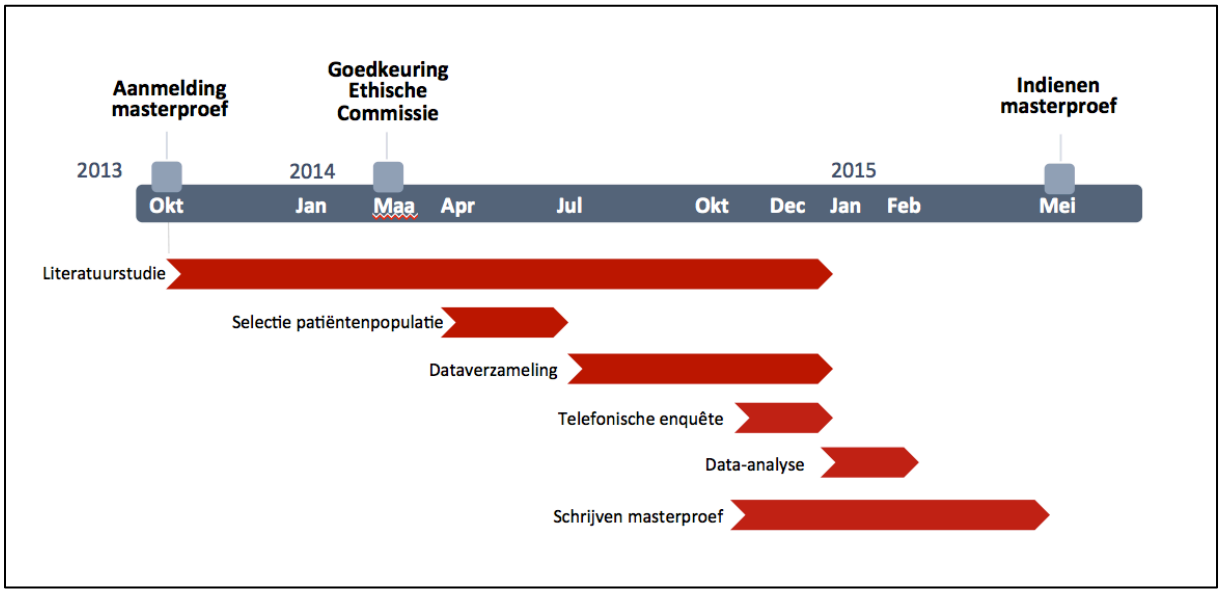
2.6 Controle van de medicatielijst in het EMD

Ten slotte wordt op ongeveer 6 maand na het opstellen van de medicatielijst gecontroleerd of zowel de medicatielijst bij de patiënt thuis als de medicatielijst in het EMD nog up-to-date zijn.

Op deze manier wordt gepoogd na te gaan of het invoeren van een up-to-date medicatielijst bij

patiënten thuis een rechtstreeks voordeel kan bieden naar andere hulpverleners toe en een onrechtstreeks voordeel naar de patiënt toe.

Hieronder wordt de verschillende doorlopen stappen binnen de studie schematisch weergegeven:



Figuur 2: Tijdsverloop doorheen de studie

Deel 3: Resultaten

3.1 Demografische gegevens patiëntengroep

In april 2014 werd gestart met de rekrutering van de patiënten voor deze masterproef. Vooreerst werd gezocht in de agenda van de opleidingspraktijk naar de chronische patiënten die op huisbezoek worden gezien op te lijsten. Dit resulteerde in een groep van 65 patiënten in totaal. Na uitvoering van het selectieprotocol werden 20 patiënten weerhouden die in de periode van juli 2014 tot december 2014 werden opgevolgd betreffende de chronische medicatielijst. Al deze patiënten hebben hun Globaal Medisch Dossier (GMD) in de opleidingspraktijk van dr. Johan Geldhof in Liedekerke. In de geselecteerde groep bevonden zich 12 (60%) vrouwen en 8 (40%) mannen, met resp. 79 en 71 jaar als gemiddeld leeftijd. 6 (30%) van deze patiënten wonen zelfstandig.

	Demografische gegevens van de deelnemers (N=20)	
		N (%)
Geslacht	Mannen	12 (60)
	Vrouwen	8 (40)
Gemiddelde Leeftijd	Mannen	71 jaar
	Vrouwen	79 jaar
	Totaal	78 jaar
Alleen thuis?	Ja	6 (30)
	Nee	14 (70)

Tabel 2: Demografische gegevens studiepopulatie

3.2 Medische gegevens patiëntengroep en omkadering

Deze patiënten worden op chronisch huisbezoek gezien omwille van hun chronische aandoening(en). Gemiddeld genomen lijdt elk deze patiënten aan 3,8 chronische ziekten, waarbij arteriële hypertensie (N=16), hypercholesterolemie (N=11) en diabetes mellitus (N=11) de 3 voornaamste aandoeningen zijn. Gemiddeld nemen deze patiënten 6,7 medicijnen in op chronische wijze. Behalve de praktijkopleider en huisarts-in-opleiding doen zij voor deze chronische aandoeningen beroep op een gemiddeld aantal van 1,2 geschoolde hulpverleners thuis. Hierbij gaat het vnl. over thuisverpleging (N=10), kinesist (N=5) en apotheker (N=4). Verder maken 4 patiënten gebruik van diensten van familiehulp voor huishoudelijke hulp of maaltijden.

3.3 De medicatielijst bij de patiënt thuis en in het EMD

Alvorens deze studie aan te vatten bevond er zich bij 5 (25%) van de 20 patiënten een medicatielijst onder de vorm van de laatste hospitalisatiebrief of handgeschreven medicatielijst door de praktijkopleider. Op de hospitalisatiebrief stonden de medicijnen die ze op het moment van hun ontslag uit het ziekenhuis innamen. Bij nazicht tijdens het opmaken van onze medicatielijst werd hiermee rekening gehouden en gezien dat slechts bij 1 patiënt deze lijst thuis volledig up-to-date en correct was. In het EMD was geen enkele lijst volledig correct.

De medicatielijst werd ook tijdens elk huisbezoek gecontroleerd en zo nodig aangepast. Daarnaast werden eventuele aanpassingen ook in het EMD via een laptop ingegeven tijdens de huisbezoeken. Zes maanden na het opstellen van de uniforme medicatielijst werd gezien dat bij 18 van de 20 (90%) patiënten de medicatielijst correct was bijgehouden op de papieren lijst. De discrepanties bestonden uit een dosisaanpassing van de insulinetherapie die telefonisch was doorgegeven. Zo verkregen we dus een stijging van het aantal aanwezige, betrouwbare medicatielijsten van 5 naar 90%.

Het aantal correcte en up-to-date medicatielijsten van de geselecteerde patiëntengroep in het EMD bedroeg op het einde van de studie 17/20 (85%).

De patiënten werden gemiddeld eenmaal per maand gezien op chronisch huisbezoek waarbij telkens de medicatielijst nagekeken en zo nodig aangepast werd, zowel op papier als in het EMD.

3.4 Telefonische enquête bij de hulpverleners

3.4.1 De artsen van de lokale huisartsenkring

De artsen van de lokale huisartsenkring werden proactief opgebeld om enkele vragen te stellen betreffende het nut van een chronische medicatielijst bij patiënten thuis. Telefonisch werd hen gevraagd om deel te nemen aan de enquête. Van de 22 artsen uit de kring die gecontacteerd werden, wilden er 16 (73%) antwoorden op de vragen.

Dertien van de 16 artsen (82%) gaf aan zelf medicatielijsten mee te geven aan chronische patiënten die gezien worden in het kabinet. Daarnaast maken 9 (56%) artsen altijd een chronische medicatielijst bij hun patiënten thuis, 3 (19%) geeft aan dit soms te doen en 4 (25%) van hen doet dit nooit. De voornaamste redenen die werden opgegeven om een dergelijke lijst soms of niet op te maken waren tijdsdruk (86%), te weinig aandacht (57%) en geen nood aan een dergelijke lijst bij de eigen patiënten (43%).

Alle ondervraagde artsen antwoordden positief op de vraag of ze een dergelijke lijst nuttig zouden vinden bv. tijdens een wachtdienst, alsook op de vraag of ze de lijst zouden gebruiken mocht deze bij alle chronische patiënten van de collega's aanwezig zijn.

Gevraagd naar welke voordelen een dergelijke medicatielijst zou kunnen bieden, werden volgende antwoorden gegeven: kennis van de antecedenten/voorgeschiedenis (100%), voorkomen van geneesmiddeleninteracties (100%), tijdswinst (62,5%), voorkomen van het voorschrijven van dubbele medicatie (12,5%) en vermijden van allergie (6%).

Ten slotte werd gepeild naar wat deze artsen denken dat er moet veranderen/gebeuren in de toekomst om te bekomen dat bij elk van de chronische patiënten, zowel de eigen als die van de collega's, een correcte medicatielijst thuis beschikbaar zou zijn. Veertien van de 16 artsen (87,5%) zei dat er hierover best duidelijke afspraken zouden worden gemaakt tijdens een gezamenlijke vergadering met de huisartsenkring. Het gebruik van Vitalink of een cloud-based draagbaar EMD zou volgens 10 (62,5%) artsen een oplossing kunnen bieden, maar zij stellen zich vragen bij de haalbaarheid. Deze artsen vermeldden dat zij zichzelf ontzien een laptop mee te nemen op

huisbezoek omdat dit voor tijdsverlies zorgt en vooral een onpraktische handeling is. Drie artsen (19%) gaven aan dat er meer aandacht aan moet besteed worden, zowel door zichzelf als door de collega's.

3.4.2 De lokale apothekers

In Liedekerke zijn er 5 apotheken waarmee we goed samenwerken. Regelmatig wordt er eens heen en weer gebeld voor een korte vraag of inlichting. Alle 5 werkten ze dan ook vrijwillig mee aan de telefonische enquête.

Twee van de 5 apotheken (40%) geeft chronische medicatielijsten mee aan patiënten die zelf medicatie komen halen. Drie apothekers (60%) gaan zelf ook bij immobiele patiënten langs op huisbezoek voor aflevering van de geneesmiddelen. Vier apothekers (80%) vinden een chronische medicatielijst bij patiënten thuis een nuttig instrument en zeggen dat ze deze steeds zouden gebruiken mochten ze bij een patiënt moeten langsgaan.

De 3 apothekers die huisbezoeken afleggen bij één of meerdere patiënten uit onze selectiegroep, zeggen dat de patiënten onze medicatielijst direct voorlegden. Gevraagd naar de voordelen die een chronische medicatielijst kan bieden aan de apothekers die huisbezoeken afleggen, antwoordden zij: kennis van de antecedenten (100%), vermijden van geneesmiddeleninteracties (100%), controle van de therapietrouw (100%), voorkomen van dubbel geneesmiddelgebruik (66%).

Volgens alle gecontacteerde apothekers (100%) is er nood aan het gebruik van een eenduidig, digitaal platform, zoals Vitalink, om te bekomen dat voor alle chronische patiënten uit de lokale bevolking een chronische medicatielijst beschikbaar zou zijn. Daarnaast is er bij elk van deze gecontacteerde apothekers vraag naar meer overleg tussen hen en de artsen, bv. onder de vorm van een gezamenlijk vergadermoment met vastleggen van duidelijke afspraken hierover. Drie van hen vinden echter dat de verantwoordelijkheid voor een dergelijke lijst bij de huisarts ligt, de overige 2 spreken over een gedeelde verantwoordelijkheid.

3.4.3. De lokale kinesitherapeuten

Binnen onze praktijk werken we met een viertal kinesitherapeuten die bij onze chronische patiënten langsgaan. Zij werden alle vier opgebeld en stemden in met de telefonische enquête.

Bij gemiddeld 55% van alle patiënten die door deze 4 kinesitherapeuten op huisbezoek gezien en behandeld worden, is er een chronische medicatielijst voorhanden. Op de vraag wie verantwoordelijk is voor het opstellen van een dergelijke lijst, antwoordden alle 4 de huisarts. Ze

geven daarnaast ook alle 4 aan altijd naar de medicatielijst van de patiënten te vragen op huisbezoek.

Drie van de 4 kinesisten vermeldden onze medicatielijst gezien te hebben bij één of meerdere van onze chronische patiënten uit deze studie.

De aanwezigheid van een accurate, chronische medicatielijst wordt door alle ondervraagde kinesisten als een nuttig instrument beschouwd. Bij navraag waarom ze dit nuttig vinden, werden volgende antwoorden gegeven: tijdswinst (100%), kennis van de antecedenten/voorgeschiedenis (75%), verhinderen van dubbele medicatie (50%).

Bij navraag van wat er moet veranderen of gebeuren naar de toekomst toe opdat alle chronische patiënten een medicatielijst zouden voorhanden hebben thuis, antwoordden ze het volgende: duidelijke afspraken met de huisartsen (100%), zelf initiatief nemen om de huisarts op te bellen bij vragen of onduidelijkheden (50%), gebruik van Vitalink (100%).

3.4.4. De lokale thuisverpleegkundigen

Onze praktijk werkt nauw samen met een drietal verpleegkundigen die zorg aan huis bieden. Deze drie personen komen dan ook geregeld bij een of meer patiënten van onze studiepopulatie. Ook aan deze mensen werd gevraagd deel te nemen aan de telefonische enquête om het nut van een chronische medicatielijst te bevragen.

Op de vraag of ze zelf vaak medicatielijsten opmaken bij patiënten thuis antwoordden alle drie de hulpverleners positief. Ze doen dit vooral bij patiënten waar er geen lijst aanwezig is omdat er weinig opvolging is van de huisarts en bij patiënten die gepolymediceerd zijn. Ze gaven aan dat bij gemiddeld 53,3% van hun patiënten die ze thuis chronisch bezoeken een dergelijke medicatielijst aanwezig is. De verantwoordelijkheid voor het opmaken van een medicatielijst ligt volgens alle drie gedeeltelijk bij de arts en gedeeltelijk bij overige hulpverleners, zijnde apotheek en thuisverpleging zelf.

Een chronische medicatielijst bij patiënten thuis wordt door de mensen van de thuisverpleging dan ook unaniem nuttig geacht. De redenen waarom een dergelijk instrument zeer nuttig is, zijn volgens hen: tijdswinst (100%), kennis van de antecedenten (100%), medicatieveiligheid (100%), therapietrouw controleren (66%).

Alle drie de verpleegkundigen hadden de medicatielijst, die in het kader van deze masterproef werd opgesteld bij de studiepopulatie, reeds gezien tijdens hun huisbezoek bij deze patiënten. Acht van de

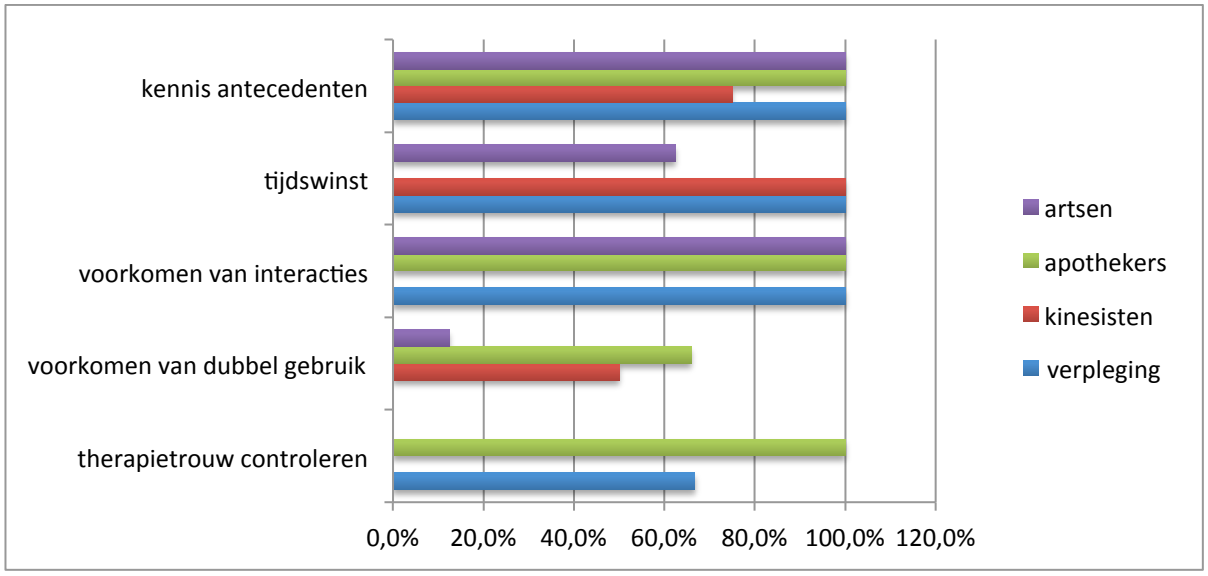
tien patiënten die door hen gezien werden op huisbezoek gaven zelf aan over een nieuwe, accurate medicatielijst te beschikken.

Wat betreft het toekomstperspectief van chronische medicatielijsten gaven de drie verpleegkundigen hetzelfde antwoord. Er is vooral meer communicatie nodig tussen de verschillende hulpverleners, vnl. met de huisarts. Twee verpleegkundigen gaven aan dat ze soms twijfelden om de huisarts van de patiënt te bellen met de vraag naar welke medicatie een patiënt actueel inneemt. Er moet volgens hen meer transparantie zijn binnen het werkkader rond patiënten. Vitalink zou hier volgens hen zeker een verbetering kunnen betekenen. Eén van hen gaf aan dat een papieren thuisdossier een alternatief kan zijn.

3.4.5. Algemeen multidisciplinair resultaat

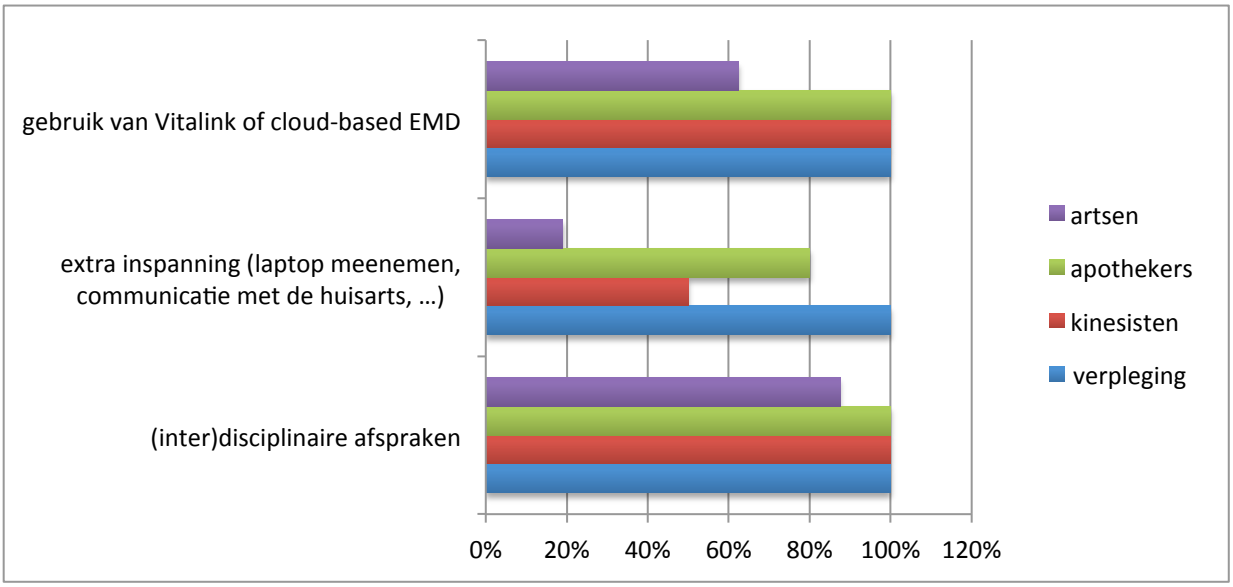
Van alle 28 ondervraagde hulpverleners (artsen, kinesitherapeuten, apothekers en verpleegkundigen) gaven er 27 (96%) aan de beschikbaarheid van een betrouwbare en volledige medicatielijst nuttig te vinden en zelf te willen gebruiken bij een huisbezoek. Desondanks zijn er onder hen slechts 17 (61%) die zelf actief medicatielijsten opstellen bij patiënten thuis. De voornaamste redenen die ze zelf aangeven om dit niet te doen zijn tijdsdruk, te weinig aandacht, geen nood aan een dergelijke lijst bij de eigen patiënten, verantwoordelijkheid van een andere hulpverlener.

De redenen waarom ze de beschikbaarheid van de chronische medicatielijst bij de patiënt thuis nuttig vinden, is goed te zien op de grafiek hieronder en verschilt naargelang de functie van de hulpverlener.



Figuur 3: voordelen van een medicatielijst bij de patiënt thuis

Wanneer we kijken naar de oplossingen die de hulpverleners zelf aanbrengen om bij alle chronische patiënten thuis een chronische medicatielijst beschikbaar te krijgen, zien we dat vooral goede communicatie en maken van duidelijke afspraken, zowel intra- als interdisciplinair, als voornaamste voorwaarde wordt gezien door iedereen. Daarnaast zien we de duidelijke vraag naar een centraal en bij voorkeur digitaal platform dat door elk individueel van het zorgteam kan geconsulteerd worden.



Figuur 4: alternatieve interventies naar de toekomst

Deel 4: Discussie

4.1 Het nut van de medicatielijst bij een patiënt thuis

Het ontbreken aan medische informatie als een medicatielijst van een patiënt tijdens een huisbezoek is iets waar nagenoeg alle huisartsen mee geconfronteerd worden en dat voor de nodige frustratie kan zorgen. Wanneer we geen correct beeld hebben over de medicatie die een patiënt chronisch inneemt, kan dit ernstige gevolgen met zich meebrengen.[10,15,29]

Sommige (zeer ervaren) artsen gaven tijdens de telefonische enquête voorbeelden van geneesmiddeleninteracties, al dan niet met ernstige gevolgen, die zich voordeden bij patiënten die geen volledige medicatielijst konden voorleggen. Het is dus een probleem dat zich zowel bij de ervaren als bij de onervaren artsen kan voordoen. Dit risico stelt zich verder niet alleen bij huisartsen, ook andere hulpverleners kunnen aanraden een bepaald vrij te verkrijgen medicijn in te nemen of meegeven aan de patiënt. Wanneer een paramedicus dit doet zonder correcte kennis van de actuele medicatie van een patiënt stijgt het risico op kwalijke gevolgen.

We weten uit andere studies dat er vaak discrepanties bestaan tussen de medicatielijsten van patiënten, huisartsen en apothekers. Het proces van medication reconciliation dat de voorbije jaren werd uitgewerkt is een duidelijk voorbeeld dat samenwerking bij het opstellen van de medicatielijst en controle ervan kunnen leiden tot voordelen voor zowel de patiënt als de hulpverleners.[10,28] De beschikbaarheid van 1 duidelijke, betrouwbare medicatielijst die daarenboven digitaal beschikbaar is, is dan ook het streefdoel voor de toekomst. Met deze studie konden we aantonen dat nagenoeg alle aan de enquête deelnemende hulpverleners een medicatielijst bij de patiënt thuis een nuttig instrument vinden. Bij de artsen bedroeg dit cijfer 100% (N=16), hoewel slechts 9 van hen zelf actief een medicatielijst opstelden. Alle ondervraagde artsen gaven ook aan de medicatielijst te zullen gebruiken tijdens een wachtdienst mocht deze aanwezig zijn bij de patiënt.

4.2 Beschikbaarheid van een accurate medicatielijst thuis

In de literatuur is er slechts weinig te vinden over de kwaliteit van de medicatielijsten van chronische patiënten op huisbezoek alleen, nagenoeg alle studies handelen over patiënten die zelf actief langskomen op de consultatie.[4-20] In verschillende van deze studies werd voorgesteld om de laptop mee te nemen op huisbezoek om als dusdanig een efficiënter gebruik van het EMD, een correcte medicatielijst bij de patiënt thuis en verhoging van de zorgkwaliteit te bekomen.[3-5,7] Mede door dit voorstel te implementeren in het opzet van de studie, hebben we bekomen dat bij 18 patiënten

(90%) van de studiepopulatie een volledige en betrouwbare medicatielijst thuis voorhanden was op het moment dat de studie afliep. Aanvankelijk was er slechts bij 1 van de 20 patiënten (5%) een correcte medicatielijst aanwezig. In het EMD was geen enkele lijst van de geselecteerde patiënten betrouwbaar en volledig ingevuld. Uit vorige masterproeven blijkt dat kleine interventies bij patiënten die zelf langskomen op de raadpleging, zoals bv. het meegeven van een medicatielijst, periodieke controle van de medicatielijst, … al grote verbeteringen kunnen geven.[3-7]

Een verklaring voor de onjuistheid of afwezigheid van medicatielijsten bij chronische patiënten thuis is mogelijk te vinden in het feit dat er onenigheid bestaat in wie verantwoordelijk is voor het opstellen ervan.[19] Zo gaven 17 hulpverleners (artsen (N=12), apothekers (N=3) en verpleegkundigen (N=3)) aan medicatielijsten op te stellen bij patiënten thuis. De verpleegkundigen gaven aan dit te doen bij chronische patiënten waar geen opvolging van een arts gebeurde of bij een eerste huisbezoek aan gepolymediceerde patiënten zonder lijst. De apothekers gaven een medicatielijst mee bij patiënten die er actief om vroegen of bij gepolymediceerde patiënten. Een Zweedse studie toonde dat de verantwoordelijkheid die de artsen zichzelf toeschrijven voor het maken van de medicatielijst vaak verschilt. Zo vindt een groot deel van de artsen dat hij/zij enkel verantwoordelijk is voor de eigen voorgeschreven medicatie, terwijl slechts een klein deel zegt dit te zijn voor alle medicatie die een patiënt inneemt, ook al wordt die voorgeschreven door een specialist.[19] Wanneer patiënten actief met de huisarts samen de medicatielijst opmaakt, geeft dit vaak betere en juistere informatie, wat ervoor zorgt dat een gedeelde verantwoordelijkheid zeker te overwegen valt.[19,30] Daarenboven werd ook al bewezen dat patiënten hierdoor een betere kennis van de eigen medicatie verwerven en een hogere verantwoordelijkheidszin voor de eigen gezondheid lijken te ontwikkelen.[15]

4.3 Beschikbaarheid van een accurate medicatielijst in het EMD

Het verkrijgen van juiste informatie betreffende de medicatie zowel bij patiënten thuis als tijdens de consultatie vergt een inspanning. We zagen reeds in andere masterproeven en wetenschappelijke artikels dat een beperkte inspanning reeds grote voordelen kan bieden. Zo stelden dr. Cortvriendt en dr. Fremout in hun proefschriften dat het nuttig zou kunnen zijn om een laptop mee op huisbezoek te nemen bij chronische patiënten om de medicatielijst op te stellen in het EMD.[5,7] Met de huidige studie werd de voorgaande stelling dan ook bewezen. Door het meenemen van de laptop zagen we een verbetering van de medicatiegegevens in het EMD: van 0% naar 85% correcte medicatielijsten voor de chronische patiënten op huisbezoek.

Het meenemen van de laptop op zich is een omslachtige en, afhankelijk van de grootte en het gewicht, vaak onpraktische handeling die door veel artsen, alsook door mijn praktijkopleider en

mezelf, eerder als een belemmering dan een verbetering gezien wordt. Eens je het systematisch doorvoert, komen de voordelen natuurlijk naar boven: je kan snel aanpassingen doorvoeren, opmerkingen in het dossier noteren, … Kortom, de kwaliteit van het EMD neemt erdoor toe.

Het gegeven van tijdens een huisbezoek actief de medicatielijst op te maken door met de patiënt samen te zitten en de medicijnen stuk voor stuk te overlopen en digitaal in te geven, wordt gezien als de meest betrouwbare manier om een accurate medicatielijst te bekomen in het EMD.[17,24,31] Uiteraard vraagt dit wat tijd en flexibiliteit van zowel arts als patiënt, wat als mogelijke reden voor de lage motivatie kan worden gezien bij drukbezette huisartsen. Nochtans zien we in de literatuur dat het met de patiënt gezamenlijk opmaken van een medicatielijst gecombineerd met een semigestructureerde anamnese de beste resultaten geeft voor de juistheid van informatie.[4,15,23] Een bijkomend voordeel is dat dit tijdswinst en een betere zorg voor de patiënt teweegbrengt. Het feit dat patiënten actief worden betrokken bij dit proces wordt dan ook (inter)nationaal aangemoedigd, vnl. omdat we hiermee van een ziektegebonden zorg naar een patiëntgebonden zorg overgaan en we op die manier de kennis van patiënten over hun medicatie kunnen verhogen.[14]

4.4 Centrale gegevensdeling – Vitalink

De vraag naar een efficiënte en vooral bruikbare systematische aanpak met ruimte voor interdisciplinaire communicatie en afspraken wordt steeds groter, zo blijkt zowel uit verschillende andere studies als deze studie.[9,15,16,18,22] Nu vandaag verschillende nieuwe EMD's en andere platformen worden ontwikkeld, zien we meer en meer de vraag naar een module waarmee men patiëntengegevens, met inbegrip van de medicatielijsten, kan beschikbaar stellen aan elk lid van het zorgteam rondom een patiënt, waarbij de patiënt zelf kan kiezen wie toegang krijgt tot zijn medische gegevens. Tijdens de enquête kwam Vitalink bij 18 van de 28 (64%) gecontacteerde hulpverleners ter sprake als mogelijke oplossing naar de toekomst voor gegevensdeling. Desondanks wordt een dergelijk beschikbaar platform nog door geen enkele arts of andere paramedicus gebruikt in Liedekerke. De motieven hiervoor werden niet actief ondervraagd, maar zijn wel reeds onderzocht door anderen. Het gaat dan voornamelijk over hoge administratieve last, onzekerheid wat betreft de privacy van patiëntengegevens, te weinig ervaring met computers, incompatibiliteit met gebruikte EMD's, praktische problemen en moeilijke login-procedures.[28] Dat het vele voordelen kan bieden naar de toekomst staat vast, maar een verbetering van zorgkwaliteit werd tot op heden nog niet aangetoond. Een studie hierover is op dit ogenblik nog lopende waarvan men de resultaten verwacht beschikbaar te hebben in de loop van 2015.[28] Uiteraard zal bij het uitrollen van Vitalink de bruikbaarheid ervan afhankelijk zijn van de beschikbaarheid van de nodige informatie om deze medicatielijsten te "voeden". Er zullen duidelijke afspraken moeten gemaakt worden met de

huisartsen en apothekers om deze informatie digitaal beschikbaar te stellen evenals het feit dat zij een extra inspanning zullen moeten leveren om de data op juiste wijze gedigitaliseerd te krijgen.

4.5 Wat naar de toekomst toe?

Deze studie toonde aan dat er nood is aan duidelijke afspraken zowel tussen artsen onderling als interdisciplinair over het opmaken van een medicatielijst. Door een duidelijk en efficiënt interdisciplinair protocol op te zetten met voldoende deelnemende hulpverleners en in een uitgebreide groep patiënten, kan men nagaan of men bij alle patiënten die chronische medicatie innemen na verloop van tijd een betrouwbare medicatielijst voorhanden is. Er kan dan nog verder onderzocht worden op geneesmiddelinteracties, morbiditeit en mortaliteit. Hier hoeft men zich dan ook niet te beperken tot patiënten die enkel op huisbezoek gezien worden, maar kunnen ook patiënten die zelf nog naar het dokterskabinet komen ook geïncludeerd worden.

Naar de toekomst toe zouden studies die het gebruik van Vitalink voor medicatielijsten en bij uitbreiding thuisdossiers in de praktijk evalueren meer informatie kunnen opbrengen. Problemen die hierbij kunnen voorzien worden, zijn een lage participatiegraad gezien Vitalink nog een afwachtende houding van de meeste artsen geniet, maar verder ook de moeilijke login procedure met eID, de nood aan een internetverbinding, …[28] Daarnaast zou de Vlaamse Overheid zijn reeds georganiseerde workshops en bijscholingen meer kunnen promoten zodat ook hulpverleners die minder goed vertrouwd zijn met het gebruik van digitale medische platformen zich stapsgewijs deze werkmethode eigen kunnen maken.

Het meenemen van de laptop op huisbezoek blijkt wel degelijk een meerwaarde te hebben en zou verder moeten aangemoedigd worden. Dit zullen we dan ook verder blijven doorvoeren in onze praktijk, hoewel het praktischer zou mogen. Er is bovendien nood aan verdere ontwikkeling van eenvoudige EMD's en andere digitale platformen op draagbare media als laptop, tablet, … waar men gebruik kan maken van mobiel internet met 3G om patiëntengegevens te kunnen raadplegen.[32] Er zijn vandaag al EMD's voorhanden die via een tablet werken, maar deze zijn nog in opstart en vele artsen, vooral de oudere, zijn na tientallen jaren met hetzelfde medisch programma vaak onvoldoende gemotiveerd om nog te veranderen naar iets nieuws.

In de opleidingspraktijk zullen we dan ook verder blijven streven naar de aanwezigheid van een betrouwbare medicatielijst bij al onze chronische patiënten, gezien dit voor iedereen voordelen meebrengt. De moeilijkheid om dit gerealiseerd te krijgen zit hem vooral in het starten van de medicatielijst, want eenmaal er een lijst aanwezig is, neemt het aanpassen ervan slechts heel weinig tijd in beslag.

Deel 5: Conclusie

Het voorhanden hebben van een volledige en betrouwbare medicatielijst bij chronische patiënten op huisbezoek is een onontbeerlijk gegeven voor elke huisarts en bij uitbreiding elke hulpverlener. Met deze studie werd aangetoond dat alle leden van de multidisciplinaire medische omkadering een dergelijk instrument als nuttig beschouwen en dit om verschillende redenen, zoals bv. patiëntveiligheid, tijdswinst, inschatting van het type patiënt, …

Daarnaast zien we dat het systematisch meenemen van de laptop op huisbezoek bij chronische patiënten tot een substantiële verbetering van de inhoud van het EMD, meer bepaald de medicatielijst, kan leiden, mits de nodige motivatie. Een belangrijk gegeven hierbij is dat de arts voldoende gemotiveerd moet zijn om dit vol te houden. Het meenemen van een laptop op de baan is niet altijd even praktisch.

Een belangrijke beperking bij het objectief bekijken van de resultaten van deze masterproef is dat de patiëntengroep en het aantal gecontacteerde hulpverleners relatief beperkt zijn in vergelijking met andere vooraanstaande, gepubliceerde artikels. Wanneer het slechts gaat om resp. 20 patiënten en 28 hulpverleners, is het gevaarlijk om de bekomen resultaten als universeel geldig te gaan beschouwen.

Algemeen kunnen we dus besluiten dat het opstellen en achterlaten van een betrouwbare medicatielijst bij minder mobiele, chronische patiënten thuis een meerwaarde kan bieden voor zowel de eigen behandelende arts(en) en de overige hulpverleners vooral wat efficiëntie van de zorgverlening betreft. Ten slotte wordt de vraag naar een elektronisch beschikbare vorm hiervan steeds groter, maar moeten er nog serieuze inspanningen gedaan worden om dit werkbaar te maken.

Deel 6: Referenties

1. Teinila T, Kaunisvesi K, Airaksinen M. Primary care physicians' perceptions of medication errors and error prevention in cooperation with community pharmacists. Research in Social And Administrative Pharmacy 7, 2011, 162-79.

2. Grauwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard Uitgeverij nv; 2008.

3. Vanneuville A. Verbeteren van de medicatie-inname bij de chronische, bejaarde patiënt die door de huisarts bezocht word. (Proefschrift) Universiteit Antwerpen, 2007-2008. Beschikbaar op www.icho.be. Laatst geraadpleegd: februari 2014.

4. Benats C. Patiëntveiligheid: medicatiebeheer bij thuiswonende bejaarden. (Proefschrift) K.U. Leuven. 2008-2009. Beschikbaar op www.icho.be. Laatst geraadpleegd: maart 2014

5. Fremout J. Het pillenbriefje, of hoe de registratie en de kennis van chronische therapie optimaliseren. (Proefschrift) Universiteit Gent, 2007-2008. Beschikbaar op www.icho.be. Laatst geraadpleegd: februari 2014

6. Van der Donckt L. Onderzoek naar discrepanties in de medicatiegegevens van 65-plussers welke zich aanmelden op de spoedgevallendienst: Een vergelijking tussen de gegevens bekomen door de huisarts, apotheker en patiënt. (Proefschrift) Universiteit Gent, 2009-2010. Beschikbaar op www.icho.be. Laatst geraadpleegd: februari 2014.

7. Cortvriendt M. Implementatie van 3-maandelijkse controle van de medicatielijst met notitie van de controledatum in het Elektronisch Medisch Dossier. (Proefschrift) Universiteit Gent 2011-2012. Beschikbaar op www.icho.be. Laatst geraadpleegd: februari 2014

8. Roger G, Alper E, Brunelle D, et al. Reconciling medications at admission: safe practice recommendations and implementation strategies. Joint Comm J Qual Patient Safety, 2006;32:37-50

9. Greenwald JL, Halasyamani LK, Green J, et al. Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinically relevant, and implementable: a consensus statement on key principles and necessary first steps. Joint Comm J Qual Patient Safety 2010;36:504-13

10 Owen M, Chang N, Chong D, Vawdrey D, Evaluation of medication list completeness, safety and annotations. AMIA Annu Symp Proc. 2011; 2011: 1055–1061.

11. Kwan JL, Lo L, Sampson M et al. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med 2013;158:397-403

12. Aspden P, Wolcott JA, Bootman JL, et al. Preventing medication errors. N Eng J Med 2007;357:624-625

13. Balon H, Thomas S. Comparison of hospital admission medication lists with primary care physician and outpatient pharmacy lists. J Nur Scholarship 2011 43:3, 292-300

14. Leonhardt K, Pagel P, Bonin D, et al. Creating an accurate medication list in the outpatient setting through a patient-centered approach. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.

15. Chae S, Chae M, Isaacson N, James T. The patient medication list: can we get patients more involved in their medical care? J Am Board Fam Med 2009; 22:677-85

16. Staroselsky M, Volk L, Tsurikova R, et al. An effort to improve electronic health record medication list accuracy between visits: patients' and physicians' response. Int J Med Inf 2008 77:153-60

17. Yang J, Tomlinson G, Naglie G. Medication lists for elderly patients. J Gen Intern Med 2001; 16, 112-5

18. Hammar T, Ekedahl A, Petersson G. Implementation of a shared medication list: physicians' views on availability, accuracy and confidentiality. Int J Clin Pharm 2014, 36:933-42.

19. Rahmner P, Gustafson L, Holmström I, Rosenqvist U, Tomson G. Whose job is it anyway? Swedish general practitioners' perception of their responsibility for the patient's drug list. Ann Fam Med, 2010;8:40-46

20. Stewart A, Lynch K. Medication discrepancies despite pharmacist led medication reconciliation: the challenges of maintaining an accurate medication list in primary care. Pharmacy practice, 2014; 12(1):1-7

21 Smith PC, Araya-Guerra R, Bublitz C, et al. Missing clinical information during primary care visits. JAMA 2005 2;293(5): 565-71

22. Schrans D, Verkeke M, Jacobs A. Het EMD als databron voor het uitwisselen van gegevens tussen verschillende zorgverleners. (abstract) Wetenschapsdag Domus Medica 2009.

23. Keers RN, Williams SD, Cooke J, et al. Prevalence and nature of medication administration errors in health care settings: a systematic review of direct observational evidence. 2013;47(2)237-56

24. Johson RE, Vollmer WM. Comparing sources of drug data about the elderly. J Am Geriatr Soc. 1991;39:1079-84

25. Vitalink, gegevens delen, van vital belang. http://www.vitalink.be/Vitalink/Zorgverleners/Over-Vitalink/ Laatst geraadpleegd: November 2014

26. Storms H, Marquet K, Nelissen K, et al. Implementing an electronic medication overview. BMC Research Notes 2014;7:915-20

27. Vitalink medicatieschema – video: http://vimeo.com/41279683. Laatst geraadpleegd: november 2014

28. Lambrechts Tom. Vitalink: een online medicatieschema. Initiële resultaten van een haalbaarheidsstudie. (Proefschrift) Katholieke Universiteit Leuven, 2012-2013. Beschikbaar op www.icho.be. Laatst geraadpleegd: november 2014

29. Assuring medication accuracy at transitions in care. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission International Center for Patient Safety. Laatst geraadpleegd op www.jcipatientsafety.org: november 2014

30. Bosch-Lendgers D, van den Akker M, Stoffers H, et al. How much do patients and health professionals (really) know? The surplus value of a home visit to the patient with polypharmacy by the practice nurse to support medication reviews in primary care. Tijdschr Gerontol Geriatr 2013;44:72-80

31. Landry JA, Smyer MA, Stubman JG, et al. Validation of two methods of data collection of self-reported medicine use among the elderly. Gerontologist. 1988;28:672-6

32. Terry AL, Thorpe CF, Gilles G, et al. Implementing electronic health records: key factors in primary care. Can Fam Physician 2008, 54:730-6

Lijst van gebruikte afkortingen

eID	elektronische Identiteitskaart
EMD	elektronisch medisch dossier
GMD	globaal medisch dossier
HAIO	huisarts-in-opleiding
ICHO	Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding
MeSH	Medical subject heading
MUG	Mobiele urgentiegroep
NHG	Nederlandse HuisartsenGenootschap
PCDA	Plan-Change-Do-Act/Abort/Adapt
PO	praktijkopleider
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeit
UZ	Universitair Ziekenhuis

Lijst van figuren

Figuur 1: Visgraatanalyse voor gekend probleem

Figuur 2: Tijdsverloop doorheen de studie

Figuur 3: Voordelen van een medicatielijst bij de patiënt thuis

Figuur 4: Alternatieve interventies naar de toekomst

Lijst van tabellen

Tabel 1: Inclusiecriteria van de studie

Tabel 2: Demografische gegevens studiepopulatie

Bijlagen

Bijlage 1: voorbeeld van de medicatielijst

Medicatielijst

Identificatiegegevens patiënt
Naam: _____
Voornaam: _____
Geboortedatum: ___/___/_____
Adres _____

Identificatiegegevens behandelende artsen
Dr. Johan Geldhof (1-04020-61-004)
Dr. Pieter-Jan De Munck (1-99166-72-006)
Meregrachtstraat 70, 1770 Liedekerke
Tel.: 053/66 49 37

Medicatie*

Medicijn	Dosis per eenheid	Firma	Tijdstip van inname	Reden voor medicatie	Bijkomende opmerkingen
Paracetamol	*1 gram*	*TEVA*	*1 – 0 – 1 – 0*	*Artrose*	

Raadplegers medicatieschema:

I.k.v. de masterproef voor de master-na-master huisartsgeneeskunde van Dr. De Munck wordt u gevraagd volgende gegevens hier te noteren teneinde een overzicht te krijgen over wie deze lijst raadpleegt:

Datum	Naam	Functie	Telefoonnummer
__/__/_____	_____	_____	_____
__/__/_____	_____	_____	_____
__/__/_____	_____	_____	_____
__/__/_____	_____	_____	_____
__/__/_____	_____	_____	_____
__/__/_____	_____	_____	_____
__/__/_____	_____	_____	_____
__/__/_____	_____	_____	_____

* In de lijst werd een voorbeeld ingegeven van fictieve patiënt ter illustratie van het gebruik

Bijlage 2: Informatie voor de patiënt betreffende het onderzoek.

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

De chronische medicatielijst bij patiënten thuis: een nuttig instrument voor andere hulpverleners dan de eigen huisarts?

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van de master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Pieter-Jan De Munck een onderzoek naar het nut van het opstellen van een volledig, actuele medicatielijst bij chronische patiënten op huisbezoek. Dit onderzoek gebeurt in de periode van april 2014 tot en met december 2014, onder toezicht van de Universiteit Gent.

We willen nagaan of het opstellen van een volledig correcte en actuele medicatielijst tijdens een huisbezoek bij patiënten die langdurig medicatie innemen en onvoldoende mobiel zijn om naar de praktijk te komen, nuttig kan zijn. Deze lijst kan vervolgens door verschillende hulpverleners worden gebruikt die bij u langskomen (dokter van wacht, verpleging, kinesist, …). Uw arts zal deze hulpverleners nadat zij de medicatielijst geraadpleegd hebben opbellen voor een korte enquête over hoezeer zij het wenselijk en nuttig vinden dat een dergelijke lijst aanwezig is bij patiënten thuis. Daarnaast is het ook de bedoeling dat deze medicatielijst steevast wordt bijgehouden door uw behandelende arts (Dr. Geldhof en Dr. De Munck) en aangepast wordt indien nodig. De meerwaarde kan bestaan in het bereiken van een betere kwaliteit van de registratie en opvolging van chronische medicatie. De uiteindelijke bedoeling is om ten allen tijde over correcte en volledige lijsten met medicatie van chronische patiënten te beschikken, om bv. snel de juiste informatie te kunnen verschaffen in verwijsbrieven naar specialisten, patiënten een beter inzicht in en overzicht van hun medicatie te helpen krijgen, …

Indien U toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal de arts U vragen om samen met hem de medicatielijst in te vullen tijdens het huisbezoek. U zal dan ook de nodige en juiste informatie krijgen over de medicijnen indien u hier vragen over heeft. Vervolgens wordt U gevraagd om de medicatielijst op een goed en snel bereikbare plaats te bewaren, opdat hulpverleners die langskomen snel over een actuele medicatielijst kunnen beschikken. Er wordt van hen gevraagd hun identificatiegegevens en datum van raadpleging te noteren op de hiervoor voorziene ruimte. Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling/relatie met uw huisarts. Deelname aan deze studie zal voor u geen rechtstreeks voordeel met zich meebrengen.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u aan akkoord te zijn om mee te werken aan de studie. Mocht u nog bijkomende vragen hebben betreffende de opzet van deze studie kunt u mij of Dr. Johan Geldhof steeds contacteren.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!
Dr. Pieter-Jan De Munck

Bijlage 3: Informed consent/toestemmingsformulier voor de patiënt

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam patiënt: …….

1. Ik bevestig dat Dr.....……(naam informerende arts in blokletters)
   mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van het UZ Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.
7. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….

Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt.

Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum……. Handtekening…….

Informerende arts

Bijlage 4: studieprotocol dat door de Ethische Commissie van het UZ Gent werd goedgekeurd









VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS
IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

De chronische medicatielijst op huisbezoek: een nuttig instrument voor andere hulpverleners dan de behandelende huisarts?

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. DIRK AVONTS
- FUNCTIE: ZAP-LID
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 49 67
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: DIRK.AVONTS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM: DR. DIEGO SCHRANS
- FUNCTIE: ASSISTENT VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 12
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: DIEGO.SCHRANS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): PROF. DR. JAN DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE HOOFDONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: PIETER-JAN DE MUNCK
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
- OPLEIDING: MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: +32478344389
- E-MAIL: PIETERJAN.DEMUNCK@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. JOHAN GELDHOF
- ADRES: MEREGRACHTSTRAAT 70, 1770 LIEDEKERKE
- TELEFOONNUMMER: 053/ 66 49 37
- E-MAIL: JOHAN.GELDHOF@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): SOLO

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: VANAF GOEDKEURING PROTOCOL DOOR ETHISCHE COMMISSIE
- EINDE ONDERZOEK: MEI 2015

7. SOORT ONDERZOEK

- ✓ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ✓ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ❑ VRAGENLIJSTEN
  - ✓ INTERVIEW

- ❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ❑ WELKE PERIODE: ….

- ❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ❑ FASE I
    - ❑ FASE II
    - ❑ FASE III
    - ❑ FASE IV
    - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN

  - ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)
    - ❑ MEDICAL DEVICE
    - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Vooreerst wordt de groep van beoogde patiënten bepaald aan de hand van inclusiecriteria: leeftijd tussen 50 en 85 jaar, patiënt (man of vrouw) lijdt aan een (of meerdere) chronische aandoening(en) waarvoor hij/zij chronische medicatie inneemt, er gebeuren regelmatig huisbezoeken bij de patiënt gezien hij/zij niet mobiel genoeg is om naar de praktijk te komen (minimaal 1x/3 maand). Vervolgens krijgen zij de nodige informatie en uitleg over het kwaliteitsverbeterend project in het kader van de masterproef voor huisartsgeneeskunde en wordt hen vrijblijvend gevraagd een informed consent te ondertekenen.

Vanaf de startdatum van het project wordt systematisch op elk huisbezoek bij de geselecteerde patiënten de laptop meegenomen door de huisarts-in-opleiding en indien mogelijk door de praktijk-opleider. Tijdens het eerste huisbezoek na de startdatum van het project wordt ter plaatse bij de patiënten die aan de studie wensen deel te nemen een accurate, volledig en up-to-date ingevulde medicatielijst opgesteld door de huisarts-in-opleiding of praktijkopleider. Met een accurate, volledig en up-to-date ingevulde medicatielijst wordt bedoeld dat volgende punten worden ingevuld in de lijst: naam van het medicijn, naam van de producerende firma, dosis (aantal mg en/of innames per dag), tijdstip van inname, reden voor inname van de medicatie en eventuele bijkomende opmerkingen.

Vervolgens wordt de lijst voorzien van naam, voornaam, adres en geboortedatum van de patiënt, evenals naam, voornaam, werkadres, telefoonnummer en RIZIV nummer van de huisarts-in-opleiding en praktijkopleider. Deze medicatielijst wordt zowel in het elektronisch medisch dossier (EMD), zijnde Medidoc in onze praktijk, ingebracht op bovengenoemde systematische wijze. De ingevulde medicatielijst wordt bij de patiënt achtergelaten op een goed bereikbare plaats, opdat de lijst snel tevoorschijn kan gehaald worden indien de patiënt andere hulpverlening dan de behandelende huisarts inroept, zoals bv. huisarts-van-wacht, MUG-interventie, kinesist, verpleging, … Van deze hulpverleners wordt gevraagd de datum van raadpleging, hun naam, functie en telefoonnummer te noteren.

In de hierop volgende huisbezoeken is het de bedoeling dat de huisarts-in-opleiding en de praktijkopleider de medicatielijst controleren en zo nodig opnieuw aanpassen zodat hij actueel blijft. Dit gebeurt zowel op de medicatielijst bij de patiënt thuis als in het EMD via de laptop. Daarnaast wordt ook gekeken naar wie in de tussentijd de medicatielijst heeft geraadpleegd.

Wanneer de huisarts-in-opleiding of praktijkopleider merken dat iemand de medicatielijst heeft geraadpleegd of via een hulpverlener op de hoogte werd gesteld van een interventie, zal de huisarts-in-opleiding deze hulpverlener opbellen met een korte enquête van enkele minuten. Hierin worden volgende vragen gesteld: Heeft u de medicatielijst gezien? Zo ja, gaf de patiënt spontaan aan deze medicatielijst voorhanden te hebben, zo neen, wat is de reden dat deze niet geraadpleegd werd of kon worden?, Vond u het nuttig dat deze aanwezig was?, Heeft de medicatielijst u beïnvloed bij de eventuele keuze van het opstarten van een nieuw geïndiceerd medicijn, zo ja, op welke manier?, Vond u de medicatielijst betrouwbaar?, Zijn er zaken die volgens u nuttig zouden zijn naar de toekomst toe, maar op dit moment nog ontbraken? Zo ja, welke dan?

Ten slotte wordt op ongeveer 4à6 maand (nog te bespreken met (co-)promotor) na het opstellen van de medicatielijst gecontroleerd of zowel de medicatielijst bij de patiënt thuis als de medicatielijst in het EMD nog up to date zijn.

Op deze manier wordt gepoogd na te gaan of het invoeren van een up to date medicatielijst bij patiënten thuis een rechtstreeks voordeel kan bieden naar andere hulpverleners toe en een onrechtstreeks voordeel naar de patiënt toe, de informatie betreffende de chronische medicatie ook up to date gehouden wordt in het EMD.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ✓ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

❑ JA
✓ NEEN

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN) UNIVERSITEIT GENT: VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG.

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
   ❑ JA
   ✓ NEEN
   PATIËNTEN LIJDEND AAN : AANDOENINGEN DIE CHRONISCHE MEDICATIE VEREISEN

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?
   ❑ JA
   ✓ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: +/- 60 PATIËNTEN (NADER TE BESPREKEN MET (CO-)PROMOTOR)

D. LEEFTIJD : 50-PLUS OF TUSSEN 50 EN 85 JAAR OUD

E. GESLACHT : ZOWEL MANNELIJK ALS VROUWELIJK

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? ALLE PATIËNTEN MOETEN VOLDOEN AAN DE INCLUSIECRITERIA:

1. DE PATIËNTEN MOETEN EEN LEEFTIJD TUSSEN 50 EN 85 JAAR HEBBEN.
2. ZOWEL MANNEN ALS VROUWEN KUNNEN DEELNEMEN AAN DE STUDIE.
3. DE PATIËNTEN MOETEN LIJDEN AAN EEN (OF MEERDERE) CHRONISCHE AANDOENING(EN) WAARVOOR ZE MEDICATIE INNEMEN
4. DE PATIËNTEN ZIJN NIET MOBIEL GENOEG OM NAAR DE PRAKTIJK TE KOMEN ZODAT ZIJ ENKEL OP HUISBEZOEK GEZIEN WORDEN
5. ER MOET GEREGELD EEN HUISBEZOEK PLAATSVINDEN (MINIMAAL 1X/3 MAAND)

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

✓ JA
❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

✓ JA
❑ NEEN

MONDELING :

✓ JA
❑ NEEN

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

- ❑ JA
- ✓ NEEN

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- ✓ JA
- ❑ NEEN

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

- ✓ JA
- ❑ NEEN

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.

WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

- ✓ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
- ❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.
  WELK RISICO EN DE FREQUENTIE :
- ❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.
  WELK RISICO EN DE FREQUENTIE :

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

- ❑ JA
- ✓ NEEN

21 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ✓ NIET VAN TOEPASSING

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 26/02/2014
NAAM : De Munck Pieter-Jan
HANDTEKENING :

De Munck PJ

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 26-II-2014
NAAM : GECD HOF Johan -
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 21/02/2014
NAAM :
HANDTEKENING :

D. AVONTS

CO-PROMOTOR

DATUM : 21/02/2014
NAAM :
HANDTEKENING :

Bijlage 5: goedkeuring van het protocol door de Ethische Commissie van het UZ Gent

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

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

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**
	2014/0241	14-mrt-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
De chronische medicatielijst op huisbezoek: Een nuttig instrument voor andere hulpverleners dan de behandelende huisarts? - MAnaMA Pieter-Jan De Munck

Belgisch Registratienummer: B670201420515

* Adviesaanvraagformulier (versie 1.1, dd. 26/02/2014) (volledig ontvangen dd. 10/03/2014)
* Voorbeeld van de medicatielijst zoals deze bij de patiënt zal worden ingevuld en achtergelaten (versie 1.1, dd. Maart 2014)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (versie 1.1, dd. Maart 2014)

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 13/03/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 13/03/2015, 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 13/03/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 13/03/2015, 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 18/03/2014
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 18/03/2014

- *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