KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Deel II: Wat is de perceptie en wat zijn de noden en wensen van huisartsen bij het gebruik van een transferdocument bij de doorverwijzing van ouderen?

Ling Yee Chow, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof.Dr. Birgitte Schoenmakers
Co-Promotor: Maartje Wils

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Voorwoord

Zoals elke huisarts wel weet, hoort 'van wacht zijn' nu eenmaal bij het beroep. We kennen allemaal de ervaring waarbij we midden in de nacht een oproep krijgen vanuit een woonzorgcentrum voor een acuut zieke bewoner. Een instelling waar we nog maar zelden zijn geweest, een oudere patiënt die we niet kennen. Om wat achtergrond te krijgen van de patiënt begin je door het dossier te bladeren. Wat is de medische voorgeschiedenis? Welke medicatie neemt deze patiënt? Is deze patiënt dement? Is er een zorgplan afgesproken? Dit zijn heel belangrijke punten om een goede klinische inschatting te maken. Deze gegevens zullen beïnvloeden of we de bewoner al dan niet gaan verwijzen naar de spoeddienst. Het blijkt vaak niet zo evident te zijn om al deze informatie efficiënt te verzamelen. Onze ervaring was dat we patiënten soms wel moesten doorsturen naar de spoeddienst omdat er onvoldoende informatie beschikbaar is om ze op een verantwoorde manier ambulant te behandelen.

Dergelijke ervaringen vormden dan ook de basis voor onze masterproef. De initiële insteek was om een transferdocument op te stellen dat al de relevante informatie samenbracht in een eenvoudig en eenduidig document. Bij het grasduinen door de reeds bestaande literatuur en via onze praktijkopleiders kwamen we terecht bij Maartje Wils en het eTCS-project (Elektronische Transmurale Communicatie en Samenwerking). We besloten dan ook om mee te stappen in dit project en zo werkten we uiteindelijk mee aan het pilootproject rond de implementatie van deze fiche.

Uiteraard wensen we ook nog een aantal mensen oprecht te bedanken voor hun directe en indirecte hulp aan deze thesis. In eerste plaats onze promotor, prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, voor haar geduldige, vlotte en steeds accurate ondersteuning. Met een andere promotor hadden we dit nooit tot een goed einde kunnen brengen. Hiernaast ook onze co-promotor, Maartje Wils, om ons in te leiden in het thema en vooral omdat we mee mochten werken aan haar project. De praktijkopleiders, Wouter Van Mechelen, Lucas Ceulemans en Sabine van Baelen voor hun tips, hulp en ondersteuning. Koen Thomeer en Roos Wouters voor hun hulp bij het opvragen van de data van de wachtpost. Prof. Dr. Marc Sabbe voor zijn hulp en duiding bij de data-collectie van de spoedgevallendienst van het UZ Leuven. Dr. Chris van der Mullen voor zijn ondersteuning bij het uitschrijven. Peter Bernaers van WZC Edouard Remy en Kathleen Sterkx van WZC Sint-Bernardus voor hun uitgebreide assistentie bij de datacollectie, en voor de koffietjes. Verder ook nog Simon Leclercq, voor de samenwerking i.v.m. de focusgroep. We wensen ook nog de huisartsen die deelnamen aan de focusgroep en de huisartsen die het transferdocument invulden, te bedanken voor hun tijd, tips en commentaren.

Ling Yee Chow
Lander Tubbax
Evert Van Deun

Leuven, april 2016

Inhoud

Abstract ……3
Inleiding ……4
Methode ……6
Vraagstelling ……6
Opzet ……6
Studiepopulatie ……7
Codering en data-analyse ……7
Ethische overwegingen ……7
Resultaten ……8
Inhoud en structuur ……8
Gebruiksgemak ……8
Actualisatie ……9
Patiëntenprofiel ……10
Digitale rol ……10
Discussie ……12
Kritische reflectie en interpretatie ……12
Sterktes en zwaktes ……14
Conclusie ……15
Referenties ……16
Bijlagen ……18

ABSTRACT

ACHTERGROND

Sinds het ontstaan van de huisartsenwachtpost Oost-Brabant, in 2013, is er een goede samenwerking met de woonzorgcentra (WZC). In deze thesis gaan we na of de prevalentie van de transfer van ouderen naar de spoedgevallendienst in het weekend veranderd is sinds de komst van deze wachtpost.

De informatieoverdracht tussen de residentiële zorg, de wachtarts en het ziekenhuis verloopt ontoereikend en is niet afgestemd op de noden van de geriatrische patiënt.

Een transferdocument zou deze beperking kunnen verhelpen.

Verder dient er ook een draagvlak bij huisartsen te bestaan om dit transferdocument succesvol te implementeren. We peilen in deze thesis naar de perceptie van huisartsen omtrent het gebruik van een dergelijk document binnen de transitie van een residentiële naar een acute zorgsetting.

VRAAGSTELLING

Met deze studie willen de onderzoekers nagaan wat de perceptie, noden en wensen van huisartsen zijn bij het gebruik van een dergelijke transferdocument.

METHODE

Kwalitatieve studie met focusgroep. Er werden een aantal open vragen gecreëerd die peilen naar de perceptie van huisartsen over het gebruik van dit document. Deze vragen werden besproken met huisartsen die het document al dan niet gebruikt hebben. De transcripten hiervan werden geanalyseerd door middel van thematische analyse door 2 onafhankelijke beoordelaars.

RESULTATEN

Uit de focusgroep werden de volgende thema`s weerhouden: 'inhoud en structuur', 'gebruiksgemak, 'actualisatie', 'patiëntenprofiel' en 'digitale rol'.

CONCLUSIE

Deze studie geeft meer inzicht in de perceptie, noden en wensen van huisartsen bij het gebruik van het transferdocument.

Om zicht te krijgen op een uitgebreidere perceptie van huisartsen over het gebruik van het transferdocument is gelijkaardig onderzoek op grotere schaal nodig.

INLEIDING

De oudere patiënt is vaak belast met een verminderde fysieke toestand, multi-morbiditeit en een eventueel verminderd cognitief functioneren. Ouderen in de residentiële zorg zijn vaak omgeven door heel wat (para)medisch personeel, die hen kunnen assisteren bij zijn specifieke zorgnoden. Omwille van de complexiteit van zorg en het grote aantal betrokken zorgverleners is het belangrijk om een goede informatieoverdracht te voorzien. (1) Bij een acute nood is anderszijds een geode informatieoverdracht tussen paramedici uit de residentiële zorg, de wachtarts en de spoeddiensten essentieel om de continuïteit van zorg te waarborgen bij de overgang van de residentiële naar een de acute zorgsetting. Op dit moment zijn er geen eenduidige afspraken over de informatieoverdracht tussen de residentiële zorgverstrekkers en de bezoekende artsen. Deze overdracht verloopt vaak op basis van een dagjournaal, via mondeling overleg of met specifieke protocollen, opgesteld in samenwerking met de CRA (coördinerend raadgevend arts) of de inrichtende macht van de residentie. Voor de informatieoverdracht tussen de residentiële zorg, de wachtarts en het ziekenhuis zijn evenmin afspraken voorzien. De overdracht verloopt daardoor ontoereikend en is niet afgestemd op de noden van de geriatrische patiënt.(2)
Een degelijke communicatie tussen de verschillende actoren in de zorg verzekert de continuïteit van zorg aan de patiënt wat zich vertaalt in onder andere een verhoogde therapietrouw en zelfredzaamheid.(3) Een gebrek aan continuïteit leidt tot additionele morbiditeit, verhoogde mortaliteit en hogere kosten in de gezondheidszorg.(4) Het gebrek aan informatie over de patiënt vormt een belemmering bij het maken van een goede klinische inschatting.

Elke Vlaamse arts is verplicht om bij te dragen tot de continuïteit van medische zorg, inclusief tijdens de weekends en op feestdagen. Momenteel evolueert de Vlaamse wachtdienstregeling naar een systeem van huisartsenwachtposten: een centraal gelegen, medische post die uitgerust is met de nodige voorzieningen en personeel.

Ook in Leuven wordt de wachtdienst in het weekend georganiseerd vanuit een wachtpost. De huisartsenkringen die deze wachtposten organiseren zijn belast met een aantal opdrachten die de kwaliteit van zorg moeten bewaken, waaronder "*de optimalisatie van de multidisciplinaire samenwerking tussen de eerstelijnszorgverstrekkers" en "samenwerkingsovereenkomsten afsluiten met ziekenhuizen om de continuïteit van de patiëntenzorg te waarborgen".* (5)

De zorg voor ouderen tijdens een wachtdienst wordt bemoeilijkt door een tekort aan goede informatie over deze patiënten. Dit is vaak het gevolg van een beperkt dossier, een niet uniforme notatie van de gegevens of van een moeilijke communicatie tussen de verschillende actoren die betrokken zijn in de zorg van deze mensen. Om hieraan tegemoet te komen werd recent een transferdocument ontwikkeld en gevalideerd.(6) Dit document is een instrument waarmee de verschillende actoren in de ouderenzorg - huisarts, verplegend personeel, spoedarts en geriater - patiënten informatie kunnen delen. Dit transferdocument kan de huisarts van wacht assisteren bij het maken van een goede klinische inschatting, wanneer deze wordt opgeroepen voor een patiënt in een woonzorgcentrum (WZC). Een voorwaarde is dan wel dat het transferdocument zo volledig mogelijk wordt ingevuld door de behandelende arts en het verzorgend personeel.

In deze thesis wordt er gepeild naar de perceptie, noden en wensen van huisartsen bij het gebruik van een dergelijke transferdocument. Deze onderzoeksvraag is een onderdeel van een groter geheel bestaande uit drie onderzoeksvragen, waarvan elke onderzoeksvraag per thesis is opgesplitst. Hierin wordt er secundair nagegaan wat de invloed is van een wachtpost op het aantal aanmeldingen van ouderen op de dienst spoedgevallen in het weekend in Leuven. Hiervoor worden de patiëntenstromen tussen enerzijds de thuissituatie en anderzijds de WZC naar de dienst spoedgevallen onderzocht. Ten slotte wordt bestudeerd wat de bereidheid is van huisartsen om een dergelijk document in te vullen en in hoeverre dit document dan wordt ingevuld. Er wordt bekeken of er een verband bestaat tussen het ziekteprofiel van de patiënt en het al dan niet invullen van het transferdocument.

METHODE

Vraagstelling

Met deze studie willen de onderzoekers nagaan wat de perceptie, noden en wensen zijn van huisartsen bij het gebruik van een dergelijk transferdocument.

Opzet

Er werd gekozen om een kwalitatief onderzoek te doen onder de vorm van focusgroepen. Dit laat toe persoonlijke argumentatie te verkrijgen over het gebruik van het transferdocument. De ontwikkeling van het transferdocument gebeurde in vijf fasen: de topicgeneratie, een eerste Delphi-ronde, het meten van inhoudsvaliditeit, een tweede Delphi-ronde en het meten van indruksvaliditeit. (6) (bijlage 1). Het gebruik van de papieren versie werd voor een eerste keer bestudeerd in 2014-2015. (7) Sinds januari 2016 is dit document ook elektronisch beschikbaar in de softwarepakketten voor huisartsen.

Vanuit het bestuur van het UZ Leuven en de WZC Edouard Remy, Sint-Bernardus en Woonzorgnet Dijleland werden de huisartsen, met patiënten in de voorgenoemde WZC, voorafgaand gevraagd om voor einde september 2015 voor elke patiënt het medisch dossier in het elektronisch medisch dossier (EMD) te vervolledigen. Aansluitend werden ze ook gevraagd om in de maand oktober 2015 voor elke patiënt vanuit het EMD een liaison fiche te genereren met daarin de gemaakte zorgafspraken aan te vinken en eventueel zorginstructies aan te vullen. (bijlage 2) Door technische problemen was de elektronische fiche pas in januari 2016 volledig operationeel. Daarom werden deze huisartsen opnieuw telefonisch en via e-mail gecontacteerd om de liaison fiche te genereren. Bijkomend werd de vraag gesteld om deel te nemen aan een focusgroep. Deelname gebeurde op volledig vrijwillige basis.

De focusgroep vond plaats op 1 maart 2016. De sessie werd voorgezeten door een moderator, met daarnaast de aanwezigheid van een secretaris en twee observatoren. Tijdens de focusgroep werden open vragen met betrekking tot het gebruik van het transferdocument voorgelegd aan de huisartsen. Deze vragen werden ontworpen op basis van literatuur (1,6,8,9) en werden vooraf gevalideerd door de promotor en co-promotor. (tabel 1 en bijlage 3)

Tabel 1: focusgroepvragen

1. Hebt u al eerder kennis gemaakt met dergelijke documenten? • Lijkt dit transferdocument u een handig instrument? • Voor diegene die het transferdocument al gebruiken: Op welke manier draagt het transferdocument bij tijdens uw wachtdienst om een betere klinische beslissing te maken?
2. In welke mate denkt u dat dit transferdocument kan uitgebreid worden naar andere settings naast de acute setting?
3. Bij welk profiel van thuiswonende patiënten zou u het overwegen om het transferdocument in te vullen?
4. Zou u de tijd nemen om dit transferdocument in te vullen voor al uw patiënten vanaf 75jaar?
5. Hoe denkt u dat de digitale versie een rol kan spelen in een vlottere transfer vergeleken met de papieren versie?

Studiepopulatie
De doelgroep voor deze studie bestond uit huisartsen met patiënten in de deelnemende WZC – WZC Edouard Remy, WZC Sint-Bernardus, Woonzorgnet Dijleland- die het transferdocument hadden ingevuld of interesse hadden in de kennismaking met dit nieuwe document.

Codering en data-analyse
De sessie werd opgenomen met twee audiorecorders en er werd een transcript gemaakt. Het transcript werd geanalyseerd volgens 'The Grounded Theory Method', dit is een thematische analyse. Eerst werd er open gecodeerd waarbij er labels werden toegekend aan stukken tekst in het transcript die een kenmerkend geheel vormden. Nadien werden correlaties gezocht tussen de losse labels en werden deze gegroepeerd in thema's. Om de validiteit te vergroten hebben twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar thema's gezocht aan de hand van de labels, waarna deze thema's in groep met elkaar werden vergeleken. Gelijkenissen en verschillen werden besproken tot er een consensus was bereikt.

Ethische overwegingen
De studie werd goedgekeurd door de begeleidingscommissie medische ethiek van de faculteit geneeskunde van de KU Leuven. (bijlage 4)

RESULTATEN

Van de 141 huisartsen -met patiënten in bovenvermelde WZC- die werden gebeld en gemaild, kregen we 6 bevestigingen om deel te nemen aan de focusgroep. Van deze 6 huisartsen nam 1 huisarts niet deel aan de focusgroep wegens drukte in de praktijk. De focusgroep duurde ongeveer 40 minuten.
Na thematische analyse werden volgende thema's weerhouden: 'inhoud en structuur', 'gebruiksgemak, 'actualisatie', 'patiëntenprofiel' en 'digitale rol'.

Inhoud en structuur
Over het algemeen waren de huisartsen tevreden over de inhoud en vonden ze de structuur overzichtelijk. Bijgevolg waren ze van mening dat het een nuttig document is.

'Als dat werkt, ideaal (P3)

'Ik denk dat dit toch al een vooruitgang is.' (P1)

'Het is wel overzichtelijk hè, er is zelfs een DNR-code bij, als je dat allemaal moet gaan zoeken in het dossier voor een DNR-code […]' (P2)

In antwoord op P2: '[…]dan zit je 5 minuten te bladeren eer dat je dat vindt[…]inderdaad heel overzichtelijk en een kort document waar dat je snel de dingen terugvindt hè.' (P5)

De meerderheid van de artsen vond het zelfs zinvol als dit document niet alleen naar het ziekenhuis maar ook naar de wachtpost zou kunnen gestuurd worden. Ze zien dit liefst als een document waar de summarized electronic health record (Sumehr) een deel van uitmaakt.

'[…]wordt dit dan zo'n beetje de Sumehr? Uitgebreider dan alleen het medische maar eigenlijk moet dat dan weer niet naast nog de Sumehr komen te staan. En de Sumehrs zijn nu ook raadpleegbaar via de wachtpost.' (P3)

'Ik zou eigenlijk denken dat dit eigenlijk best fusioneert met de Sumehr hè.' (P1)

'Ik denk dat dat wel nuttig is, dan kun je dat ten allen tijde raadplegen, hè. Als je een arts van wacht bent hè.' (P5)

Gebruiksgemak
Bij het invullen van het transferdocument werden enkele struikelblokken aangehaald. Het invullen op zich vinden ze eenvoudig, maar ze zouden het meer routinegewijs moeten doen om het vlotter te laten verlopen. Vervolgens spreken ze van een ongemak om dubbel te moeten registreren. Ze worden verondersteld dat het dossier van de bewoner ook onderhouden wordt in de praktijk, maar dikwijls vullen ze enkel het dossier in het WZC aan. Daarnaast halen ze ook aan dat het gescheiden medisch en zorgkundig dossier voor dubbel werk zorgt. Wanneer een registratie in het medisch dossier gewijzigd wordt, bijvoorbeeld een behandelcode, dan moet dit ook opnieuw geregistreerd worden in het zorgdossier. Dit kan tot gevolg hebben dat in beide dossiers een verschillende zorgafspraak staat beschreven.

'Goh, het invullen van de fiche dat is gemakkelijk.' (P2)

'Ja, kwestie van het gewoon te worden[…]in het rusthuis heb je een dossier die je eigenlijk gebruikt, dus iemand die lang nooit niet hier geweest is, ja de relevante gegevens, ik probeer natuurlijk hier ook wel bij te houden, maar eigenlijk ben je met dubbele systemen aan het werken[…]' (P4)

'Zolang dat het medisch dossier en het zorgdossier zal gescheiden zijn, zal het altijd onverenigbaar zijn, dingen die verkeerd of anders genoteerd zijn in een van de twee dossiers […] mijn medisch dossier thuis en de codes van het jaar ervoor terwijl dat die ondertussen in het zorgdossier al veranderd is.. Als iemand al 2 jaar in een rusthuis zit, ik denk daar niet aan om thuis dat dossier aan te passen.' (P1)

Anderzijds lijkt het praktisch ook moeilijk wanneer er geen EMD beschikbaar is in het WZC zelf. Ofwel dient de huisarts ter plekke in het WZC het transferdocument manueel in te vullen, ofwel wordt het transferdocument pas achteraf na de huisbezoeken vanuit de praktijk automatisch gegenereerd waardoor het medische gedeelte niet gelijktijdig met het verpleegkundige gedeelte aankomt in het ziekenhuis. Huisartsen die in het bezit zijn van een laptop met daarop het EMD hebben internetaansluiting nodig om het document te kunnen versturen.

'[…]ik heb wel een laptop, dan moet je dan ook met internetaansluiting werken en e-health, en ja met de e-ID dan, ja meesleuren, dus dat is niet zo ideaal[…]En anders moet je terug naar huis en dan pas die transferdocumenten aanpassen en de transferdocumenten doorsturen. (P2)

'[…]je gaat naar het rusthuis, je komt direct terug, ja ok dan zou de fiche nog tegelijkertijd met uw patiënt wel toekomen in het ziekenhuis, maar als je nog een paar andere huisbezoeken moet doen en je doet dat daarna dan ben je 2-3 uur later denk ik.' (P5)

Actualisatie

Het actualiseren van de dossiers is een belangrijke struikelblok voor de huisartsen. De meerderheid denkt van zichzelf en ook van de andere artsen dat ze dit zullen vergeten te doen. Een actualisatie van het medisch dossier is voor hen belangrijk zodat er een correcte klinische beslissing kan genomen worden.

'[…]als het actueel ingevuld is he maar ik kan me weer voorstellen dat dat niet zo actueel meer is, als je iets vandaag doorstuurt via een liaisonfiche dat je daar de volgende jaren niet meer aan denkt.' (P1)

'[…]en dan moet het gewoon zoals we daarnet zeiden altijd bijgewerkt worden he.' (P5)

Als tussenoplossing stellen de huisartsen voor om vanuit de WZC een herinnering te krijgen om het transferdocument te actualiseren of dat er een automatische pop-up komt om te actualiseren bij elk nieuw patiëntencontact.

'Moesten de WZC regelmatig met de arts samenzitten om te zeggen: hebt u uw digitale fiche al geactualiseerd?' (P1)

'Het is eigenlijk de bedoeling dat je bij elk patiëntencontact opnieuw actualiseert en bij ons dossiersysteem hier wordt daarbij gevraagd wil je de Sumehr aanpassen of niet. Als dat op die manier kan.. ja dan heb je elk moment een actueel transferdocument hè.' (P3)

Idealiter zien zij het dossier van het WZC geïntegreerd in het dossier van de praktijk, zodat wijzigingen in het WZC meteen gelinkt worden met het dossier in de praktijk en vice versa.

'Eigenlijk zou het dossier van het rusthuis geïntegreerd moeten worden met uw dossier. Ik heb in mijn praktijk geen dossier meer van mijn patiënt en ik doe alles in het rusthuis[…]Die systemen die gelinkt zijn, als je iets invult in het rusthuis dat dat direct in uw eigen dossier komt en omgekeerd.' (P5)

In antwoord op P5: 'Het echte medische dossier met uw notities mag niet verbonden zijn aan een verpleegkundig dossier[…]' (P1)

'[…]als we direct in ons medisch dossier in het rusthuis alles kunnen invullen, kan dat gewoon samen, en dan vullen we in onze praktijk niets meer in hè[…] dat je het nu vanuit het rusthuis doet of thuis, dat het synchroniseert, en dat het dan één is.' (P5)

Patiëntenprofiel

Iedereen was het eens dat in een chronische setting vooral kwetsbare ouderen, chronische patiënten en palliatieve patiënten in aanmerking komen voor dit transferdocument. Eén arts zou de indicatie zelfs uitbreiden naar alle patiënten.

'Kwetsbare ouderen[…]waarschijnlijk ook chronische zieken.' (P3)

'Misschien zelfs palliatieve patiënten[…]ik denk dat je moet veronderstellen dat elke patiënt op een bepaald moment wilsonbekwaam kan worden[…]' (P1)

De huisartsen zijn bereid om dit transferdocument in te vullen voor alle 75-plussers, op voorwaarde dat het praktisch goed werkt en dat het gebruiktwordt.

'Als dat werkt, ja, met veel plezier […]als dat technisch werkt, gebruikt wordt[…]de efficiëntie verhoogt, ja absoluut.' (P3)

'Als dat gelezen wordt en iets mee gedaan wordt, ja dan neemt dat op zich niet zoveel tijd, je kent uw patiënten[…]maar als je weet, daar wordt niks mee gedaan dan doe je ook geen moeite hè.' (P5)

Digitale rol

De omschakeling van een papieren document naar een digitaal document zien de artsen als een voordeel. Indien het technisch volledig op punt staat, zouden ze het gemakkelijk en snel vinden als ze het via elk online zorgnetwerk kunnen raadplegen. Eén arts suggereerde om in de overgangsfase toch een papieren print-out te maken. Redenen hiervoor waren enerzijds dat ze alsnog een verpleegkundige nodig heeft om te kunnen inloggen alvorens ze zelf aan het transferdocument kan en anderzijds omdat ze nog niet vertrouwd is met het raadplegen van de elektronische versie. Hierop antwoordden de andere collega's best papier te vermijden, anders zal de stap naar digitalisering van het document nooit gezet worden.

'Dat je het overal kunt raadplegen als het goed is hè, dat is wel een voordeel hè[…]als je als wachtarts in het woonzorgcentrum komt, is het misschien handiger wel om in de overgangsfase een printje te hebben[…]kun je toch rapper te pakken krijgen dan een computer en gaan zoeken en iemand moet u komen helpen, terwijl tussen papieren vlug kijken kun je zelf[…]als zij voor mij de computer openzetten, tegen dat ik toekom, is dat ook goed.' (P5)

Als antwoord op P5: 'Waar ga je dan uw papier vinden[…]' (P1)

'Langs de andere kant, als je met papier begint gaan ze nooit de stap zetten.' (P3)

DISCUSSIE

Kritische reflectie en interpretatie

Met deze studie willen de onderzoekers de perceptie, noden en wensen van huisartsen bij het gebruik van het transferdocument in kaart brengen. Huisartsen geven aan dat het transferdocument in een acute setting een meerwaarde kan zijn om de zorg voor ouderen te verbeteren. Op dit moment echter lijken er nog een aantal struikelblokken te zijn die een efficiënt gebruik verhinderen. Vooral wanneer ze informatiegegevens dubbel moeten registeren vinden ze tijdrovend en inefficiënt. Een uitbreiding van het transferdocument naar een chronische setting lijkt hen zeker nuttig. Het merendeel van de huisartsen zien de overstap van de papieren versie naar de digitale vorm als een voordeel omdat het dan snel en gemakkelijk te gebruiken en te delen is.

Thema's die aan bod komen zijn: 'inhoud en structuur', 'gebruiksgemak, 'actualisatie', 'patiëntenprofiel' en 'digitale rol'.

De huisartsen vinden het transferdocument een overzichtelijk en nuttig document. Naast het ziekenhuis zouden ze het ook naar een wachtpost willen kunnen doorsturen.

Het invullen van het transferdocument lijkt eenvoudig te zijn, maar de onmogelijkheid om de dossiers uit het WZC te synchroniseren met de dossiers van de praktijk lijkt een belangrijk praktisch obstakel te zijn. De huisartsen moeten dubbel werk verrichten als ze het medisch dossier vanuit het WZC invullen omdat ze nadien het EMD in de praktijk nog eens moeten actualiseren. Het transferdocument op een later moment vanuit de praktijk invullen bij een acute situatie lijkt geen praktische oplossing te zijn. Het medische gedeelte van het transferdocument zou dan op een ander tijdstip in het ziekenhuis aankomen dan het verpleegkundig gedeelte, wat de acute zorg voor de patiënt bemoeilijkt. Ook het niet gelinkt zijn van het medische dossier met het zorgdossier is een belangrijk probleem voor het aanpassen van de zorgcodes. Mogelijke oplossingen zouden kunnen zijn: een EMD beschikbaar maken in het WZC of een laptop met het EMD op, inclusief internetaansluiting, meebrengen. Het implementeren van een EMD in een WZC zou heel wat voordelen opleveren. Volgens een studie van van Reijen et al. biedt e-health verscheidene kansen. (10) Zo zou gebruik van e-healthtoepassingen in het WZC de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren en de efficiëntie verhogen. Bijvoorbeeld: gebruik van elektronische voorschrijfsystemen leidt tot minder medicatiefouten, er kan vermeden worden dat reeds uitgevoerde onderzoeken herhaald zouden worden. Ook internationale studies bevestigen dit nut van e-healthtoepassingen. (11,12) Het implementeren van een nieuw elektronisch systeem in een WZC impliceert meteen ook uitdagingen. Zandieh et al. deden een rondvraag bij artsen naar de uitdagingen bij het implementeren van een nieuw elektronisch dossier. De tijd die ze moeten opofferen voor een nieuwe opleiding en het dossier zich eigen maken lijken een algemene bezorgdheid te zijn. Artsen die nog met papieren dossiers werken zien vooral de overgang naar een papierloze praktijk en de technische ondersteuning als een grote uitdaging. Artsen die hun reeds bestaande elektronisch dossier moeten vernieuwen halen volgende bezorgdheden aan: weerstand tot verandering, intensievere technische opleiding, technische ondersteuning en voldoende bescherming van privacy van de patiënt. (8,13,14) In België is de huidige wet -en regelgeving omtrent privacy afdoende om de nieuwe aspecten die het EMD met zich meebrengt te kunnen regelen. Update, back-ups en bewaking van de kwaliteit van het EMD zijn belangrijke voorwaarden die zo

goed als mogelijk vervuld worden en zijn uitdagingen voor de producenten van EMD's. (15)

Het actualiseren van dossiers is van groot belang om goede klinische beslissingen te kunnen nemen. De deelnemende huisartsen denken zelf het te kunnen vergeten en zouden hiervoor graag melding krijgen om regelmatig de transferdocumenten te actualiseren. Dit zouden ze graag zien onder de vorm van ofwel een herinnering van het WZC zelf ofwel via een automatische pop-up vanuit het dossier van de bewoner. Idealiter zien de huisartsen het dossier van het WZC geïntegreerd in hun EMD zodat elke wijziging gesynchroniseerd kan worden. Medico-legaal is er in het Koninklijk Besluit (KB) een verschuiving te zien van een strikt gescheiden medisch en verpleegkundig dossier (16) naar een overlappend 'individueel zorgdossier' (IZD). (17) Dit KB zegt dat "*het IZD uit diverse onderdelen kan bestaan: het is dus niet onwettig dat het IZD, naast een verpleegkundig luik, als 'afzonderlijk' onderdeel ook een medisch luik bevat. Dit onderscheid wordt analoog gemaakt in de ziekenhuizen, waar het patiëntendossier samengesteld is uit het verpleegkundig en het medisch dossier. Het is logisch dat beide dossiers afzonderlijk samengesteld en bewaard worden, met beperking van de toegang – tot elk ervan – voor de bevoegde personen*." Het ontstaan van het IZD laat dus toe om verpleegkundige gegevens samen met medische gegevens als één entiteit te delen. In België bestaan er momenteel verschillende elektronische netwerken om gezondheidsgegevens uit te wisselen: Hubs en Metahub, Vitalink en Gedeeld Farmaceutisch Dossier. Hubs en Metahub is een systeem dat momenteel beperkt is tot uitwisselingen tussen artsen zowel binnen als buiten de ziekenhuizen. Elke huisarts en medisch specialist die beschikt over een EMD kan gebruik maken van dit systeem. (18) Vitalink is het nieuwe, digitale platform van de Vlaamse overheid voor het veilig delen van zorg- en welzijnsgegevens. Vitalink is beschikbaar voor iedere zorgverlener, van huisarts tot thuisverpleger. (19) Dit netwerk is echter nog niet goed ingeburgerd als gevolg van belangrijke knelpunten tijdens de pilootprojecten. Een gebrek aan aangepaste en gebruiksvriendelijke software werd aangehaald als oorzaak van het onvoldoende kunnen uitproberen van de acties. (20) Het Gedeeld Farmaceutisch Dossier laat apothekers toe om de medicatiegeschiedenis van patiënten na te gaan. Ongeacht de plaats van de aflevering van een geneesmiddel - bijvoorbeeld bij de apotheek van wacht - geniet de patiënt zo van een maximale bewaking van zijn medicatieveiligheid. (21). Er zijn dus zeker mogelijkheden om gezondheidsgegevens uit te wisselen, een uitdaging voor de ontwikkelaars om dit op niveau van WZC te realiseren. Met betrekking tot de WZC bestaat er momenteel een online e-health softwaretoepassing van BelRAI. (22) Het Resident Assesment Instrument (RAI) werd oorspronkelijk in de Verenigde Staten ontwikkeld als een beoordelingsinstrument om de gezondheids- en welzijnssituatie van ouderen in instellingen op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier in beeld te brengen. Zorgoverdracht en transfer van informatie zijn primaire doelstellingen van het RAI. In België liep van juni 2010 tot juli 2011 het pilootproject waaruit de aangepaste BelRAI werd ontwikkeld. Deze online softwaretoepassing bestaat dus naast het elektronische transferdocument en er is overlap tussen beide instrumenten. Dit toont aan dat er een grote nood is om linken te leggen tussen verschillende softwaretoepassingen. (23) Afgezien van alle ontwikkelingen, zou op dit moment volgens de huisartsen de aanwezigheid van een EMD in het WZC een tijdelijke oplossing kunnen bieden voor het synchroniseren van het medisch luik.

In een chronische setting zouden volgens de huisartsen vooral kwetsbare ouderen, chronische patiënten en palliatieve patiënten in aanmerking komen om het

transferdocument op voorhand in te vullen. Zij zien de sectie 'onderhandelde zorgafspraken' in het transferdocument als meerwaarde voor deze groep van patiënten. Er werd zelfs gesuggereerd om dit uit te breiden naar alle patiënten omdat elke patiënt op elk moment wilsonbekwaam kan worden. De sectie 'onderhandelde zorgafspraken' is een verwijzing naar het vrij nieuw concept vroegtijdige zorgplanning. In 2002 werd door het Belgisch Parlement een aantal wetten rond vroegtijdige zorgplanning aangenomen. Hierdoor heeft de patiënt een aantal keuzemogelijkheden die te maken hebben met het levenseinde die vandaag al vastgelegd kunnen worden. (24) Voorafgaande wilsverklaringen worden als belangrijke informatie genoemd bij transfers. (25). Niet alleen ouderen, maar ook jonge mensen kunnen elk moment geconfronteerd worden met het levenseinde. Ook zij kunnen vandaag al hun vroegtijdige zorgplanning vastleggen. (24,26)

De huisartsen zijn het er over eens dat de digitale beschikbaarheid van het transferdocument een voordeel is, als het gemakkelijk en snel te raadplegen, te gebruiken en te delen is via een online zorgnetwerk. Een papieren print-out in de overgangsfase leek de meerderheid van de huisartsen geen goed voorstel te zijn, dit zou de stap naar de digitalisering van het transferdocument verhinderen. Het gebruik van de papieren versie van het transferdocument werd in 2014 reeds bestudeerd. (7) Deze studie suggereerde dat de implementatie van een elektronisch document het gebruik zou verbeteren. Een voorgaande studie van Hustey et al. toonde al een gestegen gebruik van een transferdocument met 20% wanneer deze elektronisch werd doorgestuurd in vergelijking met de papieren versie (respectievelijk 40% versus 20%) (27). De Grood et al. bestudeerde de perceptie van artsen omtrent het gebruik van een nieuw ontwikkelde 'electronic transfer of care' (e-TOC) als communicatie tool in vergelijking met de ontvangst via fax. De e-TOC werd onthaald als gemakkelijk in gebruik, efficiënt en een verbetering in de continuïteit van zorg. Een van de voornaamste redenen om toch de fax te verkiezen boven de e-TOC was een slechte toegankelijkheid tot het elektronisch netwerk. (28) Ook hieruit blijkt dat de software gebruiksvriendelijk moet zijn om de gebruiker te kunnen stimuleren om over te stappen naar de digitale vorm.

Sterktes en zwaktes

Een sterkte van deze studie is dat dit de eerste kwalitatieve studie in Vlaanderen is die peilt naar de perceptie omtrent het gebruik van het transferdocument. Dit kan een aanzet zijn voor de uitbreiding van het gebruik en studie errond.

De methode van kwalitatief onderzoek door middel van een focusgroep levert een genuanceerder beeld op dan mogelijk was geweest met vragenlijsten. De meerwaarde van een focusgroep ten opzichte van interviews is de mogelijkheid tot discussie tussen de groepsleden.

Om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te vergroten, werden de gegevens door 2 onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd.

Er zijn belangrijke zwaktes aanwezig in deze studie. Er was een lage respons op de vraag om deel te nemen aan de focusgroepen. De lage responsratio is waarschijnlijk toe te schrijven aan het nog niet systematisch toepassen van het transferdocument. Dit is mogelijks beïnvloed door de technische storingen die nog aanwezig waren op het moment dat er een call to action werd uitgestuurd om het transferdocument in te vullen en door te sturen. Bovendien was er een te korte testperiode en waren er te weinig tools om de huisartsen goed te begeleiden en op te leiden voor het invullen van het transferdocument. (9,29). De lage responsratio liet bijgevolg niet toe een tweede

focusgroep te organiseren. Hierdoor kan er niet beoordeeld worden of saturatie van de data bereikt werd.
Voor de selectie van de kandidaten lieten we ons leiden door praktische aspecten, met name wie aanwezig kon zijn. Er werd geen steekproef genomen uit de studiepopulatie. Bovendien waren de aanwezigen allemaal pro het transferdocument, waardoor er een minder goed beeld wordt geschetst van de tegenkantingen voor het gebruik van het transferdocument.
Verder waren de onderzoekers niet vertrouwd met kwalitatief onderzoek. Ze hebben dit onderzoek uitgevoerd op basis van de literatuur en met de hulp van een expert in kwalitatief onderzoek.

Conclusie

Deze studie geeft meer inzicht in de perceptie van huisartsen omtrent het gebruik van het transferdocument. Het beeld dat nu geschetst wordt, beperkt zich tot enkele huisartsen van de regio Vlaams-Brabant. Dit onderzoek kan best herhaald worden met een groter aantal huisartsen vanuit deze regio om zo een beter beeld te krijgen over de idee en het gebruik van het transferdocument. Het zou interessant zijn om ook beter te kunnen schetsen wat de redenen zijn die een huisarts tegenhouden om het transferdocument in te vullen.
Verder lijkt het zinvol om deze pilootstudie verder te optimaliseren in respons zodat er een groter aantal huisartsen het transferdocument reeds hebben ingevuld en een uitgebreidere perceptie over het gebruik van het document in kaart kan worden gebracht, inclusief welke barrières er bestaan om met het transferdocument te werken.

REFERENTIES

1. Kessler C, Williams MC, Moustoukas JN, et al. Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department. Clin Geriatr Med 2013; 29(1):49-69
2. Cwinn MA, Forster AJ, Cwinn AA,, et al. Prevalence of information gaps for seniors transferred from nursing homes to the emergency department CJEM 2009;11(5):462-471.
3. Shin DW, Cho J, Yang HK, et al. Impact of Continuity of Care on Mortality and Health Care Costs: A Nationwide Cohort Study in Korea. Ann Fam Med 2014;12:534-541.
4. Gitell JH, Fairfield KM, Bierbaum B, et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. Med Care. 2000 Aug;38(8):807-819.
5. Vlaamse overheid. Huisartsenkringen. 2016. Beschikbaar via www.zorg-en-gezondheid.be/huisartsenkringen Geraadpleegd op 13 april 2016.
6. Wils Maartje, Milisen Koen, Flamaing Johan. De ontwikkeling van een transferdocument voor de zorgoverdracht tussen de residentiële en de acute zorgsector in de regio Leuven, Vlaams Brabant. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2015;46:306-319.
7. Linda Menten, Els Devriendt, Maartje Wils, Marc Sabbe, Johan Flamaing, Koen Milisen. The Standardized Transfer Form for Care Transitions between Residential and Acute Care Setting in Leuven: a first descriptive study. Leuven: KU Leuven; 2015.
8. Stephanie O. Zandieh, Kahyun Yoon-Flannery, Gilad J. Kuperman, et al. Challenges to EHR Implementation in Electronic- Versus Paper-based Office Practices. J Gen Intern Med 2008; 23(6):755–61.
9. Nancy M Lorenzi, Angelina Kouroubali, Don E Detmer et al. How to successfully select and implement electronic health records (EHR) in small ambulatory practice settings. BMC Medical Informatics and Decision Making 2009; 9:15
10. Drs. A.J.G. van Rijen Mw. mr. M.W. de Lint Drs. L. Ottes, arts. Inzicht in e-health. Zoetermeer, de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002)
11. Paul Wicks, Jon Stamford, Martha A. Grootenhuis, et al. Innovations in e-health. Qual Life Res (2014);23:195–203.
12. Catherine M. DesRoches, Eric G. Campbell, Sowmya R. Rao, et al. Electronic Health Records in Ambulatory Care — A National Survey of Physicians. N Engl J Med 2008;359:50-60.
13. James G. Anderson. Social, ethical and legal barriers to E-health. International Journal of Medical Informatics, 2007;Vol.76(5):480-483.
14. James L. Bernat. Ethical and quality pitfalls in electronic health records. Neurology 2013;80:1057–1061.
15. Stefanie Platteau. Het elektronisch medisch dossier. Leuven: KU Leuven; 2012.
16. Orde der artsen. Rusthuizen en verzorgingstehuizen - RVT's. 2016. Beschikbaar via https://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/rusthuizen-en-verzorgingstehuizen-rvt's Geraadpleegd op 13 april 2016.
17. Orde der artsen. Rustoorden voor bejaarden (ROB's) en rust- en verzorgingstehuizen voor bejaarden (RVTB's) – Samenstelling en toegankelijkheid van de dossiers. 2016. Beschikbaar via https://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/Rustoorden+voor+bejaarden+%28ROBs%29+en+rust-+en+verzorgingstehuizen+voor+bejaarden+%28RVTBs%29+-+Samenstelling+en+toegankelijkheid+van+de+dossiers Geraadpleegd op 13 april 2016.
18. Belgische Federale Overheidsdiensten. eHealth-platform: Hubs & Metahub - Uitwisselingssysteem voor medische gegevens tussen zorgverleners. 2016. Beschikbaar via https://www.ehealth.fgov.be/nl/zorgverleners/online-diensten/hubs-metahub Geraadpleegd op 13 april 2016.
19. Vlaamse Overheid. Vitalink. Beschikbaar via http://www.vitalink.be/Vitalink/Zorgverleners/Over-Vitalink/Wat-is-Vitalink-/ Geraadpleegd op 13 april 2016.
20. Fatima Zohra Amziab. Vitalink: de veranderbereidheid van zorgverleners als succes- of faalfactor. Leuven: KU Leuven; 2015.
21. Belgische Federale Overheidsdiensten. eHealth-platform: GFD - Gedeeld Farmaceutisch Dossier. 2016. Beschikbaar via https://www.ehealth.fgov.be/nl/zorgverleners/online-diensten/gfd Geraadpleegd op 13 april 2016.
22. Belgische Federale Overheidsdiensten. BelRAI - Een uniforme en web based (online) registratie van interRAI-beoordelingsinstrumenten. 2016. Beschikbaar via

https://www.ehealth.fgov.be/nl/application/applications/BELRAI.html
Geraadpleegd op 13 april 2016.
23. Prof. Dr. Anja Declercq, Prof. Dr. Christiane Gosset, Bert Paepen, et al. Actieproject BelRAI II : Haalbaarheid van de RAI-methode in België. Leuven: Ministerie van Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2008.
24. Netwerk Palliatieve Zorg. Vroegtijdige zorgplanning. 2016. Beschikbaar via http://www.palliatieve.org/info/vroegtijdige-zorgplanning Geraadpleegd op 13 april2016.
25. Shanley, C., Whitmore, E., Conforti, D., et al. Decisions about transferring nursing home residents to hospital: highlighting the roles of advance care planning and support from local hospital and community health services. Journal of Clinical Nursing, 2011;Vol.20(19□20):2897-2906
26. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. Vroegtijdige zorgplanning. Beschikbaar via http://www.delaatstereis.be/template.asp?f=index.htm Geraadpleegd op 13 april 2016.
27. Hustey FM, Palmer RM. An internet-based communication network for information transfer during patient transitions from skilled nursing facility to the emergency department. J Am Geriatr Soc. 2010;58(6):1148–1152.
28. Chloe de Grood Katherine Eso Maria Jose Santana. Physicians' experience adopting the electronic transfer of care communication tool: barriers and opportunities. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2015;8:21-31.
29. Karim Keshavjee, John Bosomworth, John Copen, et al. Best Practices in EMR Implementation: A Systematic Review. In: Raza Abidi, Peter Bath, and Vlado Keselj, editors. Proceedings of the 11th International Symposium on Health Information Management Research; 2006 July 14-16; Halifax Canada. Canada: Halifax; 2006.p.233-246.

BIJLAGEN

Bijlage 1 Transferdocument voor de zorgoverdracht tussen de residentiële en de acute zorgsector Leuven

Bijlage 2 Uitnodigingsbrief huisartsen

Bijlage 3 Vragen gebruikt tijdens de focusgroep

Bijlage 4 Protocol en goedkeuring begeleidingscommissie medische ethiek KU Leuven

Bijlage 1: Transferdocument voor de zorgoverdracht tussen de residentiële en de acute zorgsector Leuven

UZ LEUVEN — TER MEEREN vzw

Transferdocument voor de zorgoverdracht tussen de residentiële en de acute zorgsector Leuven

A Patiëntgegevens

Naam	
Geboortedatum	
	Contactpersoon
Naam	
Telefoonnummer	
Relatie tot patiënt	
	Aangeduide vertegenwoordiger
Naam	
Telefoonnummer	
Taal	
Burgerlijke stand	gehuwd○ partner○ alleenstaand○ weduwe/naar○

B Zorginformatie (betreffende de premorbide toestand)

1. Psychisch functioneren	
Diagnose dementie gesteld	ja○ nee○
MMSE	/30 datum afname:
oriëntatie in tijd	volledig georiënteerd○ af en toe gedesoriënteerd○ volledig gedesoriënteerd○
oriëntatie in ruimte	volledig georiënteerd○ af en toe gedesoriënteerd○ volledig gedesoriënteerd○
Moeilijk hanteerbaar gedrag	licht storend○ verbale agressie○ fysieke agressie○ wegloopgedrag○
	fixatie○ reden:
	fixatiemateriaal:
	andere:
	omgangsadvies:
Stemming	normaal○ triest○ depressief○ eufoor○

2. Functionele status	
Wassen	zelfstandig○ lavabo met hulp○ bedbad ○
Kleden	zelfstandig○ hulp○ volledige hulp○
Mobiliteit	zelfstandig○ hulp 2 personen○ hulp 1 persoon○ tillift actief○ tillift passief○ bedlegerig○
Loophulpmiddel	stok○ rollator○ looprek○ rolstoel○
Incontinentie	urine○ accidenteel○ volledig○ transurethrale blaassonde○ suprapubissonde○
	faeces○ accidenteel○ volledig○
Valrisico	ja○ nee○
Verminderde visus	ja○ nee○ bril○ leesbril○ contactlenzen○
Verminderd gehoor	ja○ nee○ hoorapparaat links○ rechts○
3. Voeding	
Dieet	
Gebitsprothese	boven○ onder○
Slikproblemen aanwezig	ja○ nee○
Drank indikken	ja○ nee○
Gemalen voeding	ja○ nee○
Sondevoeding	gastrostomie○ nasogastrisch○ hoeveelheid: inloopsnelheid:
Niets per os	ja○ nee○
Voedselweigering door patiënt	ja○ nee○
Hulp bij voeding	zelfstandig○ voorbereiden○ volledige hulp○
4. Medicatie	
Medicatie pletten	ja○ nee○
Inname	alleen○ onder toezicht○
Zuurstoftherapie	○ ... l

C Medische informatie

1. Gegevens van de doorverwijzer	
Doorverwijzende arts	
Naam	
Telefoonnummer	
Contactgegevens behandelende huisarts	
Naam	
Telefoonnummer	
Naam WZC	
Afdeling	
Contactpersoon	
Telefoonnummer	
2. Belangrijke medische voorgeschiedenis	
Allergieën	
	verwijsbrief als bijlage○ medicatielijst meegegeven○
3. Reden voor doorverwijzing	

4. onderhandelde zorgafspraken	
Voorafgaandelijke wilsverklaring○	te vinden bij:
Afgesproken behandeldoelen	
A○	**alles doen (levensverlenging):** maximale therapeutische zorg, hospitalisatie zo nodig. Medische en verpleegkundige handelingen, kine en ergo zijn gericht op maximale revalidatie.
B○	**behoud van functies:** therapie en hospitalisatie enkel indien nodig voor functiebehoud. Medische en verpleegkundige handelingen, kine en ergo zijn gericht op zo lang mogelijk behouden van wat men nog kan, zonder intensief te revalideren.
C○	**comfortzorg:** maximale zorg en therapie in functie van het comfort van de patiënt. Medische en verpleegkundige handelingen, kine en ergo zijn gericht op het comfort van de patiënt.
Ct○	**comfortzorg in een terminale fase:** maximale palliatieve zorg.
geen behandeldoelen afgesproken○	
DNR-code	**code 0 geen therapiebeperking○** **code 1 geen reanimatie○** **code 2 therapie niet uitbreiden○**
Niet starten met○	dialyse○ parenterale nutritie○ chemotherapie○ transfer naar IZ ○
	code 3 therapie afbouwen○
geen DNR-beleid afgesproken○	

Geriatrisch support team
contact: tel. 016 34 11 04 of gst@uzleuven.be

campus Gasthuisberg | Herestraat 49 3000 Leuven - Belgium | www.uzleuven.be btw BE 0419 052 173

Bijlage 2: Uitnodigingsbrief huisartsen



Leuven, september 2015

Geachte Huisarts,

In het kader van het informatiseringstraject van de Vlaamse Woonzorgcentra, hebben bovenstaande partijen samen een oplossing uitgewerkt voor uw communicatie en samenwerking met de betreffende Woonzorgcentra. Deze oplossing beoogt:

- ***Een gestructureerde transfercommunicatie tussen de Woonzorgcentra en UZ Leuven*** *bij opname in en bij ontslag uit het UZ Leuven.*
- ***Een beveiligde geadresseerde communicatie*** *tussen het WZC en de verschillende externe zorgactoren via de eHealthBox.*

Om de zorgcontinuïteit voor de bewoners in een Woonzorgcentrum te verzekeren omvat deze oplossing eveneens een "**liaison fiche**" per bewoner, zoals wettelijk vastgelegd voor de huisarts door het "*KB2014 RVT normen – Zorgdossier en liaisonfiche*". De liaison fiche bevat naast de belangrijkste medische gegevens van een bewoner eveneens uw zorgafspraken met de bewoner in het kader van de vroegtijdige zorgplanning.
Vanaf eind september 2015 zal deze liaison fiche beschikbaar zijn in uw medisch dossier, zodat u deze **automatisch** kunt genereren voor uw patiënten in een Woonzorgcentrum. Bij elke wijziging van de medische toestand of van de zorgafspraken met uw patiënt wordt verondersteld dat u een nieuwe liaison fiche aanmaakt voor het Woonzorgcentrum.
De liaison fiche is een belangrijk onderdeel om een gestructureerde transfercommunicatie op te stellen wanneer uw patiënt dient opgenomen te worden in UZ Leuven. Daarnaast is deze fiche essentieel wanneer een huisarts van wacht wordt opgeroepen of om zorginstructies over te maken aan de verpleegkundigen van het Woonzorgcentrum.

CALL TO ACTION:

1. **Mogen wij u vragen tegen <u>einde september 2015</u> in uw EMD het medisch dossier voor de bewoners van de betreffende woonzorgcentra te vervolledigen. Het betreft:**

   - Diagnose/evaluatie/zorgelementen: actief / passief relevant
   - Behandelingen/therapeutische antecedenten: actief / passief relevant
   - Vaccinaties
   - Allergenen
   - Geneesmiddelen intoleranties
   - Risicofactoren
   - Sociale risicofactoren

2. **Mogen wij u vragen <u>in de maand oktober 2015</u> voor elk van uw patiënten in de betreffende woonzorgcentra vanuit uw EMD een liaison fiche te genereren, de gemaakte zorgafspraken aan te vinken en eventueel zorgnotities/zorginstructies aan te vullen.**
   U wordt geïnformeerd zodra deze functie in uw EMD beschikbaar is.

Wij begrijpen dat bovenstaande bij de opstart van deze toepassing overlast voor u betekent. Wij zijn er echter van overtuigd dat deze toepassing sterk zal bijdragen tot een gestructureerde samenwerking die de zorgefficiëntie en de zorgkwaliteit voor deze kwetsbare patiëntengroep ten goede zal komen.

Wij danken u alvast voor uw medewerking aan het slagen van dit project.

Hoogachtend,

Voor WZC	**Voor UZ Leuven**
Prof. Dr. Johan Flamaing	**Prof. Dr. Marc Decramer** Gedelegeerd bestuurder UZ Leuven

Bijlage 3: Vragen gebruikt tijdens de focusgroep

1. Hebt u al eerder kennis gemaakt met dergelijke documenten?

- Lijkt dit transferdocument u een handig instrument? <u>Doel</u>*: een eerste mening over het transferdocument.*
- Voor diegene die het transferdocument al gebruiken: Op welke manier draagt het transferdocument bij tijdens uw wachtdienst om een betere klinische beslissing te maken? <u>Doel</u>*: toetsen of dit instrument een meerwaarde is voor hen ten opzichte van een willekeurig dossier.*

2. In welke mate denkt u dat dit transferdocument kan uitgebreid worden naar andere settings naast de acute setting?

- <u>Doel</u>*: peilen naar het nut van een uitbreiding van dit transferdocument naar chronische setting, meer stilstaan bij het gebruik van het document in de residentiële zorgsetting. (Is het document daar voor alle patiënten zinvol, is het in alle WZC haalbaar, wat zijn faciliterende en inhiberende factoren in de WZC)*

3. Bij welk profiel van thuiswonende patiënten zou u het overwegen om het transferdocument in te vullen?

- <u>Doel</u>*: toetsen of ze dit transferdocument voor hun eigen patiënten zouden willen gebruiken, hebben ze een specifiek profiel voor ogen en in welke setting.*

4. Zou u de tijd nemen om dit transferdocument in te vullen voor al uw patiënten vanaf 75 jaar?

- <u>Doel</u>*: vraag 1 differentiëren of er een verschil is tussen het een handig instrument vinden, maar ook nog tijd willen in steken om er een goed ingevuld instrument van te maken*
- <u>Verloop</u>*: discussie houden met argumenten om het al dan niet te gebruiken. Wat zijn de drempels/struikelblokken (ICT, moeilijke delen,..) om het voor alle patiënten in te vullen vanaf 75 jaar? Welk is meest nuttige luik (medicatie, voorgeschiedenis,.. in kader van profiel)*

5. Hoe denkt u dat de digitale versie een rol kan spelen in een vlottere transfer vergeleken met de papieren versie?

- <u>Doel</u>*: Voor- en nadelen tov papieren versie nagaan.*
- <u>Verloop</u>*: mogelijke items aanbieden zoals welke voordelen van digitale versie tov papieren versie, gaat invullen sneller elektronisch dan handmatig, bij veranderingen in het profiel van de patiënt kan er automatisch update gebeuren mbv Sumehr, wat zijn de struikelblokken, ..*

Bijlage 4: Protocol en goedkeuring begeleidingscommissie medische ethiek KU Leuven



Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.

mp05367	Analyse van de doorverwijzing van ouderen door de huisarts met wachtdienst

❍ GOEDGEKEURD - ❍ AFGEKEURD

Student(en):
Ling Yee Chow
Evert Van Deun
Lander Tubbax
Promotor:
Birgitte Schoenmakers
Hoofdonderzoeker:

Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
multicentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:
Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is:
Prospectief observationeel onderzoek
Gebruikte methode:
prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Inleiding

Patiënten hebben buiten de vaste werkuren een vrije toegang tot gezondheidszorg in de eerste of tweede lijn, respectievelijk de huisarts van wacht en de spoedgevallendienst.

De oudere patiënt bevindt zich in dergelijk geval in een kwetsbare situatie. Met name de fysieke toestand, de mogelijke multi-morbiditeit en een eventueel verminderd cognitief functioneren kan ervoor zorgen dat de oudere gehinderd wordt in de communicatie naar een zorgverlener toe1. Ouderen in de residentiële zorgsector zijn daarentegen omgeven door paramedisch personeel, die de oudere kan assisteren bij een acute zorgnood.

Een goede informatieoverdracht tussen paramedici uit de residentiële zorg, de wachtarts en de spoeddiensten is essentieel om de continuïteit van zorg te waarborgen bij de overgang van deze residentiële naar een meer acute zorgsetting.

Een degelijke communicatie tussen de verschillende actoren levert een betere uitkomst voor de patiënt op, bijvoorbeeld wat betreft hospitalisatieduur en functionaliteit2, en verzekert de continuïteit van de zorg. Een gebrek aan continuïteit leidt tot additionele morbiditeit, verhoogde mortaliteit en hogere kosten in de gezondheidszorg3. Deze continuïteit waarborgen is een belangrijke prioriteit, en tevens een van de belangrijkste doelstellingen van de huisartsenwachtposten3.

Een transferfiche, waarbij de verschillende actoren in de ouderenzorg patiënteninformatie kunnen delen, werd onlangs ontwikkeld en gevalideerd4. Deze transferfiche heeft als doel de informatieoverdracht bij de transitie van ouderen te verbeteren.

Probleemstelling

Sinds het ontstaan van de huisartsenwachtpost Oost-Brabant, in 2013, is er een goede samenwerking met de woonzorgcentra (WZC). In deze thesis gaan we na of de prevalentie van de transfer van ouderen naar de spoedgevallendienst in het weekend veranderd is sinds de komst van deze wachtpost. De informatieoverdracht tussen de residentiële zorg, de wachtarts en het ziekenhuis verloopt ontoereikend en is niet afgestemd op de noden van de geriatrische patiënt5.

Dit gebrek aan informatie lijkt een belemmering te zijn bij het maken van een goede klinische inschatting. Een transferfiche zou deze beperking kunnen verhelpen4.

Verder dient er ook een draagvlak bij huisartsen te bestaan om deze transferfiche succesvol te implementeren. We peilen in deze thesis naar de perceptie van huisartsen omtrent het gebruik van een dergelijk document binnen de transitie van een residentiële naar een acute zorgsetting.

Vraagstelling:

Onderzoeksvraag

Concreet wordt er in dit onderzoek nagegaan:

Wat de perceptie van huisartsen is omtrent het gebruik van een dergelijke fiche.

Methodologie:

Methoden en uitkomstmaten Aan de hand van kwalitatief onderzoek wordt de perceptie van huisartsen over het gebruik van deze transferfiche tijdens de weekendwacht bekeken. Daarnaast wordt bekeken of de fiche een invloed heeft op de besluitvorming van de huisarts tijdens de wachtdienst. Populatie Dit onderzoek spitst zich toe op ouderen (>75j) met volgende exclusiecriteria: 1. Patiënten mogen niet geopereerd zijn in de laatste maand voor de aanmelding. 2. Patiënten mogen niet opgenomen zijn in een ziekenhuis in de laatste maand voor de aanmelding. 3. Patiënten mogen zich niet in een palliatieve of terminale fase bevinden, dit wil zeggen met een verwachte levensduur van minder dan 3 maanden.

Referenties:

Referenties 1. Kessler C, Williams MC, Moustoukas JN, et al. Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department. Clin Geriatr Med 29 (2013) 49-69 2. Shin DW, Cho J, Yang HK, et al. Impact of Continuity of Care on Mortality and Health Care Costs: A Nationwide Cohort Study in Korea. Ann Fam Med 2014;12:534-541. 3. Gitell JH, Fairfield KM, Bierbaum B, et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. Med Care. 2000 Aug;38(8):807-19. 4. Wils M, Devriendt E, Milisen K, et al. De ontwikkeling en validering van een transferdocument voor de zorgoverdracht tussen de residentiële en de acute zorgsector: een voorbeeld uit de regio Leuven, Vlaams Brabant. TVGG, aanvaard (?). 5. Cwinn MA, Forster AJ, Cwinn AA,, et al. Prevalence of information gaps for seniors transferred from nursing homes to the emergency department CJEM 2009;11(5):462-71.

di 7/04/2015 12:29

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Beste
student
Dear
student

Uw aanvraag werd aanvaard door de ethische commissie van het UZ Leuven. Dit wil zeggen dat de ethische commissie van oordeel is dat uw studie volgens de gangbare ethische normen wordt uitgevoerd.
Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan u deze mail als bewijs van goedkeuring door een ethische commissie aan het betreffende tijdschrift doorgeven.

Your application was accepted by the Ethics Committee of the University Hospitals Leuven. This means that the Ethics Committee acknowledges that your study is carried out according to the prevailing ethical standards.
If you plan to publish your masterthesis you can use this mail as approval by the ethics committee.

Met vriendelijke groeten

An Stockmans