Verbetering van de systematische registratie van uitstrijkjes in het EMD via maandelijkse overlegmomenten en het gebruik van een actieve pop-up: wat is het effect?

Hanna Busschop

Promotor: Professor A. Derese

Master of Family Medicine

Inhoudsopgave

Abstract

Dankwoord

1. Inleiding 1

1.1 Praktijkproject 2

1.1.1 Praktijkvoorstelling 2

1.1.2 Keuze van het onderwerp 2

1.1.3 Goedkeuring Ethische commissie 2

2. Literatuuronderzoek 3

2.1 Methodologie 3

2.1.1 Onderzoekvragen 3

2.1.2 De gebruikte databanken 3

2.1.3 De gebruikte zoektermen 3

2.1.4 De gebruikte filters 3

2.1.5 Selectie van de artikels 3

2.2 Resultaten 4

2.2.1 Cervixkankerscreening 4

2.2.2 Onderzoeksvraag 1: Hoe kunnen we er voor zorgen dat we als huisartsenpraktijk resultaten op een uniforme manier beter registreren? 4

2.2.3 Onderzoeksvraag 2: Wat zijn barrières ten aanzien van het correct registreren van resultaten in de dagelijkse praktijk? 5

2.2.4. Onderzoekvraag 3: Preventie en het EMD 6

2.2.5 Onderzoeksvraag 4: nut van pop-ups in het EMD bij screening 7

3 Methodologie 9

3.1 Idee (FOCUS) 9

3.1.1 F: Find a problem 9

3.1.2 O: Organise meeting 9

3.1.3 C: Clarify problem 9

3.1.4 U: Understand/Uncover 11

3.1.5 S: Start 11

3.2 Opzet/Plan (P) 13

3.2.1 Preventiemodule in het EMD 13

3.2.2 Actieplan 15

3.3 Interventie (D) 17
3.3.1 Verloop van het onderzoek 17
3.3.2 Verkrijgen van de maandelijkse resultaten 17
3.4 Evaluatie (C) 18
4 Resultaten 19
4.1 Doelgroep 19
4.2 Registratieperiode 19
4.2.1 Resultaten registratie 19
4.2.2 Resultaten evaluatiegesprekken 27
5 Discussie 29
5.1 Interpretatie van de resultaten 29
5.2 Vergelijking van de resultaten van beide onderzoeken 29
5.3 Ervaring van de onderzoeker 33
5.4 Ervaring van praktijk 34
5.5 Invloed praktijkproject 35
6 Conclusie 36
7 Referenties 37
8. Bijlage 39
8.1 Bijlage 1: Protocol + Informed consent + Goedkeuring ethisch comité 39
8.2 Stroomdiagram baarmoederhalskankerscreening 42

Abstract

Verbetering van de systematische registratie van uitstrijkjes in het EMD via maandelijkse overlegmomenten en het gebruik van een actieve pop- up: wat is het effect?

Huisarts in opleiding: Hanna Busschop (i.s.m. Sanne Casier)
Academiejaar: 2015- 2016
Promotor: Professor Anselme Derese
Praktijkopleider: Johan Steppe

Context: Het Elektrisch Medisch Dossier (EMD) is een belangrijk instrument in de huisartsenpraktijk, dat de huisarts toelaat om een goed, overzichtelijk dossier bij te houden. In onze praktijk gebeurde de registratie van cervixcarcinoomuitstrijkjes in het EMD niet op een georganiseerde manier, zodat werd besloten om hierrond een praktijkverbeterend project op te zetten.
Onderzoeksvraag: In de literatuur werd gezocht naar aanbevelingen voor correcte registratie van patiëntengegevens en mogelijke barrières bij gebruik van het EMD. Daarnaast werd onderzocht hoe het gebruik van de preventiemodule en pop-ups de registratie van baarmoederhalsuitstrijkjes ondersteunt. Het praktijkverbeterend project richtte zich op het uniform gebruik van de preventiemodule in het EMD. Via een maandelijkse dan wel driemaandelijkse FOCUS- groep werd het verloop van de registratie geëvalueerd en eventueel bijgestuurd. Tijdens dit kwalitatief onderzoek werd voornamelijk gekeken wat de artsen uit de praktijk als barrières ervaren bij het registreren van de resultaten van baarmoederhalsuitstrijkjes. Daarnaast werd ook gekeken of er gelijkaardige dan wel verschillende resultaten worden gevonden in beide praktijken.
Methode: Voor de literatuur werd gezocht in de databanken CEBAM, Pubmed/Medline, The Cochrane Library, de masterproeven databank van het ICHO en Domus Medica. Volgende kernwoorden werden gebruikt: Prevention, Electronic Health Records, Reminder systems, Implementation, Screening, Use of EHR, Preventie, preventiemodule, EMD, General practice, primary care. Via het opstellen van een FOCUS stappenplan en het doorlopen van een PDCA- cyclus werd een stroomdiagram ontwikkeld om de registratie van uitstrijkjes op een uniforme wijze te laten gebeuren bij de doelgroep van vrouwen tussen 45 en 65 jaar met een actief GMD in 2014 in de praktijk (366 vrouwen).
Resultaten: De registratie van deelname aan de cervixcarcinoomscreening verbeterde van 9.5% naar 55%. De reden die tijdens de FOCUS- groepen het meeste naar voor kwam als oorzaak om de baarmoederhalskankerscreening niet na te vragen, was tijdsdruk. De artsen gaven ook aan dat ze in het begin van de maand, kort na het FOCUS- groep overleg, meer gemotiveerd waren om de baarmoederhalskankerscreening actief bij patiënten na te vragen. De pop- up zagen de artsen wel als een handige reminder gezien deze automatisch op het scherm kwam bij openen van het dossier.
Conclusies: De preventiemodule in het EMD biedt de mogelijkheid om de resultaten van de baarmoederhalskankerscreening op een eenvoudige en uniforme manier te registreren. Op voorhand werd gedacht dat een maandelijks overleg zou leiden tot meer registraties in vergelijking met een driemaandelijks overleg. Dit onderzoek spreekt dit echter tegen: beide praktijken zien een gelijkaardig deel van de doelgroep dat wordt aangesproken. Naar de toekomst toe zal voornamelijk een betere beschikbaarheid van de resultaten van de baarmoederhalskankeruitstrijkjes belangrijk zijn, wat zal leiden tot een betere samenwerking tussen huisarts en gynaecoloog.

ICPC: A98 Preventie

Contact: hannabusschop@gmail.com

Dankwoord

Graag wil ik enkele mensen bedanken die hebben meegeholpen bij het tot stand komen van deze masterproef. Zonder de gewaardeerde hulp van deze mensen zou ik dit werk niet tot een goed einde hebben gebracht.

In de eerste plaats wil ik graag mijn praktijkopleider Dr. Johan Steppe bedanken, alsook mijn andere collega's Dr. Paul Vermassen, Dr. Elke De Paepe en Dr. Filiep Taverniers. Dankzij hun medewerking en enthousiasme bleef ik gedreven ook op momenten dat het wat stroever verliep. Hun opmerkingen en kritische blik hielpen me de juiste conclusies te trekken uit dit onderzoek.

Mijn promotor, professor Anselme Derese, wil ik graag bedanken voor de begeleiding bij het uitwerken van het onderwerp en voor de feedback die ik mocht ontvangen bij het schrijven van deze scriptie.

Verder wil ik graag ook mijn collega Haio Sanne Casier bedanken voor de vlotte samenwerking aan onze parallel lopende praktijkprojecten.

Deze masterproef luidt tevens het einde in van mijn opleiding tot huisarts. Daarom wil ik graag ook mijn ouders bedanken. Dankzij hun steun ben ik er geslaagd de lange studie tot huisarts tot een goed einde te brengen. Daarnaast wil ik graag ook mijn verloofde en mijn collega- Haio's Anneleen, Ilse, Inge en Valerie bedanken voor hun steun en toeverlaat.

1. Inleiding

Het Elektrisch Medisch Dossier (EMD) is een belangrijk instrument in de huisartsenpraktijk, dat de huisarts toelaat om een goed, overzichtelijk dossier bij te houden. Ook de overheid stimuleert het correct gebruik van een EMD, door aanreiken van een telematicapremie en een Summarized Electronic Health Record (sumehr) premie. Daarnaast neemt preventie steeds een belangrijkere plaats in in de gezondheidszorg. Door een goed preventief beleid te voeren, kan vaak morbiditeit en zelfs mortaliteit worden voorkomen. Huisartsen zijn dankzij de vertrouwensrelatie met hun patiënten goed geplaatst om deze risicofactoren te bespreken (1). Uit een rondvraag bij meer dan 2000 huisartsen uit 11 verschillende Europese landen blijkt dat de meerderheid van de ondervraagde huisartsen preventie ziet als een belangrijke taak (2). De huidige EMD software biedt de mogelijkheid om preventieve handelingen beter te noteren in het dossier via preventie- modules.

Via dit onderzoek willen we graag de registratiegraad van baarmoederhalsuitstrijkjes in het EMD in de praktijk optimaliseren. Momenteel staan deze niet of incorrect geregistreerd. De richtlijnen omtrent baarmoederhalskankerscreening worden toegepast, maar door de incorrecte registratie gaat informatie verloren. Door de resultaten van de uitstrijkjes correct te registreren in het dossier, zal het makkelijker worden deze resultaten op te vragen en wordt het mogelijk patiënten tijdig te herinneren aan hernieuwing van de screening. Daarnaast wordt het mogelijk om de huidige richtlijnen rond baarmoederhalskankerscreening uniform toe te passen in de praktijk. Door het navragen van de screening worden vrouwen blijvend attent gemaakt op het belang en nut van de screening.

Voorgaand aan het praktijkproject wordt een literatuurstudie uitgevoerd. In de literatuur wordt gezocht naar aanbevelingen voor correcte registratie van patiëntengegevens en mogelijke barrières bij gebruik van het EMD. Daarnaast wordt onderzocht hoe het gebruik van de preventiemodule en pop-ups de registratie van baarmoederhalsuitstrijkjes ondersteunt.

Voor dit onderzoek werd gekozen voor vrouwen van 45 tot 65 jaar, een groep die volgens de literatuur nog steeds onderscreend wordt. Het uiteindelijke doel is om via dit pilootproject de registratie van baarmoederhalsuitstrijkjes bij alle vrouwen beter te noteren in het EMD.

1.1 Praktijkproject

1.1.1 Praktijkvoorstelling

Ik startte op 1 september 2014 als huisarts in opleiding in een groepspraktijk in een rustig dorp in Oost- Vlaanderen. Het is een praktijk met een gevarieerde populatie met patiënten van alle leeftijden, doch kent de omgeving slechts weinig allochtone patiënten. In de praktijk werken drie voltijdse mannelijke artsen, één voltijdse vrouwelijke arts en één huisarts in opleiding. Er zijn halftijds twee secretaresses werkzaam, zodat quasi de hele dag iemand aanwezig is voor de planning van de raadplegingen en voor administratieve ondersteuning. Er wordt enkel gewerkt met raadplegingen op afspraak. In de praktijk wordt met het EMD- programma 'Health One' gewerkt.

1.1.2 Keuze van het onderwerp

Het onderwerp voor deze masterproef werd gekozen op basis van het SMART principe. Het onderwerp dient een *specifiek* en eenduidig doel te hebben en een *meetbare* verandering na te streven. Het dient *acceptabel* te zijn voor de patiënt en *realistisch* te zijn voor de artsen gezien de grote werkdruk in beide praktijken. We zijn gezien onze opleiding van twee jaar waarin de masterproef dient gerealiseerd te worden beperkt in de *tijd*.

Mijn praktijkopleider en ikzelf kwamen samen op het idee van dit masterproefonderwerp. Mijn opleider wou heel graag het gebruik van het EMD in de dagelijkse werking van de praktijk optimaliseren, en dan met name de preventiemodule. Zelf wou ik graag een onderwerp rond baarmoederhalskankerscreening uitwerken gezien ik in mijn directe omgeving werd geconfronteerd met de gevolgen van laattijdige screening. Via uitwerking van dit masterproefonderwerp wou ik de kans krijgen mijn kennis van het EMD- programma uit te breiden, zou in de praktijk door alle artsen extra nadruk worden gelegd op correcte registratie van gegevens en zou ik eventueel de kans gekregen mijn technische vaardigheden rond afname van uitstrijkjes te optimaliseren.

1.1.3 Goedkeuring Ethische commissie

Dit praktijkonderzoek werd goedgekeurd door de Ethische commissie verbonden aan het UZ Gent. Gezien in dit werk resultaten van FOCUS- groepen met de artsen uit de praktijk werden verwerkt, werd hen gevraagd een informed consent te ondertekenen (*Bijlage 1*).

2. Literatuuronderzoek

2.1 Methodologie

2.1.1 Onderzoekvragen

Via literatuurstudie werd er gepoogd om op vier onderzoeksvragen een antwoord te formuleren:

- Hoe kunnen we er voor zorgen dat we als huisartsenpraktijk resultaten op een uniforme manier beter registreren?
- Wat zijn barrières bij het correct registreren van resultaten in de dagelijkse praktijk?
- Preventie en het EMD
- Nut van pop-ups in het EMD rond preventie

2.1.2 De gebruikte databanken

CEBAM, Pubmed, The cochrane library, Domus medica, databank masterproeven ICHO

2.1.3 De gebruikte zoektermen

Prevention, Electronic Health Records, Reminder systems, Implementation, Screening, Use of EHR, Preventie, preventiemodule, EMD, General practice, primary care
ICPC -code 30.0.1 Gezondheidsonderzoek preventief/A98 Preventie

2.1.4 De gebruikte filters

Engels- Nederlands, Primary Care, systematic reviews

2.1.5 Selectie van de artikels

Voor een eerste selectie van artikels werden de titels doorlopen. Wanneer deze interessant leken, werd het abstract gelezen. Een verdere selectie van de verkregen resultaten werd uitgevoerd op basis van de kwaliteit en relevantie van het abstract. Vervolgens werd gezocht naar artikels in het vakgebied van de geselecteerde artikels via het sneeuwbal effect. Bij interessante passages in het artikel werd ook naar de referenties gekeken om zo 'related articles' te vinden. Bij de selectie van de artikels werd gekeken in welk tijdschrift het artikel werd gepubliceerd en naar het type onderzoek.

Zo kwamen we tot een selectie van interessante artikels die onze onderzoeksvragen konden beantwoorden.

2.2 Resultaten

2.2.1 Cervixkankerscreening

In België maakt cervixcarcinoom 3,0% uit van de nieuwe kankers bij vrouwen. Jaarlijks overlijden iets meer dan honderd Vlaamse vrouwen aan baarmoederhalskanker. Door om de drie tot vijf jaar een uitstrijkje uit te voeren, eventueel gevolgd door een adequate behandeling, wordt de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van cervixcarcinoom met minstens 80% gereduceerd.

In België worden 1,1 miljoen vrouwen onvoldoende of helemaal niet gescreend. Jongere vrouwen laten vaak een tijd lang uitstrijkjes uitvoeren in kader van consultaties voor contraceptie, zowel bij de huisarts als bij de gynaecoloog. Na de menopauze valt dit weg , er worden geen nieuwe afspraken meer gemaakt bij de gynaecoloog en dus ook geen verdere uitstrijkjes, terwijl de huisarts ervan uitgaat dat die nog wel ergens anders gebeuren. De meeste van die vrouwen zullen wel om andere redenen een huisarts raadplegen. De huisarts moet dan ook van deze contacten gebruikmaken om de screening te optimaliseren. Om deze reden kozen wij voor onze masterproef voor de leeftijdscategorie van vrouwen tussen de 45 en 65 jaar. (3)

In België is de meest recente richtlijn omtrent cervixkankerscreening die van Domus Medica, gevalideerd door CEBAM in 2011. Hier wordt aangeraden om een uitstrijkje te laten uitvoeren bij seksueel actieve vrouwen die geen volledige hysterectomie lieten uitvoeren tussen de 25 en 65 jaar. Dit om de drie tot vijf jaar. Afhankelijk van het resultaat hiervan wordt een advies gegeven gegeven voor de opvolging. Het gebruik van kattebelletjes in het EMD wordt sinds de laatste update expliciet aanbevolen als methode om alle vrouwen tijdig een uitstrijkje aan te raden. (3)

2.2.2 Onderzoeksvraag 1: Hoe kunnen we er voor zorgen dat we als huisartsenpraktijk resultaten op een uniforme manier beter registreren?

- Gebruik EMD

Een elektronisch medisch dossier (EMD) wordt omschreven als een geautomatiseerd systeem waarin artsen relevante informatie kunnen registreren, zoals patiëntgegevens, medische voorgeschiedenis, allergieën, vaccinatiestatus, medicatielijsten, en gegevens van patiënten consultaties. Daarnaast kan een EMD eveneens automatische alerts, afspraken en herinneringen omvatten. Doel van het gebruik van een EMD is de noden van een arts bij de zorg voor zijn patiënten te ondersteunen. (4)

Eerdere studies tonen echter aan dat significante veranderingen in het EMD- gebruik nodig zijn om deze voordelen te bekomen. Recente studies waren ofwel niet overtuigend, ofwel met gemengde resultaten. Zo wordt in de studie van Lau et al. besloten dat, gebaseerd op eerdere empirische

studies, er in 51% kans is dat het gebruik van een EMD de werking van de medische praktijk zal verbeteren. Daarnaast is er 30% kans dat het gebruik geen invloed heeft op de werking, en 19% kans op een negatief effect door gebruik van een EMD. (5) Holroyd- Leduc et al. beschreven dat het gebruik van een EMD voordeel biedt op vlak van legaliteit en toegankelijkheid. Een effect inzake werkprocessen (kwaliteit van de zorg, individuele efficiëntie en productiviteit) en klinische resultaten (bloeddrukcontrole, glycemiecontrole) werd nog niet aangetoond. (6) Eerder onderzoek toonde eveneens aan dat het uitblijven van positieve gezondheidseffecten door werken met een EMD ten minste gedeeltelijk kan worden verklaard door het onvoldoende gebruik van deze systemen door artsen. (7)

Recent onderzoek toont aan dat het gebruiksgemak van het EMD bepaalt in welke mate artsen gebruik maken van het systeem. Intensief gebruik van het EMD en zijn klinische functionaliteiten is significant geassocieerd met gebruikersvoordelen. (4)

- Kwaliteit van de gegevens

Om invloed te hebben op de kwaliteit van de zorg, moet de kwaliteit van de gegevens geregistreerd in het EMD ook in orde zijn. Een Finse studie gaf aan dat slechts één op de vijf patiëntendossiers inhoudelijk als kwalitatief goed konden worden beschouwd. (8) Zo werd de aanmeldingsklacht vermeld in 79% van de gevallen, maar kon de voorgeschiedenis van de patiënt slechts in 32% van de dossiers worden teruggevonden. In de studie van Kuusela et al. werd gekeken naar zowel gecodeerde informatie als naar losse tekst. (9) Analyse van de dossiers gaf aan dat 46% van de dossiers goed bijgehouden waren. 9% van de dossiers werden aangegeven als ‘slecht’.

2.2.3 Onderzoeksvraag 2: Wat zijn barrières ten aanzien van het correct registreren van resultaten in de dagelijkse praktijk?

Zelfs wanneer een arts over een zeer goed uitgerust EMD-programma bezit, zal een effect op de kwaliteit van de zorg uitblijven wanneer de arts het programma onvoldoende gebruikt. De studie van Linder et al. uit 2006 toont aan dat 24% van de huisartsen nooit of slechts zelden gebruik maakt van het EMD tijdens consultaties. (10) Volgende barrières voor gebruik van het EMD tijdens patiëntencontacten kwamen in deze studie naar voor:

- Consultatie duurde langer waardoor de artsen dreigden achter te raken op schema
- Verlies van oogcontact met de patiënten
- Te traag werken van de computers
- Zelf niet snel genoeg kunnen typen

- Het gebruik van een computer in het bijzijn van patiënten voelt aan als onbeleefd
- Liever gebruik maken van handgeschreven notities

Daarnaast haalt ook de studie van Saleem JJ et al. variaties aan in het gebruik van het EMD tijdens verschillende momenten in het zorgproces, zowel voor, tijdens als na de consultatie. De variaties in EMD- gebruik worden ondergebracht in vier categorieën: voorbereiding van patiëntencontacten (eerdere notities bekijken), documentatie (afwerking bestaande notities), impact van EMD op het patiëntencontact en impact van EMD op de coördinatie van de zorg. (11)

Zorgproces:	**Variaties en barrières in gebruik EMD:**
voorbereiding op de consultatie	- mate waarin je notities en registraties van andere artsen vertrouwt - mate waarin je vertrouwd bent met de patiënt en zijn voorgeschiedenis - tijd dat patiënt reeds zit te wachten
coördinatie van de zorg	- mate waarin je vragen krijgt van andere artsen of paramedici over patiëntgegevens
Patiëntencontact	- gedrag of mentale status patiënt - bespreken gevoelige items waarbij arts liever niet registreert tijdens het gesprek - vragen over de voorgeschiedenis van de patiënt waarbij je het EMD moet gebruiken
Documentatie van het patiëntencontact	- nieuwe patiënten - complexiteit probleem - onzekerheid omtrent diagnose

2.2.4. Onderzoekvraag 3: Preventie en het EMD

Het Elektronisch Medisch Dossier is een belangrijk praktijkinstrument dat toelaat herinnerd te worden aan bepaalde preventieve handelingen. Op die manier kan ‘preventie op maat’ worden gerealiseerd. Een preventiemodule in het EMD is een specifieke verzamelplaats waar gegevens rond cervixkankerscreening, influenzavaccinatie, enz. kunnen worden ingegeven.

Een studie van Linder et al. kon geen significante verbetering in kwaliteit van zorg en preventie aantonen voor praktijken die gebruik maken van een EMD. (10) Ook Poon et. al. ziet geen significante relatie tussen het gebruik van een EMD en een verbetering in de kwaliteit van de

gezondheidszorg. Wel zagen ze een verhoogde kwaliteit in enkele deelgebieden, zoals kankerscreening. Artsen gebruiken ook niet alle toepassingen die mogelijk zijn. (12) Mannaerts A. onderzoekt in haar masterproef de meerwaarde van de implementatie van een preventiesjabloon in het EMD op patiëntenniveau en op praktijkniveau. Een sjabloon dat goed geïntegreerd is in het EMD, geeft de arts meer structuur en houvast tijdens de preventieconsultatie. Er is echter nood aan verdere aanpassing van de software om dit preventiesjabloon nog beter te integreren in de dagelijkse praktijk, bijvoorbeeld door middel van een pop-up. (13)

Gezien tijdsgebrek door de meeste artsen als voornaamste barrière gegeven wordt voor het navragen van preventie onderzochten Yarnall et. al. hoeveel tijd een huisarts nodig heeft om alle preventieve diensten, aanbevolen door de US Preventive Services Task Force (USPSTF), te leveren aan hun patiënten. Hierbij werd gevonden dat het een huisarts gemiddeld 7,4 uur per werkdag zou kosten om zich louter met alle mogelijke preventieve zorgen voor zijn patiënten bezig te houden (14). Dit onderstreept de nood aan eenvoudig te implementeren systemen, waardoor preventie in de alledaagse praktijk kan worden ingebouwd. Poon et al geeft aan dat strategieën, zoals meer training rond EMD en incentives voor praktijken die het EMD goed gebruiken, artsen zouden kunnen motiveren bij het gebruik. (12)

2.2.5 Onderzoeksvraag 4: nut van pop-ups in het EMD bij screening

Poon et al geeft aan dat het louter gebruiken van een EMD onvoldoende is om de kwaliteit van de gezondheidszorg te optimaliseren. Ze suggereren het gebruik van specifieke uitgebreide functies in het EMD. Herinneringssystemen voor de arts zijn hierbij een belangrijke modificatie. (12) In The American Journal of Preventive Medicine verscheen in 2000 een review over het gebruik van artsenreminder/recall systemen, eveneens in het kader van vaccinaties. Hier was er een verbetering van de immunisatiestatus met 1% tot 67% na het invoeren van deze reminders. (15)

In voorgaande masterproeven wordt reeds gezocht naar manieren waarop preventieve handelingen kunnen worden opgevolgd via het EMD. In mei 2011 voerde Marieke Geijsels een onderzoek uit omtrent pop-ups in de preventie rond pneumokokkenvaccinatie. Het onderzoek liep gedurende 3 maanden en toonde een verbetering in vaccinatiegraad van 48,1% tot 77,8 %. Dit resultaat werd echter genuanceerd door de verhoogde alertheid tijdens de kortdurende periode van het onderzoek.(16) De Jonghe E. vergelijkt in haar masterproef de registratie van enkele preventieve acties in het EMD. Dit voor en na de invoer van persoonlijke werkplannen, waarvan de arts een elektronisch herinnering krijgt. Hierbij verbeterde de notitie van de rookstatus en cervixkankerscreening significant, de notitie van de tetanusvaccinatiestatus bleef ongeveer gelijk. (17)

Ook Jaspers et. al. ziet dat beslissingsondersteunende systemen een belangrijke rol spelen bij het uitvoeren van preventieve zorgen zoals vaccinaties, opvolging van de bloeddruk en cervixkankerscreening. Artsen lijken beter te presteren wanneer deze beslissingsondersteunende systemen automatisch verschijnen als pop-up, dan wanneer ze deze zelf moeten initiëren. Dit suggereert dat deze systemen continu op de achtergrond zouden moeten werken om na te gaan of de zorg bij individuele patiënten in overeenstemming is met de geldende richtlijnen en dat ze slechts advies moeten geven in situaties dat artsen zich niet aan deze richtlijnen houden of bij onvoorziene resultaten voor de patiënt. Ook wordt de nadruk gelegd op een eenvoudig te hanteren systeem, dat zo weinig mogelijk extra tijd vraagt van de arts tijdens het consult. (18) De richtlijn van Domus Medica over cervixkankerscreening geeft sinds de laatste update ook het advies om via kattebelletjes in het EMD de screeningsgraad te verhogen. (3)

In 2010 verscheen een Cochrane Review over het effect van computer-reminders op het gedrag van de artsen en op uitkomsten van zorg. Dit tempert toch enigszins het enthousiasme. Hierbij vonden ze kleine tot bescheiden veranderingen in het gedrag van de artsen, met een gemiddelde verbetering van 4,2%. Dit bleek in de meeste studies niet significant te zijn. Ze gaven aan dat er wel hoge verwachtingen zijn omtrent de computer-reminders maar dat de resultaten momenteel nog uitblijven. (19)

3 Methodologie

3.1 Idee (FOCUS)

Voor het uitwerken van het praktijkverbeterend project bij deze masterproef werd gewerkt via het FOCUS-stappenplan. Tijdens de consultaties was ons reeds opgevallen dat er weinig gebruik wordt gemaakt van de preventiemodule in het EMD. Preventie gebeurde niet op een georganiseerde manier, terwijl dit net belangrijk is gezien met meerdere artsen samen wordt gewerkt in groepsverband.

3.1.1 F: Find a problem

Het onderwerp van de masterproef werd vastgelegd in overleg met de praktijkopleider. Liefst werd gekozen voor een onderwerp gericht op praktijkorganisatie en uitbouw van gebruik van het EMD in de dagelijkse werking van de praktijk. Door mijn eigen interesse in baarmoederhalskankerscreening en afname van uitstrijkjes werd in deze richting verder gezocht. Registratie van de afname van uitstrijkjes gebeurde niet op een uniforme manier door de verschillende artsen in de praktijk. De artsen hadden ook weinig kennis over de mogelijkheden van het EMD om hen hierbij te ondersteunen. Hierdoor was er onvoldoende overzicht in de praktijk welke patiënten wel of niet deelnemen aan de screening. Om deze redenen werd besloten dit verder uit te werken in de masterproef.

3.1.2 O: Organise meeting

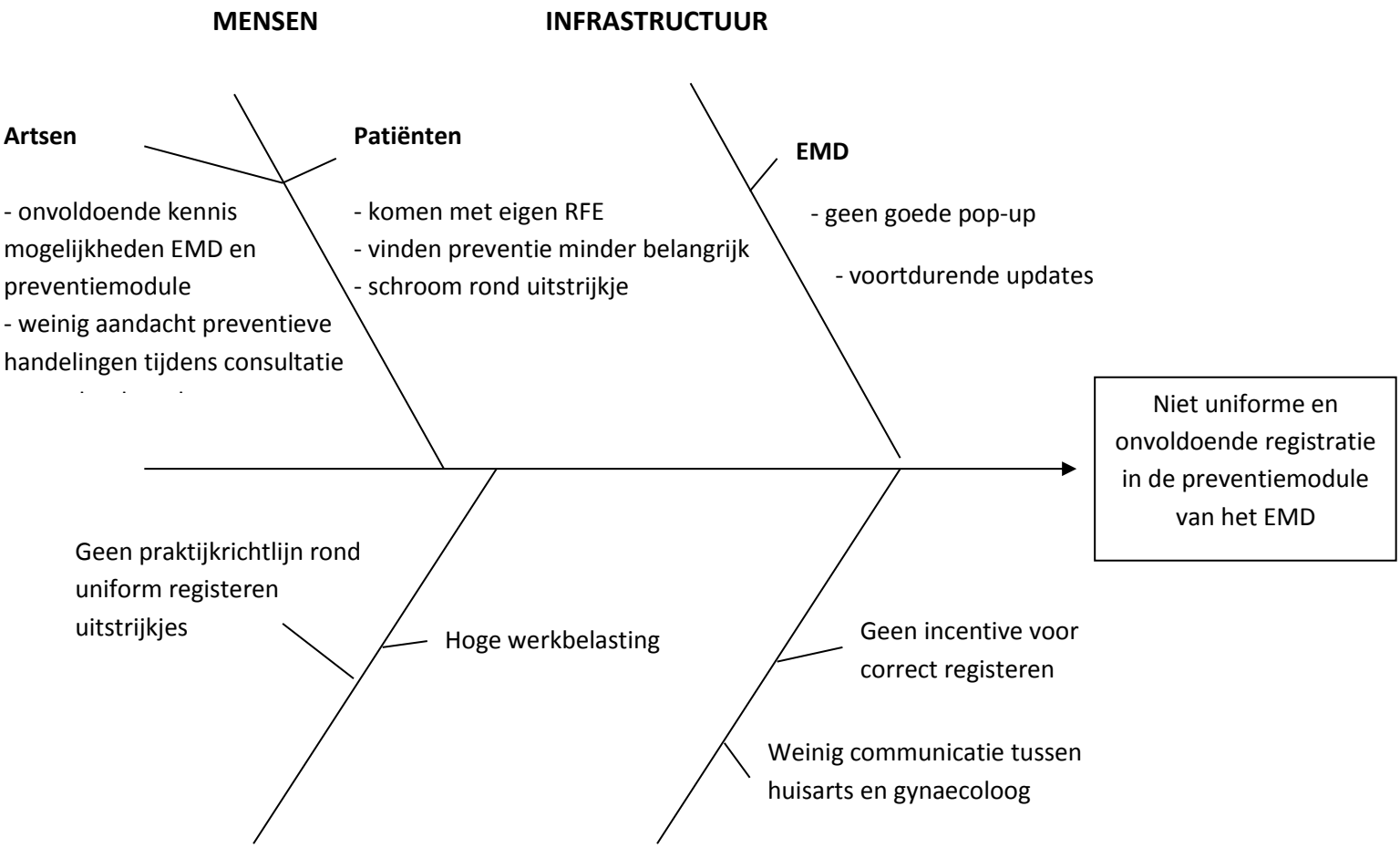
Tijdens het wekelijks overleg met de praktijkopleider en de overige collega's uit de praktijk werd het thema van de masterproef besproken en uitgewerkt. Daarnaast werd ook op zoek gegaan naar een geschikte promotor, waarbij bleek dat we met twee HAIO's een gelijkaardig project voor ogen hadden. Er werd besloten in beide groepspraktijken een gelijkaardig praktijkverbeterend project uit te voeren, met elk een iets andere focus.

3.1.3 C: Clarify problem

Op basis van het overleg met de praktijkopleider en de promotor wordt beslist het praktijkverbeterend project toe te spitsen op de registratie van uitstrijkjes in het EMD, en voornamelijk hoe de preventiemodule uit het EMD een ondersteuning kan bieden voor de artsen. Om het probleem verder te verduidelijken, besloten Haio Sanne Casier en ikzelf gedurende enkele weken te noteren welke factoren uit de praktijk zorgen voor een incorrecte registratie. De

verzamelde gegevens werden ondergebracht in vier categorieën volgens het model van een visgraatanalyse (*Figuur 1*).

Figuur 1: Visgraatanalyse: welke factoren dragen bij tot voor een incorrecte registratie van uitstrijkjes in het EMD?



Op basis van deze analyse werd besloten te werken rond een uniform gebruik van de preventiemodule in het EMD in onze respectievelijke praktijken. Via een maandelijkse dan wel driemaandelijkse FOCUS- groep werd het verloop van de registratie geëvalueerd en eventueel bijgestuurd. Tijdens dit kwalitatief onderzoek werd voornamelijk gekeken wat de artsen uit de praktijk als barrières ervaren bij het registreren van de resultaten van baarmoederhalsuitstrijkjes.

Daarnaast werd ook gekeken of er gelijkaardige dan wel verschillende resultaten worden gevonden in de beide praktijken: zorgt een maandelijks overlegmoment voor een verschillende uitkomst dan een driemaandelijks overlegmoment? Draagt het gebruik van de pop- up bij tot een betere registratie? Heeft het gebruik van een patiëntenfolder een invloed op de registratie van uitstrijkjes?

Er werd afgesproken dat we elk een stroomdiagram zouden ontwikkelen, gericht op het eigen EMD voor optimale werkzaamheid van de registratie van uitstrijkjes in de eigen praktijk. Dit stroomdiagram zou door alle artsen van de praktijk worden gevolgd.

Als doelgroep werd gekozen voor vrouwen tussen 45 en 65 jaar, gezien uit de literatuur bleek dat dit een ondergescreende populatie is. Daarnaast werden ook enkel patiënten met een actief GMD in 2014 geselecteerd, gezien dit patiënten zijn die regelmatig op consultatie komen en de praktijk als vaste huisarts hebben.

3.1.4 U: Understand/Uncover

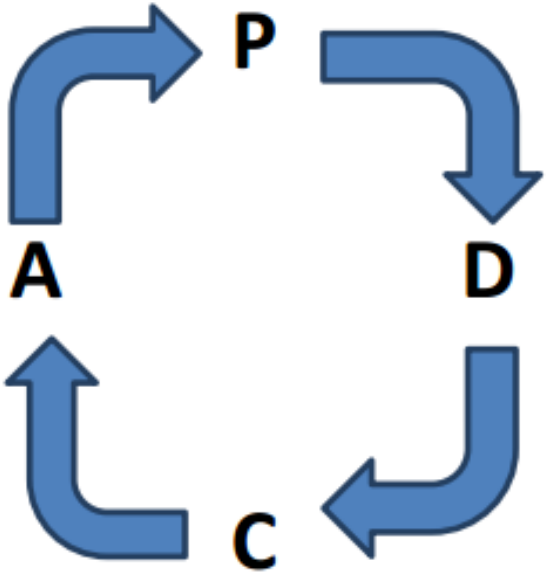
Bij het begin van de studie werd nagegaan bij hoeveel vrouwen uit de doelgroep deelname aan de cervixcarcinoomscreening reeds werd genoteerd in de preventiemodule. Bij 35 van de 366 vrouwen uit de doelgroep was de preventiemodule reeds op een correcte manier ingevuld.

3.1.5 S: Start

Na de literatuurstudie werd via een PDCA- cyclus (*figuur 2)* gekeken hoe de verandering in de praktijk het beste werd georganiseerd. Hierbij werd als eerste de methodologie van het project vastgelegd (PLAN). Wanneer de preventiemodule werd gebruikt in de praktijk, en het stroomdiagram werd gevolgd, (DO), werd in onze praktijk een maandelijkse evaluatie gepland (CHECK). Hierna konden eventuele veranderingen aangebracht worden zodat na het aflopen van de studie de preventiemodule optimaal wordt gebruikt.

Figuur 2: PDCA- cyclus: hoe wordt de verandering in de registratie van uitstrijkjes in de praktijk gerealiseerd?

-Literatuuronderzoek (gebruik van het EMD, barrières in het gebruik, gebruik van preventiemodule, nut van pop-ups)
-Visgraatanalyse rond registeren cervixuitstrijkjes in de huidige praktijk
-Opstellen van een stroomdiagram en vastleggen evaluatiemomenten



-Selectie van patiëntenpopulatie en doelgroep
-Huidig gebruik van de preventiemodule evalueren
-Interventie gedurende 9 maanden
-Maandelijks overleggen en evalueren, vastleggen mogelijke barrières , bijsturen en motiveren

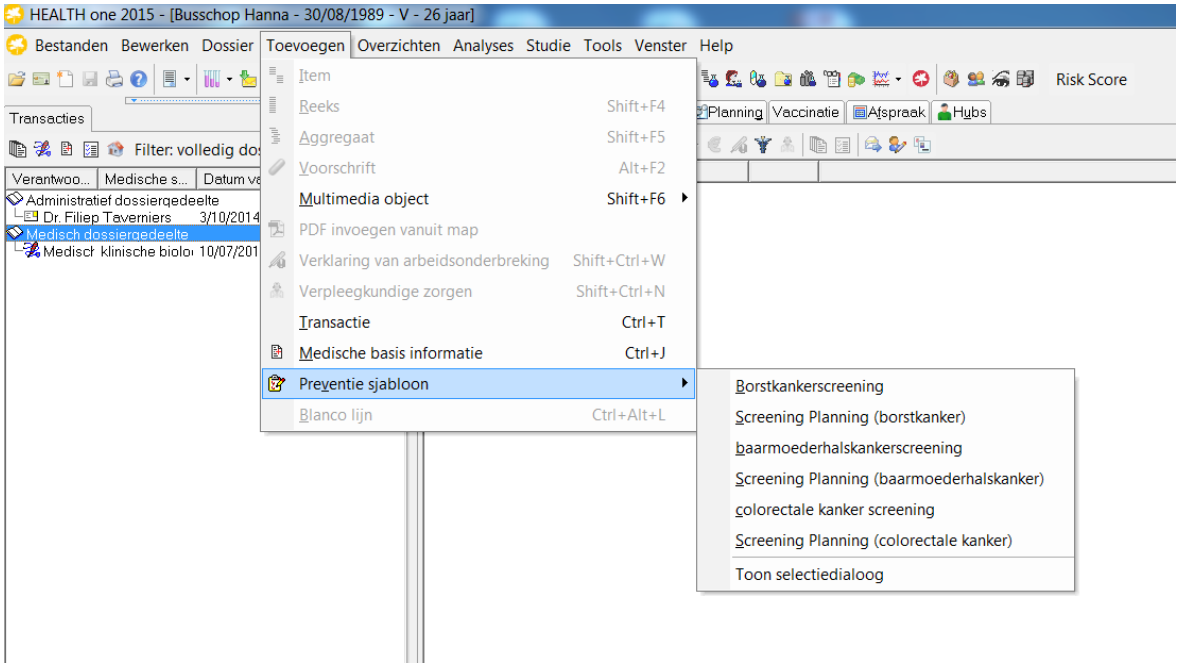
-Evalueren van het project
-Plannen voor de toekomst; extrapoleren naar andere zaken?

-Voorbereiding maandelijks overleg;
→Dataverzameling en analyse
→Resultaten uit statistiek EMD halen
→ Evalueren barrières aangegeven door collega's
→ Evaluatie van succesfactoren

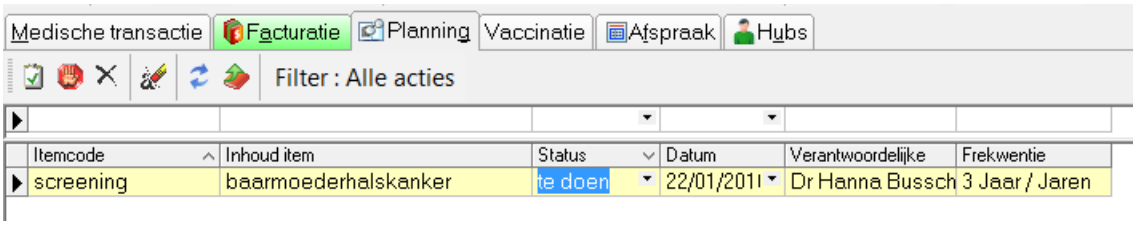
3.2 Opzet/Plan (P)

3.2.1 Preventiemodule in het EMD

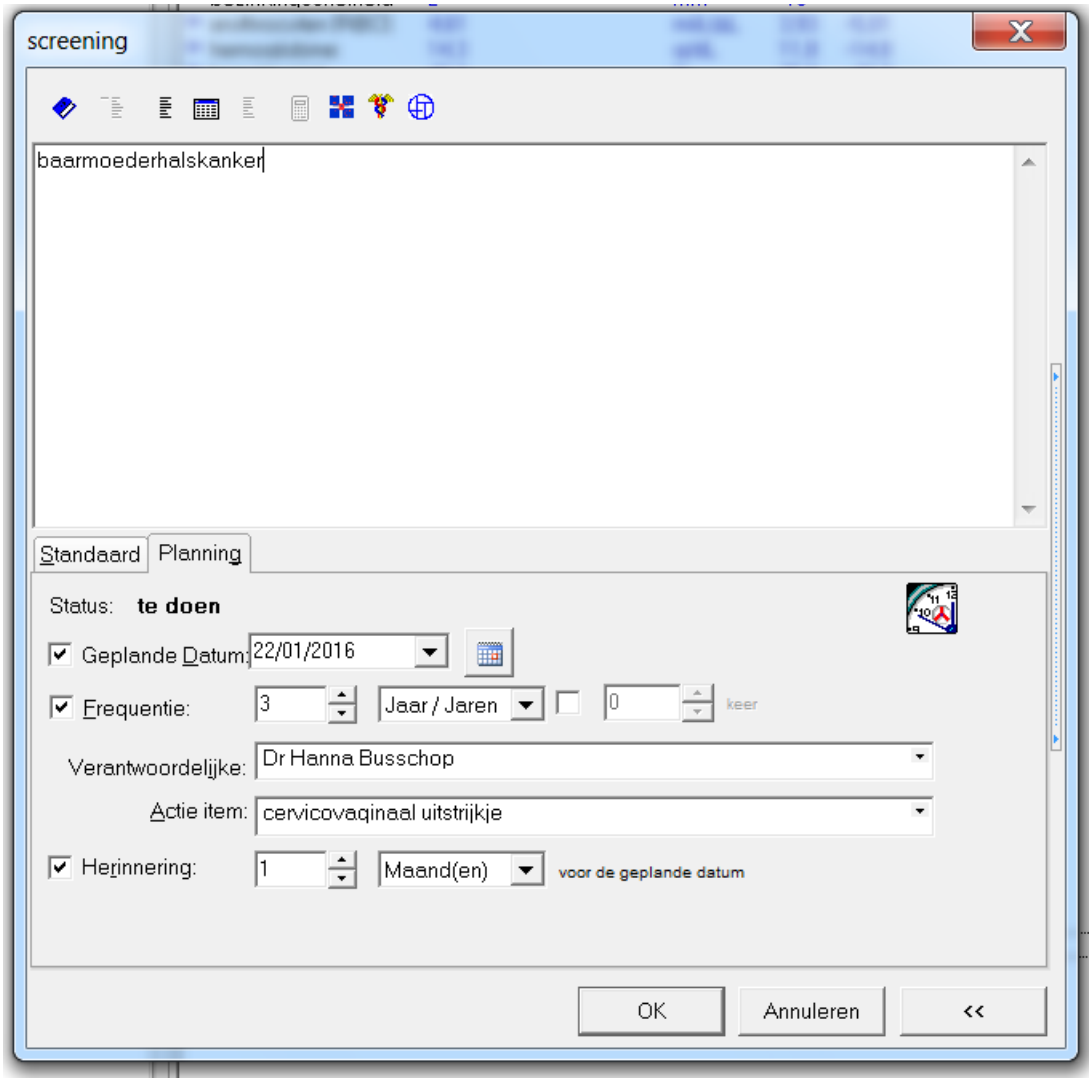
In de laatste versies van Health One is er een preventiesjabloon voorzien, waarbij het mogelijk wordt de laatste screening naar borst-, darm- en baarmoederhalscarcinoom te registreren (*Figuur 3, Figuur 4, Figuur 5)*. Wanneer een patiënt in aanmerking komt voor deelname aan de screening, zal automatisch een pop-up, gekoppeld aan deze preventiemodule, verschijnen bij openen van het dossier. Deze pop- up moet actief worden weggeklikt (*Figuur 6)*. In Accrimed, het EMD programma dat wordt gebruikt in de praktijk van Sanne Casier, is het gebruik van een dergelijke pop –up niet mogelijk.



Figuur 3: Preventiemodule Health One



Figuur 4: Preventiemodule Health One



Figuur 5: Preventiemodule Health One



Figuur 6: Pop- up baarmoederhalskankerscreening in Health One

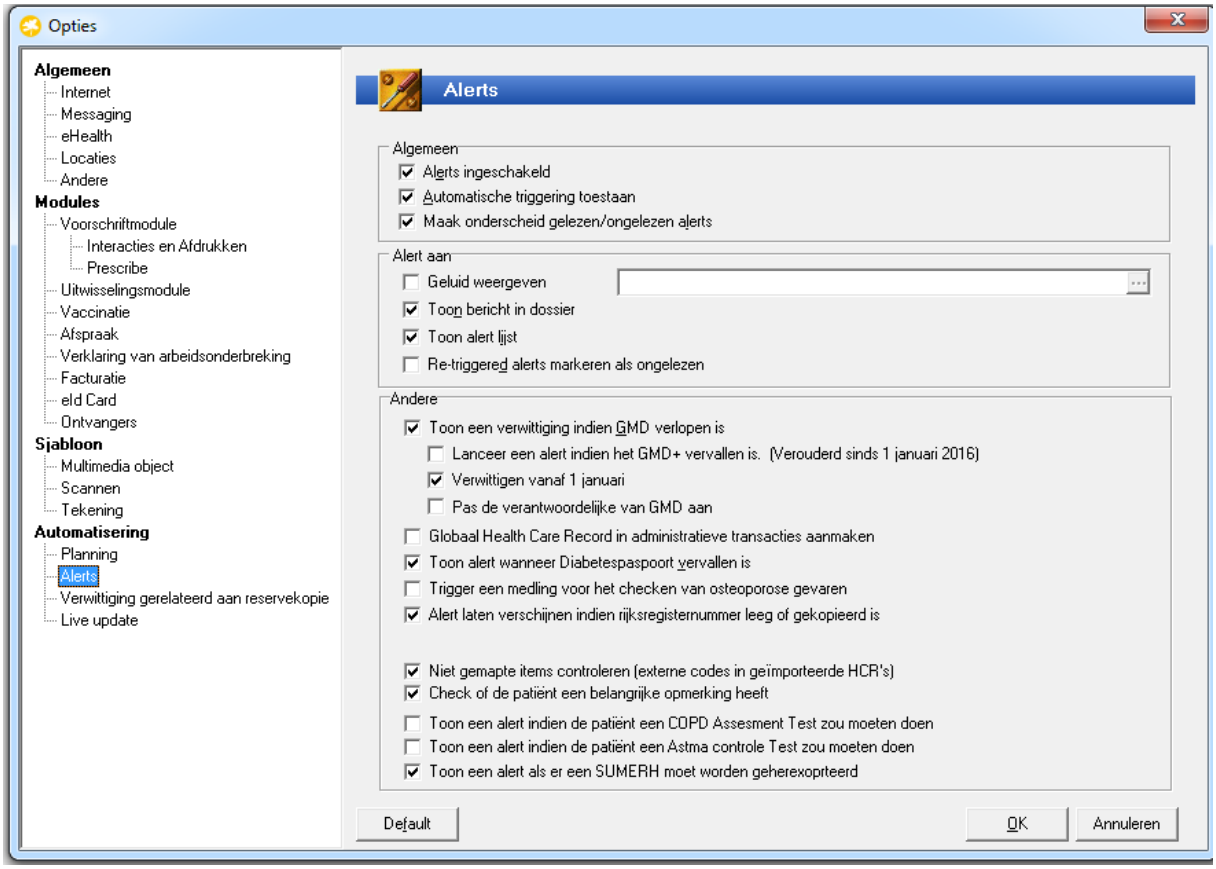
3.2.2 Actieplan

3.2.2.1 Selectie van de doelpopulatie

Om de patiëntenpopulatie en doelgroep te selecteren, werd op 31/12/2014 een databank analyse uitgevoerd in Health One. Op die manier kon een lijst verkregen worden van alle vrouwen geboren tussen 1/1/1950 en 31/12/1969. Daarnaast werd een tweede analyse gemaakt waarbij eveneens de selectie 'GMD in 2014' werd aangevinkt. Zo kon de doelgroep bepaald worden. In beide praktijken werden dezelfde criteria gebruikt om de doelgroep te bekomen.

3.2.2.2 Verschijnen pop- up bij openen dossier

Er werd op alle computers uit de praktijk nagegaan of de pop- up verschijnt bij openen van het medisch dossier. Wanneer de pop- up niet verscheen, werden de instellingen van het dossier aangepast (Tools - Opties - Automatisering - Alerts - aanvinken 'alerts ingeschakeld' en 'automatische triggering toestaan').



Figuur 7: Instellen van het verschijnen van de pop- up in Health One

3.2.2.3 Invoer van gegevens in preventiemodule van het EMD

Vervolgens werd een stroomdiagram opgesteld, dat later aan de andere artsen uit de praktijk zal bezorgd worden, zodat de registratie van uitstrijkjes op een uniforme manier zal gebeuren (*Bijlage 2*). Het stroomdiagram werd door beide onderzoekers apart opgesteld, en is gericht op de optimale registratie van uitstrijkjes in het eigen EMD- programma. Dit stroomdiagram voorziet vijf verschillende opties bij navragen van deelname aan de baarmoederhalskankerscreening:

- Mogelijkheid 1: er is een uitstrijkje afgenomen de laatste drie jaar, en het resultaat van de screening is gekend in het medisch dossier. Via de pop- up (of rechtstreeks via Toevoegen - Preventiesjabloon - Baarmoederhalskankerscreening) wordt het preventiesjabloon geopend. De arts verandert het preventiesjabloon voor baarmoederhalskankerscreening van 'te doen' naar 'gedaan'. Het herhaalalert wordt bepaald door het resultaat van het uitstrijkje. Er wordt ingesteld dat de pop-up opnieuw zal verschijnen vanaf één maand voor deze termijn. Tenslotte wordt in de consultatie nog het item 'cervicovaginaal uitstrijkje' aangemaakt, met invoeren van de vrije tekst 'afgenomen'.
- Mogelijkheid 2: er is een uitstrijkje afgenomen de laatste drie jaar, maar het resultaat is niet terug te vinden in het dossier. Hierbij zijn er opnieuw twee verschillende mogelijkheden:
    - Patiënt weet wanneer het laatste uitstrijkje werd afgenomen, maar kent het resultaat niet: het baarmoederhalskankersjabloon blijft ingesteld op 'te doen'. De geplande datum wordt ingesteld op drie maanden en er wordt ingesteld dat de pop-up opnieuw zal verschijnen vanaf één maand voor deze deadline. Daarnaast wordt in de consultatie het item 'cervicovaginaal uitstrijkje' aangemaakt met invoeren van de vrije tekst 'resultaat ongekend'.
    - Patiënt kent het resultaat van het laatste uitstrijkje, maar weet niet meer wanneer dit werd afgenomen: hierbij zal opnieuw bovenstaande procedure worden doorlopen. Bij het item 'cervicovaginaal uitstrijkje' wordt nu echter de vrije tekst 'datum ongekend' ingegeven.
- Mogelijkheid 3: er is geen uitstrijkje afgenomen de laatste drie jaar. Bij deze patiënten blijft het screeningssjabloon eveneens ingesteld op 'te doen', en wordt de geplande datum opnieuw ingesteld op drie maanden na de huidige consultatie (met reeds verschijnen van de pop- up één maand op voorhand). In het item 'cervicovaginaal uitstrijkje' wordt nu de vrije tekst 'besproken' ingegeven.
- Mogelijkheid 4: er is een contra- indicatie voor afname van een uitstrijkje. Het preventiesjabloon voor baarmoederhalskanker wordt ingesteld op 'contra- indicatie'.

Daarnaast wordt eveneens de vrije tekst ‘niet geïndiceerd’ ingegeven onder het item ‘cervicovaginaal uitstrijkje.

- Mogelijkheid 5: patiënte weigert deelname aan de baarmoederhalskankerscreening. Het preventiesjabloon wordt dan ingesteld op ‘weigering’. Eveneens wordt de vrije tekst ‘weigering’ ingegeven onder het item ‘cervicovaginaal uitstrijkje’.

Tijdens de FOCUS-groep gesprekken werd het stroomdiagram vereenvoudigd. Vier maanden na start van het onderzoek bleek dat de tweede mogelijkheid nog nooit geregistreerd was, waardoor besloten werd deze uit het stroomdiagram te halen. Wanneer er toch vrouwen kwamen die onder deze optie vielen, zouden die ook onder optie drie worden geregistreerd, met de vraag de exacte datum tegen een volgende consultatie op te zoeken, of de resultaten via de gynaecoloog tegen dan na te vragen.

3.3 Interventie (D)

3.3.1 Verloop van het onderzoek

De registratie startte op 9 april 2015. Die dag gebeurde een eerste overleg met de artsen uit de praktijk, waarbij het stroomdiagram en het verloop van de studie werden besproken. De komende negen maanden werden iedere maand de tussentijdse resultaten van de registratie van de baarmoederhalskankerscreening afgenomen, dit opnieuw via een populatie- analyse in Health One. De eerstvolgende donderdag wordt telkens een vergadermoment vastgelegd met alle artsen uit de praktijk. De studie eindigde op 8 januari 2016.

3.3.2 Verkrijgen van de maandelijkse resultaten

De tussentijdse resultaten werden maandelijks bekomen via een populatie- analyse in Health One. Hierbij werden de vrouwen geselecteerd geboren tussen 01/01/1950 en 31/12/1969, en waarbij die maand een item ‘medische informatie’ werd aangemaakt. Zo worden de vrouwen bekomen die tijdens deze maand op consultatie kwamen. Daarna werd gekeken bij welke vrouwen eveneens de vrije tekst ‘cervicovaginaal uitstrijkje’, gekoppeld aan ‘afgenomen’, ‘besproken’, ‘weigering’ of ‘contra- indiatie’ wordt teruggevonden. Zo kon maandelijks een overzicht worden bekomen.

3.4 Evaluatie (C)

De registratie werd gedurende negen maanden, tussen 9 april 2015 en 8 januari 2016, maandelijks geanalyseerd. Er werd bewust gekozen voor een langdurige opvolging om op die manier tot een realistisch resultaat te komen. De meeste masterproefonderzoeken rond dit onderwerp hadden slechts een korte studieperiode, waardoor telkens werd aangegeven dat de goede resultaten genuanceerd moeten worden door een verhoogde alertheid tijdens de onderzoeksperiode. Door de langere onderzoeksperiode werd getracht deze factor te minimaliseren. Daarnaast werd in deze masterproef voornamelijk ook gekeken naar de ervaringen en barrières van registreren bij de collega's uit de praktijk. Tenslotte werd dit praktijkverbeterend project eveneens vergeleken met het project van Sanne Casier. In haar praktijk wordt gewerkt met een driemaandelijks overleg. Er werd vergeleken of de duur tot een volgend overleg invloed had op de registratie van de uitstrijkjes in het EMD. Het gebruik van een actieve pop- up was niet mogelijk in het EMD van Sanne. Er werd gekeken hoe de artsen het gebruik dan wel gemis van deze pop- up ervaren. De praktijk van Sanne maakt wel gebruik van een patiëntenfolder en gaat zelf actief de resultaten van uitstrijkjes opvragen bij de gynaecoloog. Dit gebeurde niet in onze praktijk. Er werd gekeken of dit verschil kon geven in de uitkomsten van het onderzoek.

4 Resultaten

4.1 Doelgroep

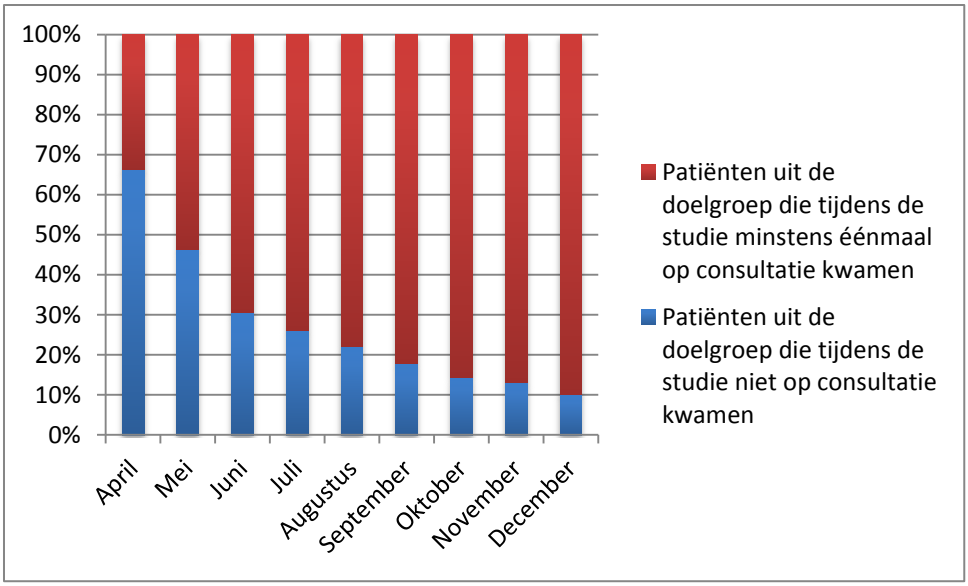
Op 31/12/2014 werd de patiëntenpopulatie en doelgroep voor deze studie bepaald. Er werd gekozen enkel vrouwen geboren tussen 1/1/1950 en 31/12/1969 te includeren. Zo werd een patiëntenpopulatie van 622 vrouwen bekomen. Uit deze groep werden enkel patiënten met een actief GDM in 2014 weerhouden. De uiteindelijke doelgroep bestond hierdoor uit 366 vrouwen. Bij start van het onderzoek was bij 35 vrouwen uit de doelgroep een registratie van het laatste uitstrijkje in het preventiesjabloon gebeurd. Bij aanvang was dus bij 9.5% van de vrouwen uit de doelgroep de preventiemodule op een correcte manier ingevuld.

4.2 Registratieperiode

4.2.1 Resultaten registratie

Er werd maandelijks gekeken hoeveel vrouwen reeds op consultatie kwamen, en hoe vaak de cervicovaginale uitstrijkjes ter sprake kwamen tijdens de consultatie.

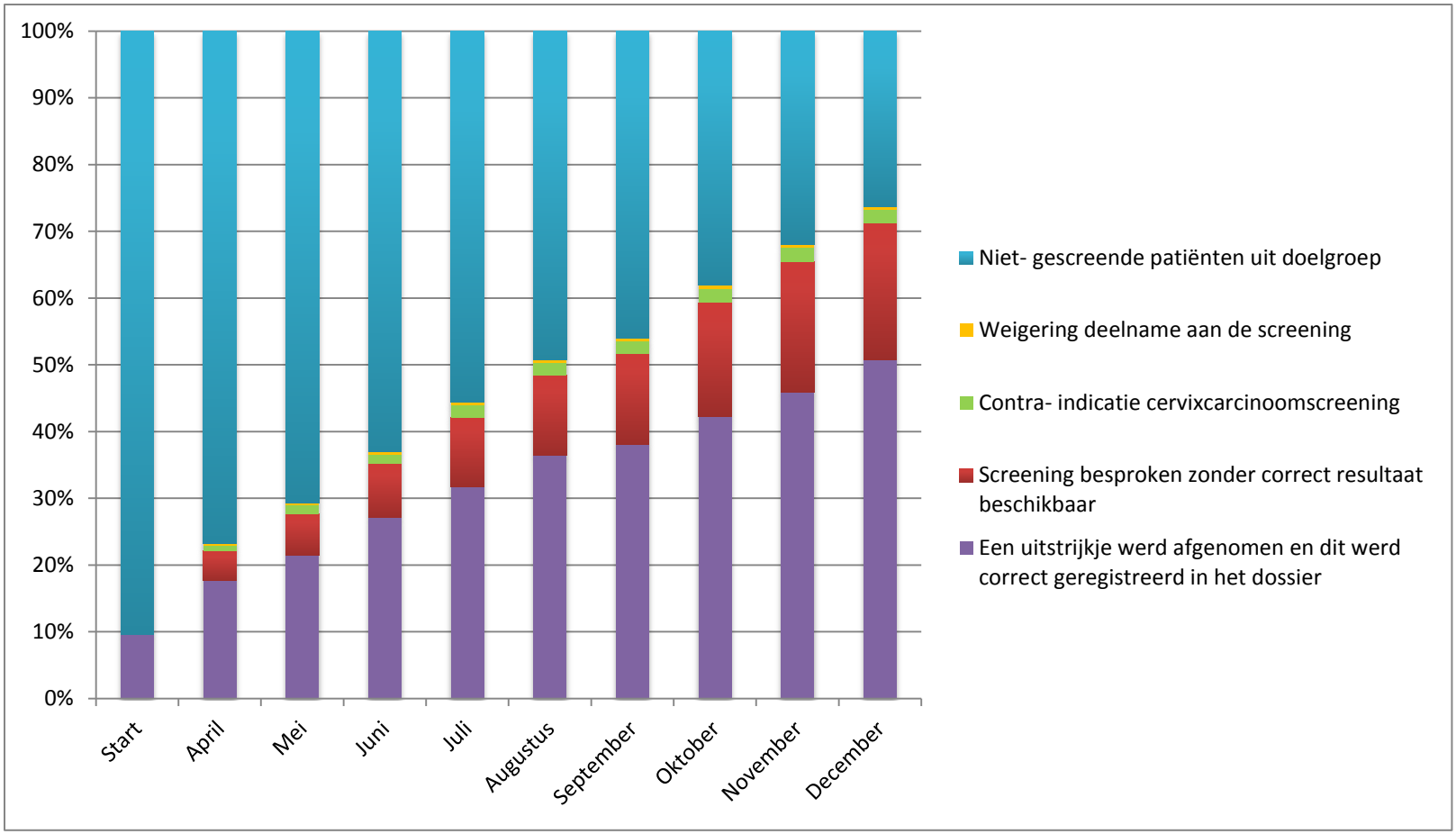
Tijdens deze negen maanden durende studie kwam 90% van de vrouwen uit de doelgroep minstens één maal op consultatie. Begin mei, één maand na de start van het onderzoek, was reeds 34% van de doelgroep in de praktijk op consultatie gekomen. Na mei was dit reeds 54% van de vrouwen. Vier maanden na start van de studie, in het begin van augustus, was 74% van de doelgroep minstens één maal op consultatie gekomen. Tijdens het najaar werd een geleidelijke stijging gezien, tot 90% van de doelgroep minstens één maal was langsgekomen (*Figuur 8*). 38% van deze vrouwen kwamen meer dan één keer op consultatie (*Tabel 1*). 37 vrouwen kwamen tijdens de duur van de studie niet op consultatie.



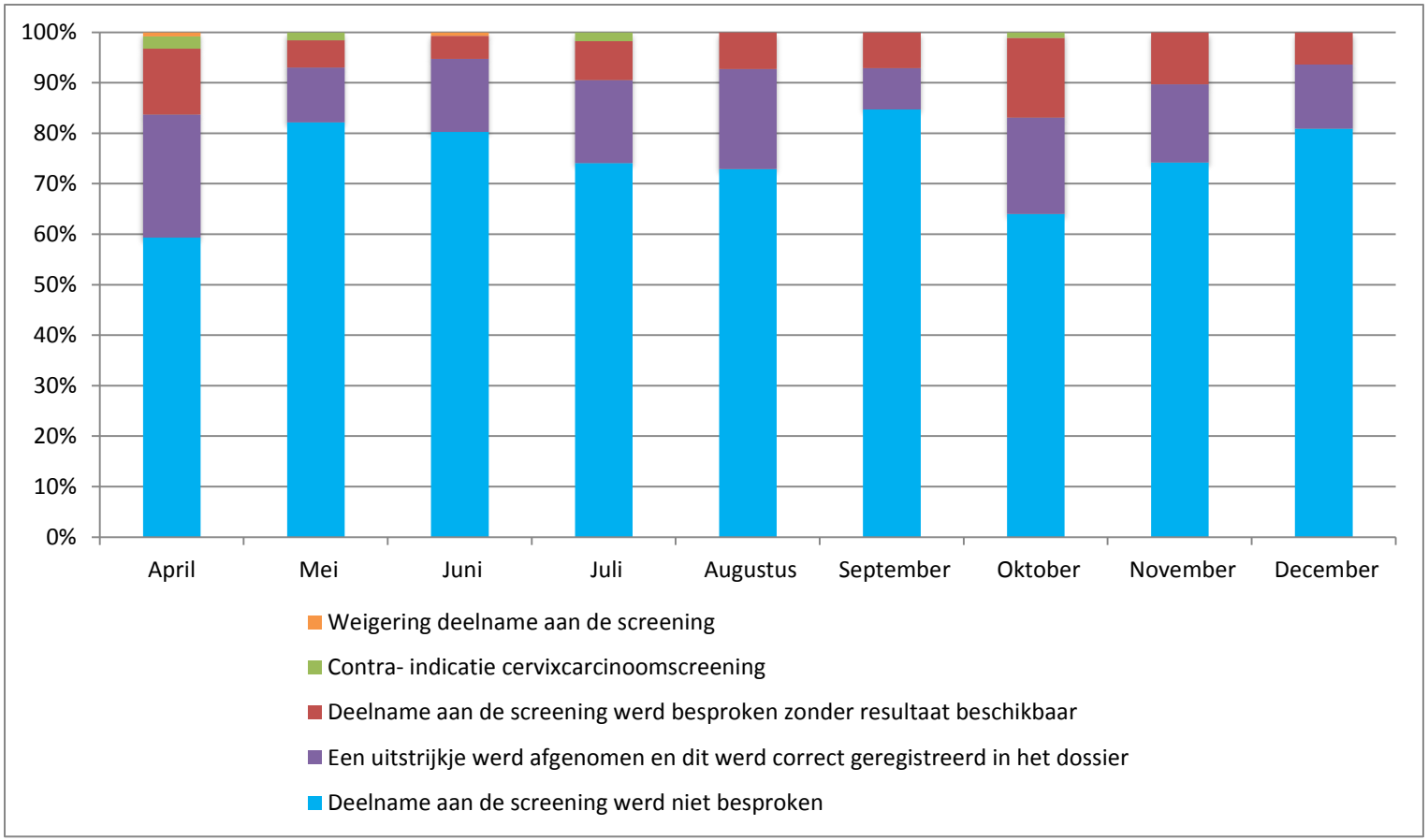
Figuur 8: Maandelijkse registratie van patiënten uit de doelgroep die op consultatie kwamen (procentueel)

In totaal werd bij 250 van de 329 vrouwen (76%) die op consultatie kwamen, de afname van een uitstrijkje nagevraagd (*Tabel 1*). De eerste maand van het onderzoek is dit bij 50 vrouwen nagevraagd. Daarna gebeurde dit maandelijks slechts bij 20 tot 30 vrouwen. Tijdens september gebeurden de minste registraties: toen werden slechts bij 12 vrouwen gevraagd naar deelname aan de cervixcarcinoomscreening, om de laatste drie maanden terug iets op te lopen (*Tabel 1, Figuur 10*). Bij 79 vrouwen gebeurde geen navraag naar het laatste uitstrijkje.

Bij aanvang van het onderzoek was reeds bij 35 vrouwen het preventiesjabloon op een correcte manier ingevuld. Tijdens de studie is bij 157 vrouwen een correcte registratie van het uitstrijkje gebeurd, zodat bij afsluiten van het onderzoek op 8 januari 2016 het preventiesjabloon bij 192 vrouwen correct is ingevuld. Bij 132 van deze 157 vrouwen (84%) werden de resultaten tijdens de consultatie genoteerd, terwijl bij 25 vrouwen een uitstrijkje werd afgenomen tijdens het onderzoek. Waar bij aanvang de preventiemodule slechts bij 9.5% van de vrouwen correct is ingevuld, is de afname van het laatste uitstrijkje nu reeds bij 52% van de vrouwen uit de doelgroep op een correcte manier geregistreerd. Bij 58% van de vrouwen die tijdens het beloop van het onderzoek minstens éénmaal op consultatie kwamen, werd de afname van het laatste geldige uitstrijkje op een correcte wijze genoteerd in het EMD. Het maandelijks verloop wordt weergegeven in *Tabel 1* en *Figuur 9*.

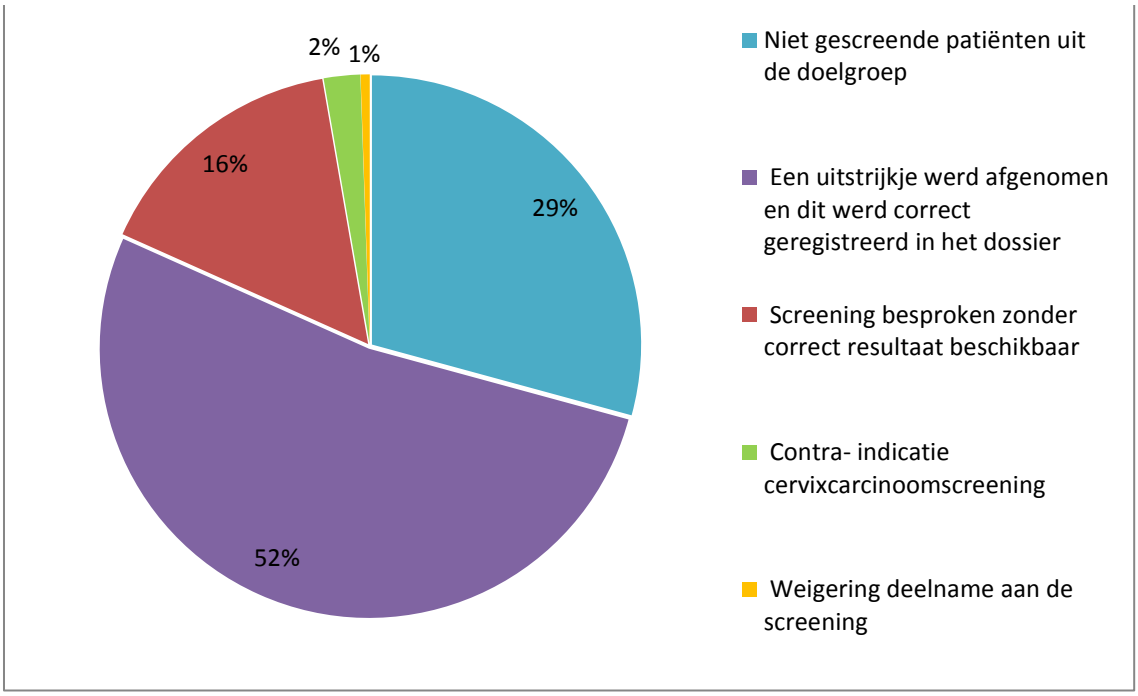


Figuur 9: Maandelijkse cumulatief procentuele weergave van de registratie van de deelname aan de cervixcarcinoomscreening van de patiënten uit de doelgroep



Figuur 10: maandelijkse procentuele weergave (niet- cumulatief) van de registratie van de deelname aan de cervixcarcinoomscreening

Bij 83 vrouwen werd tijdens de duur van het onderzoek de deelname aan de cervixcarcinoomscreening besproken. Zoals eerder geschreven werd het correcte resultaat bij 25 vrouwen alsnog geregistreerd, zodat uiteindelijk bij 58 vrouwen (16% van de doelgroep) het resultaat ongekend bleef. Bij 8 vrouwen (2% van de doelgroep) met een hysterectomie in de voorgeschiedenis werd in het EMD geregistreerd dat zij niet hoeven deel te nemen aan de screening. 2 vrouwen (1% van de doelgroep) weigerden deelname aan de screening. 37 vrouwen kwamen tijdens de duur van het onderzoek niet op consultatie, terwijl bij 79 vrouwen deelname aan de screening niet werd bevraagd. Uiteindelijk werd bij 116 (29% van de doelgroep) vrouwen de cervixcarcinoomscreening niet ter sprake gebracht. Dit wordt grafisch weergegeven in *Figuur 11*.



Figuur 11: Eindresultaten registratie deelname aan de cervixcarcinoomscreening bij de vrouwen uit de doelgroep

	Start	April (8/5/15)	Mei (8/6/15)	Juni (8/7/15)	Juli (8/8/15)	Augustus (8/9/15)	September (8/10/15)	Oktober (8/11/15)	November (8/12/15)	December (8/1/16)	Totaal na afloop van de studie
Aantal patiënten uit de doelgroep voor de eerste maal op consultatie sinds de start van het onderzoek	/	123	73	58	16	15	16	12	5	11	329
Aantal patiënten uit de doelgroep opnieuw op consultatie	/	/	54	89	95	77	78	74	90	96	126
Aantal patiënten uit de doelgroep op consultatie	/	123	127	147	111	92	94	86	95	107	329
Aantal patiënten uit de doelgroep waarbij het uitstrijkje tijdens de consultatie aan bod kwam en het stroomdiagram werd gevolgd	/	50	23	30	30	26	13	32	25	21	250

Aantal patiënten uit de doelgroep met correcte registratie van een geldig uitstrijkje tijdens de eerste consultatie waarin dit werd besproken	/	30	12	17	14	15	6	14	13	11	132
Aantal patiënten uit de doelgroep waarbij het uitstrijkje tijdens het onderzoek werd besproken en later tijdens het onderzoek in orde werd gebracht	/	/	2	5	5	4	1	3	2	3	25
Aantal patiënten met een correcte registratie van een geldig uitstrijkje, ongeacht wanneer in orde gebracht	35	30	14	22	19	19	7	17	15	14	192
Aantal patiënten uit de doelgroep waarbij besproken maar resultaat niet aanwezig of niet	/	16	7	7	9	7	6	14	10	7	83

gekend											
Aantal patiënten met een contra- indicatie voor uitstrijkje	/	3	2	0	2	0	0	1	0	0	8
Aantal patiënten met weigering uitstrijkje	/	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2

Tabel 1: Resultatentabel maandelijkse registratie consultaties en registratie van het navragen van de deelname aan de cervixcarcinoomscreening

4.2.2 Resultaten evaluatiegesprekken

Tijdens het maandelijks overleg werd voornamelijk gevraagd naar wat de collega's uit de praktijk ervaren als barrières bij de registratie. De reden die tijdens deze FOCUS- groepen het meeste naar voor kwam als oorzaak om de baarmoederhalskankerscreening niet na te vragen, was tijdsdruk. De drukke agenda zorgt ervoor dat vraag naar preventieve zorg soms op de achtergrond verschuift. Door de praktijkdrukte kan het gebeuren dat patiënten reeds een halfuur in de wachtzaal zitten te wachten. Om die wachttijd niet te verlengen, kon het gebeuren dat er bewust niet werd gevraagd naar deelname aan cervixcarcinoomscreening, omdat het ook tijd kost om het screeningsprogramma goed aan de patiënten uit te leggen en al hun vragen erover te beantwoorden. Ook komen veel patiënten komen ook al met meerdere hulpvragen op consultatie, zodat extra tijd besteden aan preventie eveneens een langere wachttijd voor de volgende patiënten zou inhouden. Daarnaast vergeten de artsen soms er naar te vragen: dit gebeurt voornamelijk wanneer patiënten komen met een probleem dat niets te maken heeft met screening of uitstrijkjes. Wanneer vrouwen langskomen met een gynaecologisch probleem wordt er een stuk makkelijker aan gedacht. Afhankelijk van de patiënt wordt soms ook nadruk gelegd op andere preventieve handelingen (bijvoorbeeld fractuurpreventie, darmcarcinoomscreening, opvolging hypercholesterolemie,…) zodat bij deze patiënten de afname van een uitstrijkje niet werd besproken, zowel omdat hier geen tijd meer voor was, alsook om de patiënt niet met te veel preventieve handelingen in één keer te belasten. De artsen merken vanuit het RIZIV momenteel ook een extra druk om nadruk te leggen op codering en aanmaken van een Summarized Electronic Health Record (Sumehr) voor iedere patiënt. Hoewel door het aanmaken van een Sumehr de resultaten van een afgenomen uitstrijkje ook vaak worden teruggevonden, vraagt dit ook veel tijd. De artsen gaven ook aan dat ze in het begin van de maand, kort na het FOCUS- groep overleg, meer gemotiveerd waren om de baarmoederhalskankerscreening actief bij patiënten na te vragen. Hoe langer het overleg voorbij was, hoe meer deze extra motivatie wegebde.

De pop- up zagen de artsen wel als een handige reminder gezien deze automatisch op het scherm kwam bij openen van het dossier. Hij is echter ook gemakkelijk weg te klikken, bijvoorbeeld wanneer artsen voor de start van de consultatie het dossier nog eens willen doorlezen. Door het wegklikken gebeurt vaak dat de preventieve onderwerpen niet meer ter sprake komen. De pop- up werkt het beste wanneer de artsen het dossier pas openen wanneer de patiënt al in de consultatieruimte is.

Daarnaast werd, zoals reeds aangegeven in de methodologie, het stroomschema aangepast en vereenvoudigd. Ook praktische problemen met de registratie werden besproken. Soms meldden de artsen problemen met de pop-up, wat kon leiden tot frustratie en niet registreren van de uitstrijkjes. Wanneer ik de problemen niet zelf kon oplossen, kon ik steeds overleggen met de Health- One helpdesk.

5 Discussie

5.1 Interpretatie van de resultaten

Dit onderzoek wil de registratie van baarmoederhalskankeruitstrijkjes in het EMD ondersteunen en verbeteren, door gebruik te maken van het preventiesjabloon. De resultaten tonen een duidelijke toename van de registratie van de uitstrijkjes. Bij aanvang van de studie was slechts bij 9.5% van de vrouwen uit de doelgroep de preventiemodule op een correcte manier ingevuld, na de studie was dit aantal toegenomen tot 52%. De grootste toename wordt gezien aan het begin van de studie: na drie maanden was de preventiemodule bij de helft van deze vrouwen reeds in orde. Daarna startte de zomervakantie, waarin vaak meerdere artsen afwezig waren, wat de minder sterke toename erna mee kan bepalen. De preventiemodule werd het minst ingevuld tijdens september, de maand waarin de onderzoeker niet aanwezig was op de praktijk, waardoor de FOCUS- groep die maand slechts later gebeurde. Dit correleert met hoe de artsen aangaven dat ze na een FOCUS- groep gesprek meer gemotiveerd waren om de uitstrijkjes in het EMD te registreren.

Tijdens dit onderzoek werd 'correct ingevulde preventiemodule' gezien als vrouwen die nood hadden aan deelname aan de baarmoederhalskankerscreening waarbij de laatste drie jaar een uitstrijkje gebeurde waarvan het resultaat gekend is. Daarnaast werd door het onderzoek ook duidelijk welke vrouwen een contra- indicatie hadden voor deelname aan de screening, en welke vrouwen het onderzoek weigerden. Uiteindelijk kon worden gesteld dat de preventiemodule bij 55% van de doelgroep (*Figuur 11)* en bij 61% van de vrouwen die op consultatie kwamen correct werd aangepast.

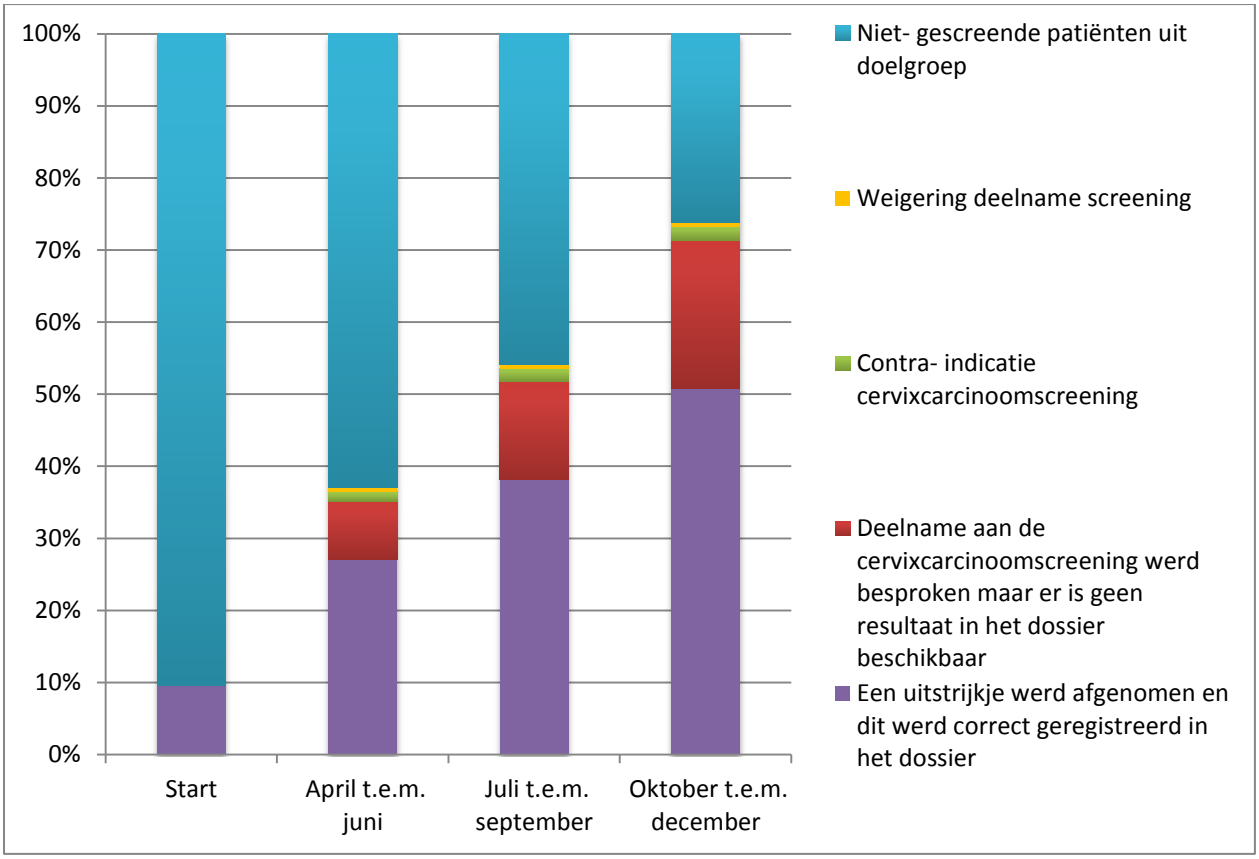
5.2 Vergelijking van de resultaten van beide onderzoeken

Tijdens de periode van dit onderzoek, werd hetzelfde praktijkverbeterd project uitgevoerd door Haio Sanne Casier. In de groepspraktijk van deze onderzoeker werd echter slechts iedere drie maanden een FOCUS- groep gepland en was vanuit het EMD geen pop- up beschikbaar. Er werd wel gewerkt met een patiëntenfolder. Wanneer gegevens niet beschikbaar waren in het EMD, werd daar het resultaat opgevraagd bij de gynaecoloog door de onderzoeker.

In onze praktijk was op voorhand slechts bij 9% van de patiënten uit de doelgroep de preventiemodule op een correcte manier ingevuld. In de praktijk van Sanne was dit reeds bij 25% van de patiënten correct ingevuld. (*Figuur 12, Figuur 13)* De uiteindelijke doelgroep was wel te vergelijken: in de praktijk van Sanne bedroeg deze 290 patiënten, in onze praktijk waren dit 366

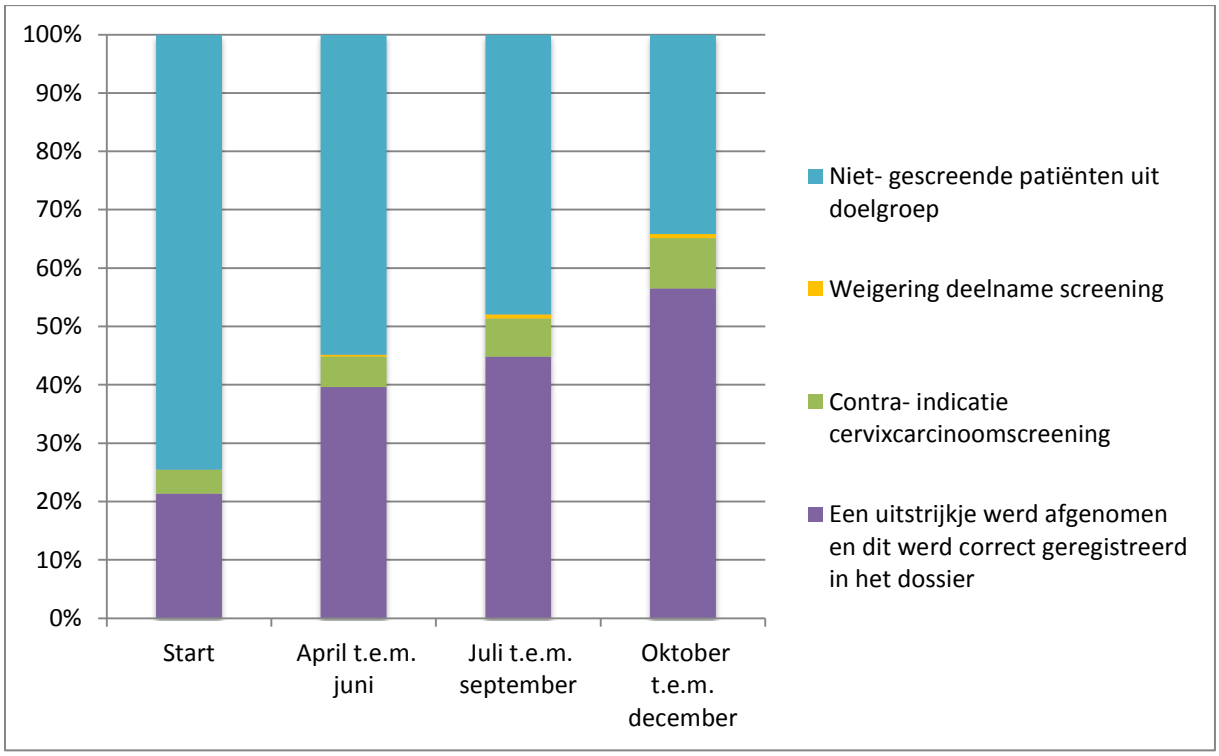
patiënten. In beide praktijken werd een gelijkaardig aantal uitstrijkjes geregistreerd in het dossier: in de praktijk van Sanne gebeurde een correcte registratie van de uitstrijkjes bij 54% van de vrouwen uit de doelgroep. In onze praktijk gebeurde dit bij 52% van de vrouwen uit de doelgroep. (*Figuur 11, Figuur 14)* We zien echter wel dat de preventiemodule (correcte registratie uitstrijkjes, contra-indicatie voor screening en weigering deelname aan de screening) in de praktijk van Sanne bij een groter deel van de patiënten correct werd ingevuld: na afloop van de studie was de preventiemodule bij 67% van de patiënten correct ingevuld terwijl dit in onze praktijk slechts bij 55% van de patiënten gebeurde. De voorsprong van correct geregistreerde uitstrijkjes aan de start speelt hier alvast in mee: uiteindelijk is tijdens het onderzoek de preventiemodule bij 42% van de patiënten uit de doelgroep van Sanne in orde gebracht, in onze praktijk was dit bij 43%. Deze cijfers geven dus een vertekend beeld: tijdens het onderzoek zelf is bij een vergelijkbaar aandeel vrouwelijke patiënten het preventiesjabloon correct ingevuld. In *Figuur 12* en *Figuur 13* wordt ook gezien dat in beide praktijken een gelijkaardige stijging van de registratie wordt gezien.

Op voorhand werd gedacht dat een maandelijks overleg zou leiden tot meer registraties in vergelijking met een driemaandelijks overleg. Dit onderzoek spreekt dit echter tegen: beide praktijken zien een gelijkaardig deel van de doelgroep dat wordt aangesproken. *(Figuur 11- 14)*



Figuur 12: Cumulatief procentuele weergave van de registratie van de deelname aan de

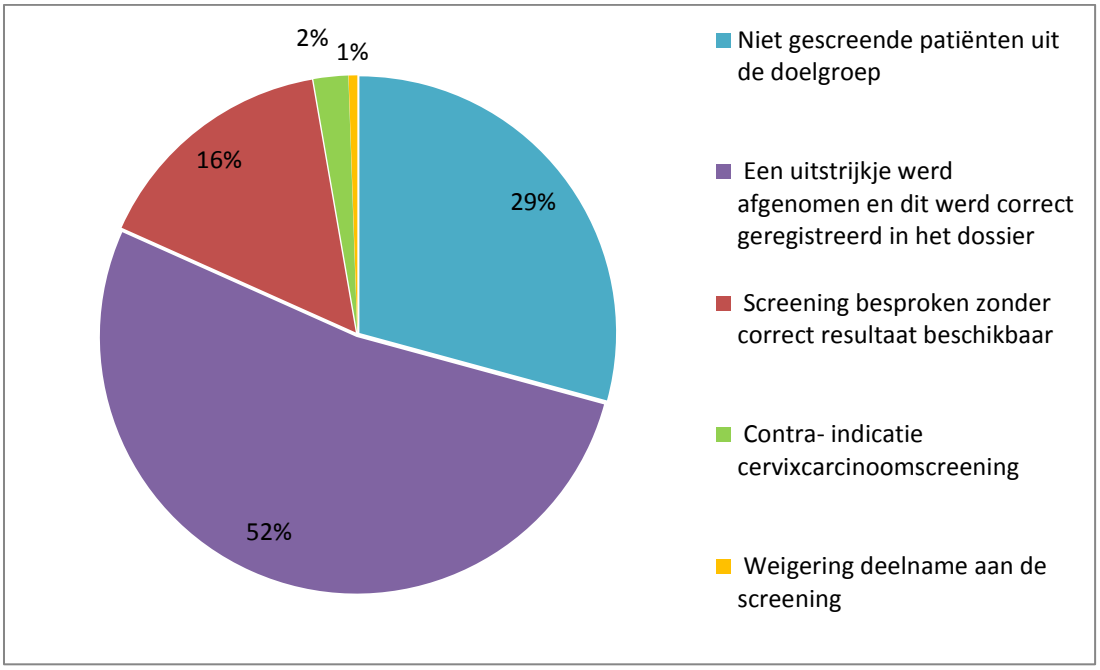
cervixcarcinoomscreening van de patiënten uit de doelgroep gebundeld per drie maanden zoals in de studie van Sanne Casier.



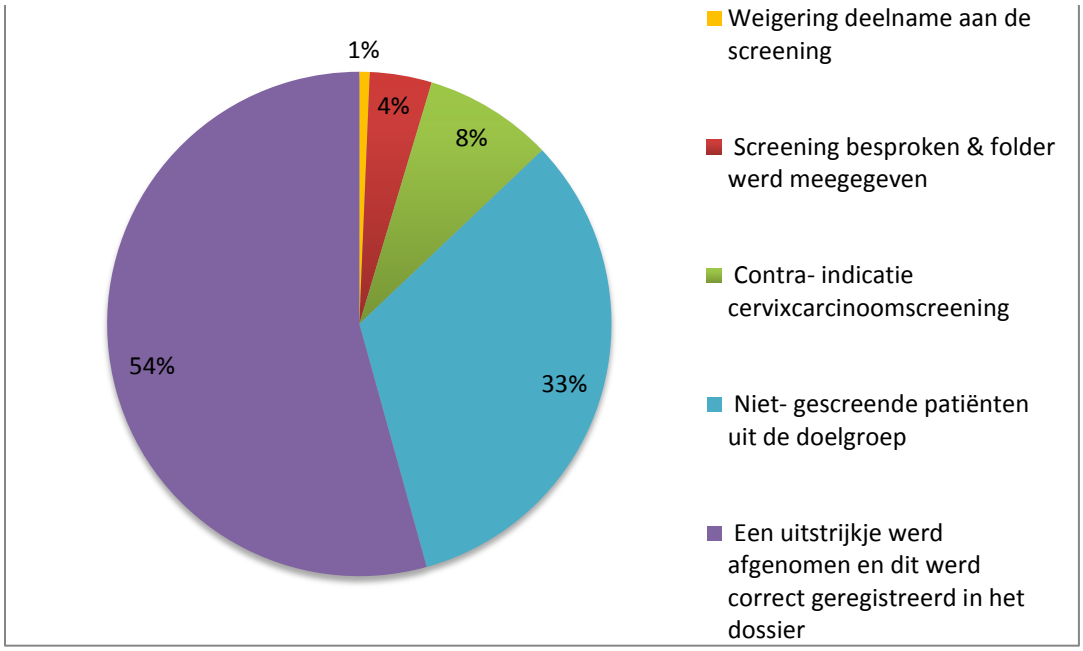
Figuur 13: Cumulatief procentuele weergave van de registratie van de deelname aan de cervixcarcinoomscreening van de patiënten uit de doelgroep van Sanne Casier.

Uiteindelijk werd in de praktijk van Sanne bij 33% van de vrouwen uit de doelgroep de preventiemodule niet correct ingevuld, terwijl dit in onze praktijk bij 45% niet gebeurde (29% van de vrouwen uit de doelgroep werden niet bevraagd, bij 16% werd de screening besproken maar werd de module niet ingevuld) *(Figuur 11)*. Ook hier speelt mee dat het andere onderzoeksproject op voorhand reeds een groter deel van de uitstrijkjes had geregistreerd. Daarnaast kan ook worden gekeken of andere factoren hierin meespelen: zijn er verschillen tussen beide praktijken op te merken waardoor in onze praktijk een groter deel van de vrouwen niet werd aangesproken? Hoe komt het dat de ene praktijk reeds een hoger startpercentage heeft? Een mogelijke verklaring is dat de praktijk van Sanne meer ervaring heeft in het ter sprake brengen van preventie- onderwerpen. Hierdoor is het gemakkelijker die aandacht nog wat op te voeren. In onze praktijk werd in het algemeen weinig structureel rond preventie gewerkt. Het is door het toepassen van dit onderzoek dat de focus hierop wat is opgedreven en dat ook stroomschema's voor andere preventieve onderzoeken werden opgesteld. Eventueel kan ook het geslacht van de artsen uit de praktijk meespelen: in de andere praktijk werken enkel vrouwelijke artsen, terwijl in onze praktijk drie mannelijke artsen en twee vrouwelijke artsen werkzaam zijn. Onderzoek geeft ook aan dat

mannelijke huisartsen lagere screeningscijfers voor baarmoederhalscarcinoom hebben in vergelijking met vrouwelijke huisartsen. (20) Dit zijn echter slechts bedenkingen die niet met cijfers gestaafd kunnen worden gezien de kleine onderzoeksgroep.



Figuur 11: Eindresultaten registratie deelname aan de cervixcarcinoomscreening bij de vrouwen uit de doelgroep



Figuur 14: Eindresultaten registratie deelname aan cervixcarcinoomscreening uit de studie van Sanne Casier

In de resultaten van Sanne zien we enkel vrouwen waarbij de preventiemodule correct werd ingevuld en vrouwen waarbij deelname aan de screening niet werd besproken. Wanneer een resultaat niet gekend was, werd dit door de onderzoeker opgevraagd bij de gynaecoloog en alsnog in het dossier geregistreerd. Zo komt het dat de optie 'deelname aan de screening werd besproken, maar een resultaat is niet beschikbaar in het EMD' bij haar niet aan bod komt. In onze praktijk hebben we er bewust voor gekozen resultaten niet zelf na te vragen bij de gynaecoloog en de patiënten dit zelf te laten doen. Hierdoor hebben wij nog een groep van 58 vrouwen (16% van de doelgroep) waarbij de screening wel werd besproken, maar er toch geen registratie gebeurde in het EMD. Dit toont aan dat een groot deel informatie rond de afname van uitstrijkjes verloren gaat, waardoor uitstrijkjes soms overbodig herhaald zullen worden door de huisarts of door de gynaecoloog. De samenwerking tussen beide is voor heel wat verbetering vatbaar. Beide zijn niet op de hoogte van de screeningsstatus van de patiënt indien het uitstrijkje niet bij de arts in kwestie gebeurde. Een centrale database met registratie van de baarmoederhalsstalen, die toegankelijk is voor alle behandelende artsen, zou dit probleem kunnen verhelpen. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, gestart in juni 2013, kan hier ondersteuning in bieden.

Ook de folder die gebruikt werd in het andere praktijkproject had duidelijk een positief effect: maar liefst 100% van de vrouwen die een folder meekregen, lieten een cervicovaginaal uitstrijkje uitvoeren. Wanneer in onze praktijk vrouwen uit de doelgroep de afgelopen drie jaar geen uitstrijkje hadden laten uitvoeren, werd dit enkel mondeling besproken. Het meegeven van een flyer heeft duidelijk meer effect.

5.3 Ervaring van de onderzoeker

Via dit praktijkverbeterend project werd geprobeerd meer aandacht te hebben voor de registratie van baarmoederhalskankeruitstrijkjes in de praktijk. Dit gebeurt nu door alle artsen op dezelfde manier. Door dit project is duidelijk geworden dat verandering in de praktijk aandacht en voldoende motivatie vraagt. De maandelijkse FOCUS- groep gesprekken maakten het mogelijk voor de artsen om hun vragen en opmerkingen weer te geven, zodat iedereen op dezelfde manier bleef werken. Door maandelijks terug te komen op de werking van de preventiemodule, werden de artsen ook vaker gemotiveerd om aandacht te geven aan de registratie van de uitstrijkjes tijdens de consultaties. Als deelnemende arts in de praktijk merk ik zelf ook dat het navragen van preventie niet lukt in ieder consult. Voornamelijk tijdsgebrek zorgt ervoor dat dit niet altijd gebeurt.

5.4 Ervaring van praktijk

Door dit onderzoek werd de artsen duidelijk wat de mogelijkheden zijn binnen het EMD bij organisatie van preventie zorg voor de patiënten. Voor de start van het onderzoek werd het preventiesjabloon nauwelijks tot niet gebruikt, voornamelijk omdat de artsen niet wisten hoe deze te gebruiken. Door deelname aan dit onderzoek hebben de artsen het EMD beter leren kennen waardoor ze nu het preventiesjabloon zonder problemen kunnen gebruiken. Daarnaast gaven ze aan nu informatie rond screening makkelijker terug te vinden. Waar vroeger ieder consult moest nagekeken worden om informatie over de laatste deelname aan de baarmoederhalskankerscreening terug te vinden, staat dit nu in een apart sjabloon geregistreerd. Door gebruik te maken van de pop-up, is het makkelijker om patiënten te verwittigen wanneer een nieuwe screening geïndiceerd is. De patiënten zelf geven ook aan deze herinnering te appreciëren, daar zij zelf een hernieuwing van de screening zouden durven vergeten. Sinds de aandacht voor baarmoederhalscarcinoomscreening in dit onderzoek zijn ook meer patiënten op de hoogte van de mogelijkheid om uitstrijkjes in de huisartsenpraktijk te laten afnemen.

Het is echter noodzakelijk blijvende aandacht te hebben voor de registratie van de uitstrijkjes, wil het bekomen resultaat uit het praktijkverbeterend project niet verloren worden. Dit werd ook met de artsen uit de praktijk besproken: er werd voorgesteld om vanaf nu iedere zes maanden opnieuw een resultaatbespreking van de registratie van de uitstrijkjes te laten doorgaan op de praktijk. Dit praktijkverbeterend project was slechts aanzet: het blijft nodig alert te zijn voor de correcte registratie van de uitstrijkjes zodat uiteindelijk bij alle patiënten uit de doelgroep (en breder ook bij alle vrouwen tussen 25 en 65 jaar) de afname van het laatste uitstrijkje is geregistreerd. Het is nodig de patiënt te herinneren aan het vernieuwen van de deelname aan de screening, zodat alle modules niet terug zullen verlopen.

De ontbrekende vrouwen kunnen ook worden bereikt door, net zoals in de andere praktijk, flyers mee te geven met informatie over de deelname aan de baarmoederhalskankerscreening. Daarnaast kan eventueel tijdens rustigere momenten in het jaar een oproepingsbrief worden gestuurd naar de vrouwen bij wie nog geen resultaat rond deelname aan de screening werd teruggevonden in het EMD. Tenslotte kan dit eventueel ook worden uitbesteed aan een verpleegkundige. Om de preventie verder te organiseren, zou in de praktijk naar de toekomst toe eventueel enkele uren worden samengewerkt met een verpleegkundige. Zij zou deelname aan de screening kunnen bevragen, vrouwen kunnen aansporen deel te nemen aan de baarmoederhalskankerscreening, en eventueel zelfs uitstrijkjes kunnen afnemen.

5.5 Invloed praktijkproject

Registratie van de screening gebeurt nu door alle artsen uit de praktijk op dezelfde manier, ook na afloop van het onderzoek. Ook de registratie van deelname aan de darm- en mammacarcinoomscreening gebeurt nu op dezelfde uniforme manier. Daarnaast wordt nu ook regelmatig een 'actieplan', gekoppeld aan een pop- up, aangemaakt om andere te plannen medische zaken te communiceren tussen de artsen en consultaties, zoals het plannen van een nuchter labo, opvolging die gevraagd wordt door de tweede lijn, te plannen medische beeldvorming,…

Daarnaast werd ook voor andere preventieve handelingen een stroomschema en praktijkrichtlijn opgesteld, zoals voor fractuurpreventie en voor darmcarcinoomscreening.

6 Conclusie

De preventiemodule in het EMD biedt de mogelijkheid om de resultaten van de baarmoederhalskankerscreening op een eenvoudige en uniforme manier te registreren. Door actief deelname aan de screening na te vragen tijdens de consultaties, kon de preventiemodule voor iets meer dan de helft van de vrouwen reeds correct worden ingevuld. Ondanks deze toename is de preventiemodule nog niet bij alle vrouwen correct ingevuld: bij sommige vrouwen is deelname aan de screening niet bevraagd, terwijl bij andere vrouwen gegevens ontbreken. Het kan nuttig zijn om, vergelijkbaar met het FOCUS- groep overleg, tijdens een overlegmoment terug te komen op de registratie, om de artsen hier opnieuw alert op te maken. Daarnaast zal de pop- up de artsen tijdens de consultatie herinneren aan aandachtspunten voor deze patiënt.

De verschillende aanpak in deze praktijk en in de praktijk van onderzoekster Sanne Casier toonden in feite quasi geen verschil in uitkomst. Er werd een gelijkaardige registratiegraad verkregen tijdens het onderzoek, ondanks het voorkomen van driemaal zoveel overlegmomenten in onze praktijk en het gebruik van de actieve pop-up.

Dit praktijkverbeterend project toont aan dat correcte registratie van gegevens bij alle patiënten niet onmiddellijk te bekomen valt. Zelfs na negen maanden opvolging van de registratie, is slechts bij de helft van de vrouwen een correcte registratie gebeurd. Dit onderzoek toont aan dat verandering van de manier van registreren een lange termijntaak is, en dat een blijvende waakzaamheid van de artsen vereist is om deze te voltooien. Extra ondersteuning door een verpleegkundige kan de artsen hierbij helpen.

Het EMD kan de artsen hierbij ondersteunen. Het blijft echter belangrijk dat de EMD software zich verder blijft ontwikkelen om het invoeren van de deelname aan de screening in het dossier zo eenvoudig mogelijk te laten gebeuren.

Naar de toekomst toe zal voornamelijk een betere beschikbaarheid van de resultaten van de baarmoederhalskankeruitstrijkjes belangrijk zijn. Hierbij moet voornamelijk worden geïnvesteerd in een betere samenwerking tussen huisarts en gynaecoloog zodat uitstrijkjes minder onnodig herhaald zullen worden.

7 Referenties

1. Thijs G, Van Nuland M, Govaerts F. Op de grens tussen ‘cure’ en ‘care’, begeleiding van gedragsverandering door de huisarts. Huisarts Nu 2005; 34(4).

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

3. F. Smeets, V. Verhoeven, M. Baay, S. Weyers, C. Colpaert, F. Govaerts. Cervixkankerscreening. Huisarts Nu 2011; 40(1).

4. Louis Raymond GP, Ana Ortiz de Guinea, Placide Poba-Nzaou, Marie-Claude Trudel, Josianne Marsan, Thomas Micheneau. Improving performance in medical practices through the extended use of electronic medical record systems: a survey of Canadian family physicians. BMC Medical Informatics and Decision Making. 2015;15(27).

5. Lau F, Price M, Boyd J, Partridge C, Bell H, Raworth R. Impact of electronic medical record on physician practice in office settings: a systematic review. BMC Med Inform Decis Mak. 2012;12:10.

6. Holroyd-Leduc JM, Lorenzetti D, Straus SE, Sykes L, Quan H. The impact of the electronic medical record on structure, process, and outcomes within primary care: a systematic review of the evidence. Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA. 2011;18(6):732-7.

7. Miller RH, Sim I. Physicians' use of electronic medical records: barriers and solutions. Health affairs. 2004;23(2):116-26.

8. Vainiomaki S, Kuusela M, Vainiomaki P, Rautava P. The quality of electronic patient records in Finnish primary healthcare needs to be improved. Scand J Prim Health Care. 2008;26(2):117-22.

9. Kuusela M, Koivisto AL, Vainiomaki P, Vahlberg T, Rautava P. The medico-professional quality of GP consultations assessed by analysing patient records. Scand J Prim Health Care. 2011;29(4):222-6.

10. Linder JA, Schnipper JL, Tsurikova R, Melnikas AJ, Volk LA, Middleton B. Barriers to electronic health record use during patient visits. AMIA Annu Symp Proc. 2006:499-503.

11. Saleem JJ, Flanagan ME, Russ AL, McMullen CK, Elli L, Russell SA, Bennett KJ, Matthias MS, Rehman SU, Schwartz MD, Frankel RM. You and me and the computer makes three: variations in exam room use of the electronic health record. J Am Med Inform Assoc. 2014:147-51.

12. Poon EG, Wright A, Simon SR, Jenter CA, Kaushal R, Volk LA, Cleary PD, Singer JA, Tumolo AZ, Bates DW. Relationship between use of electronic health record features and health care quality. Medical Care 2010; 48(3): 203-209.

13. Mannaerts A. Hoe kunnen we zinvolle preventie beter integreren? Implementatie van het preventiesjabloon in EMD en toepassing van het preventieconsult in eerste lijn. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012. Beschikbaar via: www.icho-info.be/masterproeven

14. Yarnall KS, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Public Health. 2003 Apr;93(4):635-41.

15. Briss PA, Rodewald LE, Hinman AR, Shefer AM, Strikas RA, Bernier RR, Carande-Kulis VG, Yusuf HR, Ndiaye SM, Williams SM. Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. The Task Force on Community Preventive Services. Am J Prev Med 2000; 18(1): 97-140.

16. Geijsels M. Pop ups in preventie: een praktijkverbeterend project over pneumokokkenvaccinatie bij volwassenen. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012. Beschikbaar via: www.icho-info.be/masterproeven

17. De Jonghe E. Het gebruik van de preventiemodule in het GMD. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012. Beschikbaar via: www.ichoinfo.be/masterproeven

18. Jaspers M, Smeulers M, Vermeulen H, Peute L. Effects of clinical decision-support systems on practitioner performance and patient outcomes: a synthesis of high-quality systematic review findings. Journal of the American Medical Informatics Association 2011;18:327-334.

19. Shojania K.G., Jennings A., Mayhew A., et al. Effect of point-of-care computer reminders on physician behaviour: a systematic review. CMAJ. 2010;182:E216-225.

20. Ince- Cushman D., Correa J.A., Shuldiner J., Seguoin J. Association of primary care physician sex with cervical cancer and mammography screening. Can. Fam. Physician 2013; Jan 59(1):e11-8

8. Bijlage

8.1 Bijlage 1: Protocol masterproef + Informed consent + goedkeuring ethisch comité

1. Protocol aanvraag ethisch comité

Er zal een onderzoek verricht worden naar het systematisch en uniform registreren van cervixkankerscreening in het EMD in het programma Health One. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het preventiesjabloon van het programma, en registratie via het item 'cervicovaginaal uitstrijkje'.

- Literatuuronderzoek
    - cervixcarcinoom en cervixcarcinoomscreening
    - hoe een groep artsen te motiveren en hoe de barrières op te sporen tijdens een teamoverleg (FOCUS-groep)
- Mogelijkheden EMD nagaan (samen met collega's uit de praktijk en met Health One medewerkers), met opstellen van een stroomdiagram.
- Kwalitatief Onderzoek:
    - Maandelijks cijfermateriaal uit het EMD voorleggen om het succes op te volgen
    - Maandelijks overleg via een FOCUS- groep met de prakijk. Dit om op te sporen waar de moeilijkheden zijn en hoe we dit kunnen aanpakken. Dit gesprek zal worden opgenomen via audio. Dit wordt geanalyseerd door de haio. Gegevens hieruit zullen worden gebruikt maar volledig anoniem. De audio zal achteraf worden vernietigd.

De proefpersonen zijn de huisartsen van mijn opleidingspraktijk, maar het resultaat van de studie wordt afgemeten aan het succes bij volgende patiënten (bij wie toegepast wordt wat onder normale goede zorg valt)

inclusiecriteria van deze populatie waarop het succes wordt gemeten

- Vrouwelijke patiënten
- Leeftijd tussen 45 en 65 jaar
- Actief GMD in 2014

1/ Pre-onderzoeksfase

- Praktijkoverleg:
    - toelichten onderzoek, stroomdiagram en informed consent
- Voorafgaand statistiek uit het EMD halen (startcijfers)
- Plaatsen van een pop-up in het EMD bij alle patiënten van de doelgroep die aangeeft dat deze patiënten in aanmerking komen voor de cervixcarcinoomscreening.

2/ onderzoekfase

- De artsen volgen gedurende de periode van 9 maanden het stroomdiagram dat hen werd uitgelegd.
- Maandelijks wordt een FOCUS- groep georganiseerd waarin wordt nagegaan waar de moeilijkheden liggen en hoe we deze kunnen aanpakken. Er worden ook tussentijdse cijfers gegeven, die aan de hand van maandelijkse lijsten uit het emd worden gehaald.

3/ post-onderzoeksfase

- Statistiek uit EMD halen om een eindevaluatie te kunnen maken bij welk percentage van onze patiëntengroep een cervixkankerscreening in het emd genoteerd werd en hoeveel percent geweigerd heeft.
- balans opmaken van wat de barrières waren/zijn.
- Vergelijking maken met studie Casier Sanne

2. TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam : …….

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 gegevens tijdens deze studie worden verzameld tijdens een interview en tijdens een audio-opname en geanonimiseerd. 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. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

7. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de deelnemers te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening……

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de deelnemer

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

Datum……. Handtekening…….

Informerende arts

3. Goedkeuring Ethisch Comité UZ Gent

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Universiteit Gent
Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen
3K3
Prof. dr. Anselm DERESE
De Pintelaan 185
9000 Gent

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

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**
	2015/0346	27-jan-16	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Verandering in de huisartspraktijk: systematische registratie van de cervixcarcinoomscreening in het EMD
(Manama Busschop Hanna)

Belgisch Registratienummer: B670201524383

Fase (Phase): NVT/NA

* Antwoord onderzoekers dd. 24/04/2015 op opmerkingen EC dd. 31/03/2015
* Adviesaanvraagformulier
  (aangepaste versie cfr. Brief onderzoeker dd. 24/04/2015)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier
  (aangepaste versie cfr. Brief onderzoeker dd. 24/04/2015)

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. A. DERESE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 24/04/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 24/04/2017, 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 24/04/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 24/04/2016, 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 24/04/2015
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 24/04/2015

- *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)*

Muriel Fouquet
Tel: 09/332 33 36
Muriel.fouquet@uzgent.be

8.2 Bijlage 2: Stroomdiagram baarmoederhalskankerscreening

1. Pop-up die verschijnt in EMD bij openen dossier van de desbetreffende patiënt:



Mogelijkheid 1: uitstrijkje is gebeurd de laatste 3 jaar, resultaat is gekend in dossier

- Aanmaken screeningsmodule voor baarmoederhalscarcinoom: gedaan
- Afhankelijk van resultaat uitstrijkje instellen herhaalalert voor screening
- Voor manama: aanmaken item 'cervicovaginaal uitstrijkje' met ingeven vrije tekst "uitgevoerd"

Mogelijkheid 2: uitstrijkje is gebeurd de laatste 3 jaar, resultaat is niet gekend in het dossier

- A . Patiënt weet ongeveer wanneer uitstrijkje is uitgevoerd; resultaat niet gekend.
    - Aanmaken screeningsmodule baarmoederhalskanker: te doen binnen 3 maanden, alert vanaf 1 maand voor deze termijn
    - Bij nieuwe raadpleging 1m voor deadline + erna zal alert komen
    - Voor manama: aanmaken item 'cervicovaginaal uitstrijkje' met ingeven vrije tekst "resultaat ongekend"
- B. Patiënt weet niet meer wanneer uitstrijkje is uitgevoerd; maar kent resultaat.
    - Aanmaken screeningsmodule baarmoederhalskanker: te doen binnen 3 maanden, alert vanaf 1 maand voor deze termijn.
    - Bij nieuwe raadpleging 1m voor deadline + erna zal opnieuw alert komen.
    - Voor manama: aanmaken item 'cervicovaginaal uitstrijkje' met ingeven vrije tekst "datum ongekend"

Mogelijkheid 3: uitstrijkje is niet gebeurd de laatste 3 jaar

- Aanmaken screeningsmodule baarmoederhalscarcinoom: te doen
- Voor manama: aanmaken item 'cervicovaginaal uitstrijkje' met ingeven vrije tekst "besproken"

Mogelijkheid 4: uitstrijkje dient niet te gebeuren

- Aanmaken item ‘cervicovaginaal uitstrijkje’ met ingeven vrije tekst “niet geïndiceerd”

Mogelijkheid 5: patiënt weigert deelname aan de baarmoederhalskankerscreening

- Aanmaken/invullen screeningsmodule voor cervixcarcinoom: weigering
- Voor manama: aanmaken item ‘cervicovaginaal uitstrijkje’ met ingeven vrije tekst “weigering”