Integratie van éénlijn.be in de huisartspraktijk: effect van het optimaliseren van het gebruik van het EMD op de geëxporteerde sumehrs? Wat is de perceptie van huisartsen omtrent de continue informatisering?

Lien Declerck, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Diego Schrans, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

De auteur en de (co-)promotor geven de toelating deze scriptie voor consultatie beschikbaar te stellen en delen ervan te kopiëren voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting uitdrukkelijk de bron te vermelden bij het aanhalen van resultaten uit deze scriptie.

2014–2016

Lien Declerck

Prof. Dr. Dirk Avonts (Universiteit Gent)

Dr. Diego Schrans (Universiteit Gent)

Dankwoord

Bij de totstandkoming van deze scriptie kon ik rekenen op de medewerking van enkele collega-huisartsen en -huisartsen in opleiding (HAIO).

Ook mijn promotor Prof. Dr. Dirk Avonts en mijn co-promotor Dr. Diego Schrans hebben mij goed ondersteund en begeleid tijdens het schrijven van dit werk.

Abstract

Integratie van éénlijn.be in de huisartspraktijk: effect van het optimaliseren van het gebruik van het EMD op de geëxporteerde sumehrs? Wat is de perceptie van huisartsen omtrent de continue informatisering?

Haio: Lien Declerck, Ugent
Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Ugent
Copromotor: Dr. Diego Schrans, Ugent
Praktijkopleider: Dr. Saskia Paulissen

Context: Het doel van een elektronisch medisch dossier (EMD) is om op gestructureerde wijze relevante en actuele patiënteninformatie te beheren. Huisartsen moeten het softwarepakket waarmee de EMD's worden bijgehouden optimaal gebruiken en moeten kunnen voorzien in een relevant kerndossier of sumehr (Summarized Electronic Health Record). Niet alleen hangen er premies aan vast voor artsen, ook is het een vereiste om goede gezondheidszorg te kunnen bieden en mee te participeren in elektronische informatieoverdracht. Deze kerndossiers kunnen immers, mits toestemming van de patiënt, op een centraal platform geplaatst worden en zodoende gedeeld worden met andere zorgactoren betrokken bij de zorg van de patiënt in casu.
In onze praktijk werd het EMD oorspronkelijk gebruikt als ongestructureerde laadbak van informatie en bijgevolg waren onze sumehrs zo goed als blanco. Dit project werd dan ook gekozen om hier verandering in te brengen.
Onderzoeksvraag: "Wat is het effect van bijscholingen en werkinvestering op de kwaliteit van de afgeleverde kerndossiers en hoe ervaren huisartsen de evolutie binnen deze informatisering?"
Methode: Het betreft een observationeel interventioneel project gebaseerd op literatuur en enkel gericht op de eerstelijnszorg. In de eerste fase van het onderzoek werd literatuur geraadpleegd ter definitie van verschillende begrippen. In de tweede fase gebeurde de eigenlijke interventie: 90 chronische patiënten werden geselecteerd en verdeeld in een interventiegroep (45 patiënten) en een niet-interventiegroep (45 patiënten). Binnen de praktijk startten we met het volgen van bijscholingen om de werking met ons softwarepakket MEDIDOC te optimaliseren. Deze verworven kennis werd toegepast op de dossiers van de interventiegroep. Vervolgens werd de inhoudelijke evolutie van deze EMD's door de tijd heen geëvalueerd en vergeleken met de oorspronkelijke dossiers, vóór uitvoering van de interventie. Voorts beantwoordden 31 huisartsen regio Dendermonde een enquête waarin gepeild werd naar hun perceptie omtrent de evolutie naar informatisering.

Resultaten: In de oorspronkelijke dossiers waren de meeste mozaïeken m.b.t. medische gegevens blanco, met uitzodering van een waslijst aan ooit voorgeschreven medicatie. De huidige dossiers daarentegen zijn voorzien van contactpersonen, een ingelezen identiteitskaart, een geüpdatete medicatiefiche, aangevulde passieve relevante zorgelementen en relevante huidige problematieken. Daarbovenop verschenen in verschillende dossiers ook risicofactoren, allergenen en/of intoleranties die voorheen nergens beschreven stonden. Enkel informatie omtrent de wilsbeschikking bleef achterwege.
Bij de peiling naar de visie van huisartsen omtrent informatisering troffen we drie groepen aan:
1/ artsen die er nog niet mee vertrouwd zijn omdat het allemaal nog te nieuw en onbekend is. Het merendeel hiervan is echter wel gemotiveerd zich hierin bij te scholen. Deze groep vormt de meerderheid.
2/ artsen die zich geviseerd voelen en die het eerder tijdrovend dan nuttig vinden. In deze groep bevinden zich voornamelijk oudere artsen, die minder geneigd zijn zich bij te scholen of hun manier van aanpakken te veranderen. Deze groep vormt weliswaar de kleinste groep.
3/ een groep jonge, gemotiveerde artsen die er actief mee bezig zijn en er bijgevolg al veel over weten.
Conclusies: Bijscholingen hebben in onze praktijk bijgedragen tot een andere manier van beheer van onze EMD's, met enige kwaliteitsverbetering van onze kerndossiers tot gevolg. Het vereist echter wel kennis, tijd en motivatie, wat momenteel nog belangrijke struikelblokken lijken te zijn binnen de eerstelijnszorg te regio Dendermonde.

Verklarende woordenlijst

Hieronder vindt u een lijst terug met definities van enkele begrippen die in deze scriptie aan bod komen, zonder dat ze verder uitgewerkt worden:

Hub/metahubsysteem: op niveau van de ziekenhuizen zijn er subregionale netwerken. Deze elektronische uitwisselingsnetwerken worden 'hubs' genoemd. Voorbeelden van zo'n 'hub' zijn: Antwerpse Regionale Hub, Brussels Gezondheidsnetwerk, Collaboratief Zorgplatform (cozo), Réseau Santé Wallon & Intermed (regio Wallonië) en Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven. Ziekenhuizen die aangesloten zijn tot een hub kunnen onderling gegevens van patiënten uitwisselen en informatie van andere aangesloten bronnen (bv. Vitalink, Intermed...) raadplegen. Ook huisartsen en specialisten, kunnen via de meeste hubs toegang krijgen tot relevante medische gegevens van hun patiënt die door een ziekenhuis of een ander aangesloten netwerk bewaard worden. Deze subregionale uitwisselingsplatformen kunnen ook onder elkaar gezondheidsgegevens uitwisselen (bijvoorbeeld uitwisseling tussen de Antwerpse Regionale Hub en de hub Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven). Hiervoor zullen de hubs beroep doen op het eHealth-platform. Het eHealth-platform wordt de 'metahub' genoemd. Het eHealth-platform of de metahub zal een verwijzingsrepertorium bijhouden dat aangeeft in welke hub(s) er gegevens van patiënten te vinden zijn. Het verwijzingsrepertorium is een databank met verwijzingsgegevens. Binnen deze databank worden er zelf geen gezondheidsgegevens van een patiënt bewaard. Zodra er via de metahub geweten is waar er informatie over een patiënt beschikbaar is, kunnen de hubs met elkaar contact maken voor gegevensuitwisseling (1).

MyCareNet: is een centraal dienstenplatform dat gebruikt kan worden door individuele zorgverleners en instellingen om op een eenvoudige, betrouwbare en beveiligde manier informatie uit te wisselen met de ziekenfondsen (2).

Inhoudsopgave

1 Inleiding 8

2 Literatuuronderzoek 11

2.1 Het elektronisch medisch dossier (= EMD) 11

2.1.1 Definitie 12

2.1.2 Noodzaak van een goed onderbouwd medisch dossier 12

2.1.3 De sleutel tot een goed onderbouwd medisch dossier 13

2.1.4 De inhoud / structuur van een EMD (8, 12) 13

2.2 e-Health 15

2.3 Kerndossier of Sumehr 16

2.3.1 Inhoud sumehr (12-15) 16

2.3.2 Voorwaarden om een sumehr te kunnen opstellen 17

2.3.3 Het uploaden van een sumehr 18

2.3.4 Uitwisselen van klinische/medische informatie via een gestandaardiseerde universele computertaal (=Kmehr-berichten) 18

2.4 Vitalink 19

2.4.1 Vaccinaties 19

2.4.2 Medicatieschema 19

2.4.3 Sumehr 19

3 Onderzoeksmethodiek 20

3.1 Effect op geëxporteerde sumehrs 20

3.2 Perceptie huisartsen regio Dendermonde omtrent informatisering 23

4 Resultaten 25

4.1 Effect op geëxporteerde sumehrs 25

4.2.1 Kerndossiers per arts, na de interventie 25

4.2.2 Algemene conclusie, na de interventie 25

4.2 Perceptie huisartsen regio Dendermonde omtrent informatisering 27
4.2.1 Vragen enquête 27
4.2.2 Vrije opmerkingen artsen 28
5 Discussie 31
5.1 Effect op geëxporteerde sumehrs 31
5.2 Perceptie van huisartsen regio Dendermonde omtrent informatisering 34
6 Conclusie 36
7 Referenties 37
8 Verplichte bijlagen 39

1 Inleiding

Voor elke student Geneeskunde begint échte praktijkervaring pas na vele jaren theorie. De kennis van en het omgaan met een elektronisch medisch dossier (EMD) is op dat ogenblik nog afwezig of ondermaats.

Gezien de continue evolutie en het steeds uitgebreider soft- en hardwarepakket waarover men beschikt, wordt het meer en meer 'een must' om het gebruik van het EMD en andere instellingen betrokken bij elektronische dienstverlening te optimaliseren. Hieronder enkele voorbeelden waarom kennis omtrent elektronisch informatiebeheer en -uitwisseling steeds belangrijker lijkt te worden:

- Mensen komen in hun leven in contact met verschillende gezondheidsactoren en –instellingen en worden steeds mobieler, zowel in binnen- als buitenland. Daarom groeit het belang relevante informatie met betrekking tot de gezondheidstoestand van een patiënt zorgvuldig en op gestructureerde wijze bij te houden op alle zorgniveaus en over alle disciplines heen (3).
- Elke houder van een GMD (Globaal Medisch Dossier) beheert een EMD (Elektronisch Medisch Dossier) per patiënt (4).
  In 2000 gebruikte reeds meer dan 70% van de Vlaamse huisartsen de computer om patiëntendossiers te beheren. Door modernisering neemt dit percentage steeds toe, met ontstaan van het begrip 'EMD' als vervanger van het vroegere papieren dossier (5).
- Vanuit het EMD wordt een kerndossier of summarized electronic health record (sumehr) samengesteld. Dit fungeert als een soort korte samenvatting van het medisch dossier van de patiënt dat, mits toestemming van de patiënt, naar een centraal platform (Vitalink) opgeladen kan worden. Op deze manier kunnen relevante gegevens gedeeld worden onder verschillende gezondheidsactoren (4).
- Via het softwarepakket hebben actoren met een therapeutische relatie tot de patiënt toegang tot de elektronische documenten die door ziekenhuizen opgeslagen worden (medische verslagen van specialisten/hospitalisaties). Dit gebeurt via het hubs/metahubsysteem (zie verklarende woordenlijst) (4).
- Via MyCareNet (zie verklarende woordenlijst) kan men o.a. de verzekerbaarheid nagaan van de patiënt en aanvragen indienen met betrekking tot terugbetaling van bepaalde medicatie (4).
- In de nabije toekomst zullen voorschriften en getuigschriften eveneens elektronisch behandeld worden (4).

Zoals u kan zien is modernisering een feit en kennisopbouw omtrent elektronisch informatiebeheer noodzakelijk. Evolueert u als arts niet mee, dan zal belangrijke informatie verloren gaan met impact op zowel de efficiëntie als de kwaliteit van de hedendaagse medische zorg.
Het is een continu én arbeidsintensief (leer)proces voor zorgverstrekkers. Knelpunten bij huisartsen situeren zich dan ook m.b.t. gebrek aan tijd, kennis en/of motivatie, zoals later in deze master na master nog duidelijk zal worden.

Deze scriptie, opgezet vanuit een groepspraktijk te Oudegem bestaande uit twee huisartsen, een praktijkassistente en een huisarts in opleiding of HAIO, werd geschreven om meer inzicht te krijgen in de wereld van informatisering en de kijk van artsen op deze evolutie. Het betreft een praktijk-verbeterend project gericht op de eerstelijnszorg, waarbij een interventie zal plaatsvinden gebaseerd op literatuuronderzoek en implementatie van de sporen van éénlijn.be. De literatuurstudie helpt ons inzicht te krijgen in verschillende begrippen binnen 'e-gezondheid', een concept dat enerzijds nog in zijn kinderschoenen staat, maar intussen toch een centrale pijler geworden is in de hedendaagse medische zorg.

De bedoeling van deze studie was ons bij te scholen om beter en efficiënter te leren werken met alle tools betrokken bij elektronisch informatiebeheer en –overdracht. Dit deden we aan de hand van lokale bijscholingen met betrekking tot het gebruik van MEDIDOC, het softwarepakket gehanteerd in onze huisartspraktijk, alsook via het doorlopen van de sporen van éénlijn.be.

Eenlijn.be is een samenwerkingsverband van beroepsorganisaties en ICT-ondersteunende partners, die huisartsen trachten te helpen in het gebruik van digitale diensten teneinde de samenwerking in de eerstelijnszorg te bevorderen en zodoende een positieve impact te hebben op de gezondheidzorg. Op de conferentie eerstelijnsgezondheidzorg in 2010 werd reeds ICT-ondersteuning gevraagd. In een opvolgsymposium op 7 december 2013 werd een concreet actieplan voor ICT-ondersteuning en samenwerking met alle betrokkenen toegelicht en uiteindelijk ontstond zo het project 'éénlijn.be'. Het betreft een samenwerkingsverband gesteund door de Vlaamse Overheid met als betrokken partners: Domus Medica, het Vlaams Apothekers Netwerk, het Huis Voor Gezondheid, PraktijkCoach en HealthConnect (25).

Nadien zouden we ons de vraag stellen: "Wat is het effect van deze bijscholingen en onze werkinvestering op de kwaliteit van de afgeleverde kerndossiers en hoe ervaren huisartsen de evolutie binnen deze informatisering/modernisering?".

Door enerzijds het effect van optimalisering van het EMD objectief te meten aan de hand van de kwaliteit en accuraatheid van onze afgeleverde kerndossiers en door anderzijds na te gaan in welke mate de nieuwe gebruiksinstellingen in huisartspraktijken worden geïmplementeerd en hoe huisartsen de toegankelijkheid ertoe ervaren, hoopten we aan het einde van deze studie een antwoord te kunnen formuleren op bovenstaande onderzoeksvraag.

2 Literatuuronderzoek

Als belangrijkste bron van informatie vermelden we de website van Domus Medica, het interuniversitair centrum voor huisartsenopleidingen (ICHO), het rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en éénlijn (6-8) . Ook artikels van Frank Robben, topambtenaar achter e-Health en sinds 1985 dé bezieler van administratieve vereenvoudiging, procesoptimalisatie en automatisering binnen de Belgische sociale -, gezondheidszorg- en publieke sector, brachten inzichten bij het schrijven van deze scriptie (3).

Trefwoorden als telematicapremie, sumehr, elektronisch medisch dossier, e-health, etc. werden ingevoerd om tot bruikbare wetenschappelijk onderbouwde informatie te komen. Op de site van het ICHO werd ook gezocht op naam van Dr. Diego Schrans, de co-promotor van deze scriptie. Zo kwam men op tal van voorgaande master-na-masterproeven (MANAMA) met gelijkaardige inhoud. Deze werden geselecteerd op basis van hun inhoud en voornamelijk gebruikt ter definitie van begrippen die veelvuldig aan bod zullen komen in deze MANAMA.

2.1 Het elektronisch medisch dossier (= EMD)

Om dit begrip zorgvuldig uit te leggen werd onder meer beroep gedaan op een richtlijn geschreven door Domus Medica, een vzw (vereniging zonder winstoogmerk) die de huisartsenkringen en wetenschappelijke expertise voor huisartsgeneeskunde groepeert (8).

Deze richtlijn doet ons, huisartsen, stilstaan bij de inhoud en kwaliteit van ons huidig EMD, en werpt tevens een blik op de arbeidsintensiteit verbonden aan het correct beheer ervan. Het doel is antwoorden te formuleren op volgende vragen (8):

1. Wat notuleer ik als huisarts in mijn dossier (inhoud)?
2. Waarvoor en hoe kan ik mijn medisch dossier het best gebruiken in de praktijk (functionele activiteiten)? Hierin passen ook de medicolegale en privacy-aspecten van het gebruik van een EMD.
3. Hoe orden ik het best mijn gegevens (structuur)?

2.1.1 Definitie

Een MD of medisch dossier wordt gedefinieerd als een door de huisarts beheerde functionele en selectieve verzameling van relevante administratieve, sociale, psychische en medische gegevens van een bepaalde patiënt, teneinde relevante informatie te kunnen uitwisselen aan derden wanneer vereist, én om te kunnen voorzien in een optimale curatieve en preventieve gezondheidszorg (5).

Veelal wordt het EMD gebruikt als laadbak van informatie zonder structuur noch overzicht. De kunst bestaat echter niet in een uitgebreid EMD af te leggen, maar de focus te leggen op wat relevante gegevens zijn voor de verdere opvolging van een bepaalde patiënt. Enkel gegevens die doelgericht handelen ondersteunen én bovendien belangrijk genoeg zijn om te delen met derden krijgen de eigenschap 'relevant' toegekend (8).

'Persoonlijke notities' vormen hier min of meer een uitzondering op. Een eenduidige definitie van dit begrip kon niet teruggevonden worden in de literatuur. Zo stelde de Nationale Raad dat deze notities subjectieve gegevens bevatten die van geen belang zijn voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg en geen deel uitmaken van het patiëntendossier. Ze beschrijven denkpistes, vermoedens, intuïtief aanvoelen of werkhypothesen. Ook de Wet op de patiëntenrechten vermeldt deze notie expliciet, zonder een duidelijke definitie. 'Persoonlijke notities' worden hier omschreven als aantekeningen die door de arts afzonderlijk opgeborgen worden en die voor anderen (ook medebehandelaars) niet toegankelijk zijn, maar nodig zijn voor het persoonlijk gebruik van de arts in kwestie. Men kan dus concluderen dat er niet snel sprake is van een 'persoonlijke notitie', want zodra de notitie enigszins relevant is voor de behandeling van de patiënt, mag het niet worden uitgesloten van inzage door andere betrokken behandelaars (9-11). Patiënten hebben wél het recht hun dossier in te kijken, maar niet het recht de persoonlijke notities van de arts in te kijken. Indien zij hier toch kennis van willen nemen, moet men via een andere zorgverstrekker onrechtstreeks inzagerecht uitoefenen. De aangestelde zorgverlener dient dan de patiënt inzage te verlenen ten laatste binnen 15 dagen na de aanvraag (9).

2.1.2 Noodzaak van een goed onderbouwd medisch dossier

De laatste jaren stijgt de druk om voor elke patiënt een goed MD bij te houden. Verschillende redenen worden hiervoor aangehaald. De hoeveelheid en verscheidenheid aan te verwerken informatie neemt toe en de patiënt wordt mondiger en vraagt om meer relevante informatie bij verwijzing. Daarnaast grijpt de overheid het MD aan om de positie van de huisarts te consolideren als 'officiële beheerder van het

patiëntendossier' (het Globaal Medisch Dossier of GMD). Tenslotte maakt het verlenen van 'zorg op maat' en het 'multidisciplinair karakter van de zorgverlening' de uitwisseling van betrouwbare en vlot toegankelijke informatie noodzakelijk (8).

2.1.3 De sleutel tot een goed onderbouwd medisch dossier

Een arts dient *tijd* te nemen om alle informatie actief te beheren, op te slaan en zo nodig te delen. Om dit aan te leren, kan men beroep doen op *bijscholingen* waarbij men stapsgewijs leert omgaan met het eigen softwarepakket alsook met de andere gebruiksinstellingen betrokken bij elektronisch informatiebeheer en -uitwisseling. Door dit leerproces te doorlopen, leert men werken volgens een standaardpatroon waarbij consulten geregistreerd worden o.v.v. *zorgepisoden en deelcontacten*. De episode is hierbij de tijdspanne die het geheel van deelcontacten beschrijft tot één- en dezelfde zorgvraag, onder de verantwoordelijkheid van één zorgverstrekker. Een van de mogelijke benaderingen om zo'n zorgcontact te ordenen is de *SOEP-indeling*, een begrip dat verderop uitvoeriger besproken zal worden.
Het actueel probleem kan dan volgens een bepaald *coderingssysteem* (vb. ICPC-codering) benoemd worden, met ingeving van een vervaldatum wanneer het over een acuut probleem gaat (5).

De bedoeling van de implementatie van zo'n standaardpatroon is een duidelijk en universeel overzicht te creëren inzake ziektegeschiedenis van een patiënt, met extra aandacht voor registratie van veranderingen. Een EMD is echter geen statisch begrip, maar dient continu aangevuld te worden met nieuwe informatie. Denk hierbij vooral aan het registreren van nieuwe pathologieën of aanpassingen in medicatieschemata. Dergelijke werkwijze zou enerzijds de kans op fouten moeten reduceren en anderzijds moeten bijdragen tot een correctere zorgverstrekking, zeker wanneer deze zich voordoet op verschillende niveaus.

2.1.4 De inhoud / structuur van een EMD (8, 12)

'Het administratief gedeelte' is bedoeld om patiënt X uniek te kunnen identificeren. Kerngegevens zoals naam, voornaam, geboortedatum en rijksregisternummer worden hierin opgenomen.

'Het medisch gedeelte' wordt onderverdeeld in drie luiken.

Het eerste luik bestaat uit de medische voorgeschiedenis en de patiëntcontext. Hiertoe behoort de meest relevante informatie (actuele ziekten, familiale en persoonlijke antecedenten, chronische medicatie,

allergieën en intoleranties, vaccinatiestatus en psychosociale gegevens) die we, indien nodig, als huisarts delen met derden.

Het tweede luik wordt gevormd door het zorgcontact of journaal, een geheel van subjectieve en objectieve gegevens chronologisch verzameld door de arts in het belang van doelgericht handelen. De bovenvermelde 'SOEP-indeling' is één van de mogelijke benaderingen om deze zorgcontacten te ordenen en wordt momenteel internationaal aanvaard. 'SOEP' staat voor subjectieve gegevens of contactreden, objectieve gegevens waaronder het klinisch onderzoek, evaluatie of waarschijnlijkheidsdiagnose en planning of acties die de arts wenst te ondernemen in kader van behandeling en/of follow-up.
Kunnen 'persoonlijke notities' hierin ondergebracht worden?
Het journaal bevat weliswaar veel zaken die de arts persoonlijk noteert, maar tevens ook objectieve gegevens die relevant zijn voor de verdere zorgverstrekking. Praktisch gezien is het dus moeilijk deze twee van elkaar te onderscheiden, tenzij per patiënt een apart dossier met eigen aantekeningen bijgehouden wordt (9) .
Ten slotte is er nog het derde luik of de onderzoeksresultaten. Zoals het woord reeds aangeeft, gaat het hier om verslagen van uitgevoerde onderzoeken, observaties in ziekenhuizen, rapporten van specialisten en dergelijke.

Als laatste onderdeel binnen het EMD is er nog *'het ondersteunend gedeelte'*, de niet-patiëntgebonden informatie die losstaat van de patiënt, maar toch integraal deel uitmaakt van zijn dossier. Hiertoe behoren een reeks vooraf ontworpen toepassingen en functies die kunnen gehanteerd worden (aanbevelingen, standaarden, coderingssystemen, folders, attesten, gezondheidsvoorlichting en –opvoeding, …) met als doel consultvoering meer en meer wetenschappelijk te onderbouwen. In een geschreven dossier staat deze informatie fysisch los van het dossier en dient ze opgezocht te worden in documenten. Deze informatie functioneel integreren in het dossierbeheer is niet mogelijk. In een EMD echter wordt deze informatie wel geïntegreerd, zodat de huisarts ze vlot en automatisch op het gepaste moment kan raadplegen. Voorbeelden hiervan zijn snelkoppelingen vanuit het EMD naar evidence-based richtlijnen, de ICPC-classificatie en haar coderingssysteem, etc. Deze informatie kan tijdens de registratie in een EMD automatisch in de achtergrond beschikbaar zijn (8, 12-14).

Dus, zoals hierboven beschreven, zou het EMD moeten fungeren als een soort geheugen ondersteunende tool die voorziet in integratie, continuïteit, overzichtelijkheid en transporteerbaarheid van gegevens (8).

2.2 e-Health

Op 22 oktober 2012 ging een overleg van start over de verdere ontwikkeling van informatisering binnen de gezondheidszorg. Stakeholders die de gezondheidssector vertegenwoordigen, ook wel de Ronde Tafel genoemd, bundelden hun kennis en verwachtingen samen tot een concreet actieplan voor de komende vijf jaar, met als doel een e-gezondheidssysteem te ontwikkelen waarbij de patiënt centraal staat. Dit actieplan werd op 20 december 2012 voorgelegd aan de bevoegde ministers van Volksgezondheid met goedkeuring door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op 28 januari 2013 (15, 16).

Volgende kerngedachten werden opgenomen in het actieplan (16):

- Een referentie architectuur uitwerken en zich concentreren op enkele welomschreven projecten
  - ✓ Gegevens delen binnen de eerstelijn en de ziekenhuizen
  - ✓ Aanvullende ontwikkelingen: chronische zorg, thuiszorg, rustoorden, psychiatrie, enz.
- De patiënt betrekken en de parate kennis over e-gezondheid vergroten
- Een referentieterminologie uitwerken
- De administratie en de communicatie faciliteren
- Een effectief overleg invoeren

Kort samengevat kan men dus stellen dat e-Health een openbare instelling is die staat voor ‘de ontwikkeling van informatica en telematica in de gezondheidszorg’ en als doel heeft (14, 15, 17):

- een goed georganiseerde, onderlinge elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling te bevorderen en te ondersteunen tussen alle actoren in de gezondheidszorg
- en dit met de nodige waarborgen op het vlak van informatieveiligheid, bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en de zorgverlener en respect van het medisch beroepsgeheim.

En daardoor zorgt dat:

- de kwaliteit en de continuïteit van de gezondheidszorgverstrekking geoptimaliseerd wordt
- de administratieve formaliteiten voor alle actoren in de gezondheidszorg vereenvoudigd worden
- en het gezondheidszorgbeleid degelijk ondersteund wordt.

Belangrijk is dat het fungeert als een verbindende factor in een gefragmenteerde gezondheidszorg en dat het een meerwaarde biedt voor zowel de patiënten als de zorgverstrekkers (15, 16).

2.3 Kerndossier of sumehr

Wachtdiensten, multidisciplinaire samenwerking en een steeds uitgebreider takenpakket binnen de gezondheidssector noodzaken de beschikbaarheid van relevante medische patiënteninformatie. Hier tracht men in te voorzien via een sumehr (18). Sumehr staat voor summarized electronic health record, een begrip geïntroduceerd in 2005 door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (13). Het betreft een samengevat klinisch dossier van een patiënt, opgemaakt volgens de specificaties van het eHealth-platform (6, 15). Enkel de relevante gezondheidselementen worden erin opgenomen met als doel de kwaliteit van de medische zorg te verbeteren (12, 15). Idealiter wordt een sumehr door de GMD-houdende huisarts geëxporteerd uit het EMD en op gestandaardiseerde manier geïmporteerd op een centraal platform (Vitalink) (12, 14). Zodoende kunnen derden, betrokken bij de medische zorg van de patiënt in kwestie, beschikken over nuttige informatie met betrekking tot de gezondheidstoestand van die patiënt (14). De inhoud ervan is geen statisch gegeven, maar evolueert mee met de medische geschiedenis van de patiënt. Daarom is het van belang dat deze gegevens continu worden bijgewerkt (12, 14).

Om huisartsen te motiveren mee te gaan in deze wereld van informatisering wordt een soort 'beloning' voorzien onder de vorm van een telematicapremie en een sumehr-premie. Dit zijn forfaitaire bedragen die door het rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) betaald worden aan erkende huisartsen of kandidaat-huisartsen die hun globaal medisch dossier (GMD) elektronisch bijhouden met een aanvaard softwarepakket en tevens sumehrs opladen en toegankelijk maken. In 2015 waren de bedragen op jaarbasis respectievelijk €817.20 en €500 (6, 19).

2.3.1 Inhoud sumehr (12-15)

- Aanmaakdatum
- Auteur (contactgegevens)
- Patiëntenidentificatie
    - gezondheidsnummer
- Patiëntgegevens
    - Naam + voornaam
    - Geboortedatum
    - Geslacht

    - Moedertaal
- Contactpersoon
- Risicofactoren
    - Allergieën / intoleranties
    - Geneesmiddelreacties
    - Sociale factoren
    - Andere factoren
- Relevante persoonlijke antecedenten
- Actuele probleemlijst
- Relevante medicatie
- Vaccinatiestatus
- Wil van de patiënt
- Houder van het GMD
- Contact - zorgverleners

2.3.2 Voorwaarden om een sumehr te kunnen opstellen

In 2005 introduceerde de overheid 'sumehr' als één van de nieuwe testcriteria voor de homologatie van huisartsensoftware (12). Men moet beschikken over een EMD én tevens gebruik maken van een softwarepakket dat voldoet aan de homologatiecriteria van de FOD Volksgezondheid. D.w.z. dat, als huisartsen een subsidie willen krijgen voor het gebruik van hun EMD, dit EMD onder meer sumehrs moet kunnen genereren en exporteren (13).

De wetgever heeft het eHealth-platform belast met het nagaan of softwarepakketten voor het beheer van EMD's aan de vastgelegde ICT-gerelateerde functionele en technische normen, standaarden en specificaties voldoen. Vervolgens moeten deze softwarepakketten geregistreerd worden (20). Er werden verschillende registratiesessies georganiseerd en de resultaten van de eerste testsessies van de softwarepakketten in 2014 wezen uit dat slechts 8 van de 20 softwareprogramma's, gebruikt door de huisartsen voor hun EMD, slaagden. Hiertoe behoren (21):

- CareConnect
- HealthOne
- Medidoc

- Medigest
- Pricare
- Epicure
- Medinote
- Le Généraliste

Later werd ook Accrimed goedgekeurd (22).

2.3.3 Het uploaden van een sumehr

Sumehrs kunnen op twee manieren gedeeld worden met andere zorgverstrekkers. Enerzijds via een opslagmedium (USB, email…) of een eenvoudige transfer van medisch softwarepakket naar medisch softwarepakket. Anderzijds via het uploaden van een sumehr naar een 'online container of centraal platform', zodat het een gedeeld gezondheidsdossier vormt binnen een gezondheidsnetwerk (12, 14). Dit laatste is de meest gebruikte vorm van informatieoverdracht en is pas sinds november 2014 te gebruiken in meerdere EMD's (14). Zoals reeds vermeld, moeten de gegevens regelmatig bijgewerkt worden en moeten er duidelijke toegangsregels vastgelegd worden onder hen die een therapeutische relatie hebben met de patiënt. Daarenboven moet de patiënt ook instemmen met het feit dat deze gegevens online beschikbaar zijn, voor wie deze gegevens beschikbaar zijn, alsook met de inhoud van deze informatie (12).

2.3.4 Uitwisselen van klinische/medische informatie via een gestandaardiseerde universele computertaal (=Kmehr-berichten)

Opdat de verschillende softwarepakketten dezelfde taal zouden spreken en aldus uitwisseling van gestructureerde medische informatie mogelijk is (= dialoog), werd een soort Belgische medische standaardtaal ontworpen, de zogenaamde Kmehr. Kmehr staat voor kind messages for electronic health record en wordt geschreven in XML-formaat (extensible markup language). Dit is een computertaal die data op een gestructureerde manier opslaat en verstuurt zodat het zowel leesbaar als overdraagbaar is in verschillende dossiersystemen of databanken (12, 13, 23).

2.4 Vitalink

Multidisciplinaire samenwerking wordt steeds belangrijker en daarom moeten de muren tussen huisartsen, specialisten, thuisverplegers en mantelzorgers gesloopt worden.
Daarom werd Vitalink ontworpen. Vitalink is het nieuwe, digitale platform door de Vlaamse overheid ontworpen om op veilige wijze zorg- en welzijnsgegevens elektronisch uit te wisselen tussen de verschillende actoren binnen de gezondheidszorg. Verenigd in een samenwerkingsplatform en werkgroep bouwen de overheid en de gezondheidssector het project samen uit. De drempel om met Vitalink te werken is bovendien klein doordat het platform ontsloten wordt vanuit de vertrouwde softwarepakketten (14, 24).

Zodoende kunnen zorgverleners, die een therapeutische relatie hebben met de patiënt én mits toestemming van de patiënt, beschikken over correcte en volledige patiënteninformatie, en dit met respect voor de privacy (24).

2.4.1 Vaccinaties

Vaccinnet is een systeem dat gehanteerd wordt om vaccins te bestellen en vaccinatiegegevens te registreren en te wijzigen. Via Vitalink kan je de vaccinatiegegevens van je patiënt ophalen vanuit Vaccinnet (24).

2.4.2 Medicatieschema

Via Vitalink kan men ook de huidige medicatiefiche van de patiënt raadplegen. Zodoende schrijft de arts de juiste medicatie voor, levert de apotheker de correcte medicatie af en kan de thuisverpleging nauwlettend toezicht houden over de correcte inname van de medicatie in de thuissituatie (24).

2.4.3 Sumehr

Via Vitalink kunnen artsen sumehrs delen opdat collegae beschikken over de nodige informatie om goede geneeskunde te kunnen toepassen (24).

3 Onderzoeksmethodiek

In het interventioneel gedeelte werden twee onderdelen behandeld. In het eerste deel werd het effect van bijscholingen op het gebruik van het EMD gemeten aan de hand van de inhoud van de afgeleverde sumehrs of kerndossiers. In het tweede deel werd gepeild naar de visie van huisartsen in regio Dendermonde op 'e-gezondheid'.

3.1 Effect op geëxporteerde sumehrs

Zoals in de inleiding reeds vermeld, hebben wij, met onze praktijk, bijscholingen gevolgd om onze kennis omtrent MEDIDOC en andere tools betrokken bij elektronische dienstverlening bij te schaven. Ik doorliep hiervoor de sporen van éénlijn.be, terwijl de andere twee artsen hun kennis van MEDIDOC verwierven via een werkgroep te regio Dendermonde. Inhoudelijk kwam dit vrijwel op hetzelfde neer.
Initieel was de bedoeling periodische overlegmomenten te organiseren om kennis omtrent MEDIDOC te delen, de inhoud van onze sumehrs samen te evalueren en te kijken wat goed en fout liep. In de praktijk verliep het echter anders en werkten we individueel aan de ons toegekende dossiers. Tussentijdse evaluaties bleven achterwege, hoewel praktische zaken soms wel besproken werden tijdens een patiëntoverleg tussen praktijkopleider en HAIO. Zodoende zaten we slechts één keer alle drie samen (twee artsen en HAIO) i.k.v. dit praktijk-verbeterend project. Aangezien het een drukke, bloeiende praktijk is en mede wegens respect voor elkaars vrije momenten, kwamen we er niet toe meerdere gezamenlijke overlegmomenten te organiseren. Het merendeel van de communicatie (dossiers die nog niet in orde waren, informatie die achterwege bleef, informed consents die nog moesten ondertekend worden…) gebeurde daarom via email, wat niet steeds optimaal verliep.

Om na te gaan of deze bijscholingen een meerwaarde betekenden voor onze praktijkvoering, werd een interventie- en een niet-interventiegroep geselecteerd. We gingen hiervoor als volgt te werk:

Eerst en vooral beslisten we ons toe te spitsen op de dossiers van chronische patiënten. Deze groep heeft meestal een uitgebreid, al dan niet ingewikkeld dossier. De vraag die we ons moesten stellen was wat we zouden verstaan onder 'chronische patiënt'. Met twee artsen van de praktijk zaten we hiervoor samen en kwamen we tot volgende definitie:

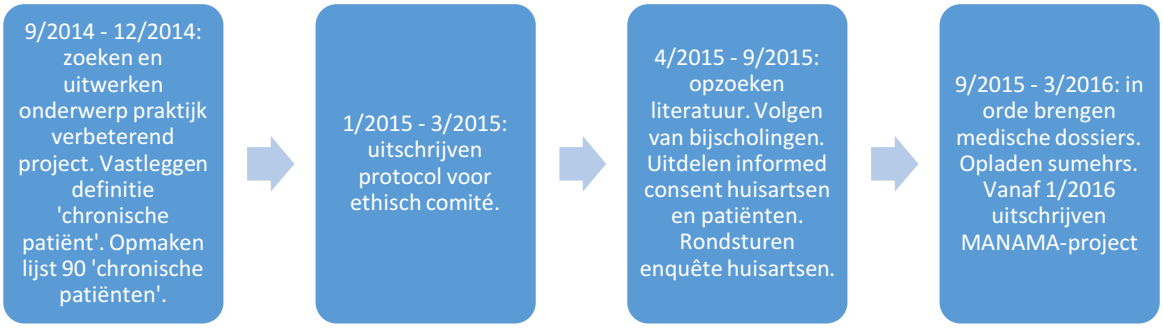
'Patiënten lijdend aan een ziekte waarvan de diagnose minstens vijf jaar geleden gesteld werd en die, i.k.v. hun ziekte, minstens één soort medicatie nemen.'

Ouderdom en geslacht werden niet in rekening gebracht.

Vervolgens schreven we allebei namen op van patiënten die voldeden aan het profiel 'chronische patiënt' zoals door onszelf gedefinieerd, en brachten het totaal aantal tot 90, een hoeveelheid dat ook voorheen met de co-promotor was afgesproken. De namen werden alfabetisch gerangschikt, op een lijst geplaatst en afwisselend een cijfer 1 of 2 toegekend. Groep 1 vormde hierbij de niet-interventiegroep en de cijfers 2 de interventiegroep. De namen van patiënten binnen de interventiegroep werden nog eens op een aparte lijst geplaatst voor alle collega's binnen de praktijk en via het EMD werd onder 'planning' duidelijk gemaakt bij wie de interventie moest plaatsvinden.
Aangezien het ging om een observationeel interventioneel onderzoek, werden bovenstaande groepen gevolgd en vergeleken in de tijd, vóór en na de interventie. De interventie bestond uit het al dan niet optimaliseren van het EMD van de patiënt in kwestie. Alle 90 patiënten ondertekenden een informed consent (zie bijlage 1) als akkoord van hun deelname aan de studie alsook als akkoord hun medische gegevens op een centraal platform te laten plaatsen. De hele opzet van de studie werd tevens uitgeschreven en opgestuurd naar het Ethisch Comité, op wiens goedkeuring we moesten wachten om van start te kunnen gaan met de uitvoering van het project (bijlage 2).

Zoals de naam al weergeeft werd de interventie uitgevoerd in de interventiegroep. In deze groep patiënten werd onze verworven kennis omtrent elektronisch informatiebeheer actief toegepast op het medisch dossier. Dit houdt in dat alle gegevens geüpdatet werden en er werd getracht een volledige en relevante samenvatting te bekomen van actuele patiëntengegevens onder de vorm van een sumehr of kerndossier. Zo beschikten we niet alleen zélf over een goed overzicht van de patiënt in casu, maar bevonden we ons ook in de hoedanigheid fundamentele informatie omtrent deze patiënt te kunnen overmaken aan andere gezondheidswerkers indien vereist.
Deze sumehr werd dan, mits toestemming van de patiënt, op een centraal platform (Vitalink) geplaatst.
In de niet-interventiegroep werd het medisch dossier gehandhaafd naar oude gewoonten. D.w.z. : zonder codering, zonder aangevulde relevante voorgeschiedenis en zonder aangepaste medicatielijst.

De bedoeling was om aan het einde van de studie kerndossiers uit beide groepen te vergelijken en na te gaan of we een significant verschil in kwaliteit van medische dossiers, na uitvoering van de interventie, konden beogen. Zo ja, kunnen we deze werkinvestering op termijn hopelijk uitbreiden naar het volledige patiëntenbestand.



Bovenstaande tabel visualiseert welke stappen werden ondernomen tijdens dit project in functie van de tijd. Zoals u kan zien werd het eerste jaar van de studie vooral gebruikt voor de opzet van het project, terwijl de eigenlijke interventie maar verliep over een tijdspanne van enkele maanden.

Zo startten we tijdens de zomermaanden van 2015 met het informeren van onze 90 geïncludeerde patiënten over deze studie en stelden hen de vraag of ze al dan niet wouden deelnemen. Hun akkoord werd officieel gemaakt aan de hand van een ondertekende informed consent.

In september 2015 werd onder ‘planning’ vermeld wie geïncludeerd was in de studie en bij wie het medisch dossier al dan niet in orde moest gebracht worden. Op die moment was er nog geen duidelijke taakverdeling binnen de praktijk. Bijgevolg ging ik de lijst van geïncludeerde patiënten alfabetisch af en opende één voor één de dossiers van patiënten uit de interventiegroep. Ik opende de mozaïeken om te zien wat reeds beschreven stond in hun EMD. Bij vele patiënten waren de mozaïeken met medische gegevens amper of niet ingevuld. Vervolgens opende ik sumehrs, een concept dat voor mij toen nog nieuw was, om inzicht te krijgen over welke informatie erin opgeslagen wordt. Zo kreeg ik direct notie van waar de aandacht moest gevestigd worden bij het aanvullen van de medische dossiers.

Van alle 90 patiënten sloeg ik de huidige sumehr (vóór uitvoering van de interventie) op. Zodoende waren we in het bezit van materiaal om te gaan vergelijken aan het einde van de studie (na uitvoering van de interventie).

Om de mozaïeken te vervolledigen opende ik per dossier ieder verslag afzonderlijk en van daaruit zette ik de informatie in het medisch dossier. Het moeilijkste en meest dynamische aspect naar mijn mening was de medicatielijst. Aangezien ik niet alle patiënten ken, deed ik beroep op de laatste verslagen van specialisten of verwijsbrieven van collega's binnen de praktijk om de huidige medicatie min of meer in orde te brengen. Voorts trachtte ik het bij de patiënten na te vragen. Aangezien dit niet steeds optimaal verliep, kon ik gelukkig steunen op de hulp van mijn collega's. Zij hebben uiteindelijk de meeste medicatieschemata geüpdate.
Na enkele maanden, circa eind november 2015, had ik het dossier van een 20-tal patiënten uit groep 2 in orde gebracht. We zaten toen voor de eerste keer allemaal samen op de praktijk i.k.v. deze scriptie en de overige patiënten uit groep 2 verdeelden we onder mijn praktijkopleider en de andere collega-arts. Dit gebeurde vooral op basis van wie de GMD-houdende arts was.

Tenslotte gingen we de kerndossiers van de 90 chronische patiënten na de interventie vergelijken met de 90 kerndossiers die ik had opgeslagen vóór de interventie. Per patiënt werd topic per topic nagegaan welke informatie er nieuw was bijgekomen en welke informatie afwezig bleef. Dit noteerde ik in een Word-document en speelde ik tevens door aan de arts, verantwoordelijk voor het dossier in kwestie.
Hoe dit verliep en wat hierbij opviel komt aan bod bij resultaten en discussie.

3.2 Perceptie huisartsen regio Dendermonde omtrent informatisering

Bij huisartsen werd gepeild naar motivatie en kennis omtrent elektronisch informatiebeheer en –overdracht. Dit gebeurde a.d.h.v. een enquête die ik zonder mededingen van mijn collega's binnen de praktijk opstelde en elektronisch rondstuurde (zie bijlage 3).
Hiervoor deed ik beroep op de lijst met contactgegevens van alle artsen verbonden aan wachtkring Dendermonde.
Naast de enquête werd ook een informed consent opgestuurd (zie bijlage 4).

De artsen hadden de vrije keuze al dan niet deel te nemen aan deze studie. Ik trachtte de response rate enerzijds te optimaliseren door de enquête zo kort mogelijk te houden en anderzijds herinnerde ik de artsen regelmatig aan het al dan niet invullen van de enquête door herhaaldelijk emails te sturen. Desondanks bleef de coöperatie heel laag.

Bij het opstellen van de enquête trachtte ik aan de hand van een zeer beperkt aantal vragen een duidelijk beeld te krijgen over:

- Met welk medisch dossier werkt men?
- Gebruikt men het EMD eerder als laadbak van informatie of tracht men gestructureerd en volgens de richtlijnen tewerk te gaan?
- Kent men ‘éénlijn.be’?
- Hoe zit het met de motivatie bijscholingen te volgen om het werken met verschillende (nieuwe) software beter onder de knie te krijgen?
- Hoe quoteert men eigen kennis omtrent werkinstrumenten binnen e-gezondheid?
- Acht men deze modernisering nuttig?

Dit leken mij nuttige vragen omdat deze studie hier nu eenmaal over handelt, maar ook omdat de meerderheid van de bevraagde topics nieuw zijn voor HAIO’s, zoals mezelf, maar in zeker opzicht ook voor artsen die al jarenlang erkend zijn. Zo ervaarde ik het althans tijdens de gesprekken met andere artsen alsook tijdens de bijscholingen van éénlijn.

Aangezien de enquête zodanig beperkt was (niet alleen kwantitatief maar achteraf bekeken ook kwalitatief) had ik ruimte gelaten voor vrije opmerkingen. Zodoende kregen de artsen ook de kans commentaren te noteren of hun mening beter te duiden. Hier werd in sommige gevallen wel gebruik van gemaakt (zie resultaten).

4 Resultaten

4.1 Effect op geëxporteerde sumehrs

Aan het begin van deze studie waren de kerndossiers van beide groepen quasi identiek en bijna blanco. Wat we voornamelijk te zien kregen was een waslijst aan medicatie, die door de jaren heen was voorgeschreven in de praktijk, en met wat geluk enkele topics ondergebracht bij medische en/of therapeutische antecedenten. Er was amper sprake van ingelezen identiteitskaarten, aangevulde contactgegevens, actuele medicatiefiches, actieve problematiek, risicofactoren, etc.

Tijdens de interventie kregen we te maken met vijf drop-outs ten gevolge van sterfte. Vier van deze patiënten behoorden tot de interventiegroep.

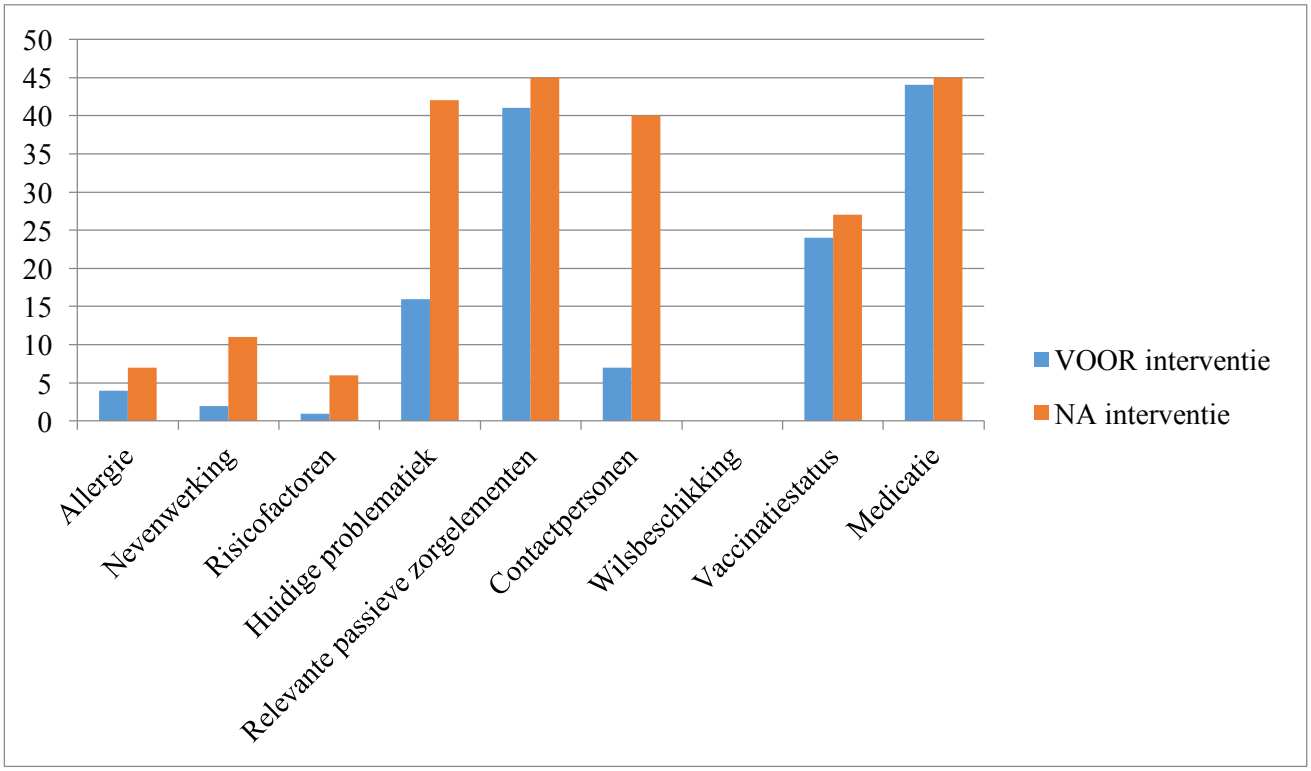
4.1.2 De niet-interventiegroep

In deze groep werd niet veel extra tijd en moeite gestoken in het beheer van de dossiers. Aan het einde van de studie waren hun kerndossiers dan ook nog steeds gelijkaardig aan de oorspronkelijke kerndossiers. In bijlage 5 ziet u een sumehr, vóór en na de interventie, van een chronische patiënte die enkel op huisbezoek gezien wordt. Opvallend is dat we weinig tot geen verschil zien tussen beide dossiers en dat vooral de medicatielijst, waarin ook acute medicatie opgeslagen blijft, prominent aanwezig is. Een gelijkaardig patroon deed zich voor bij de andere patiënten uit deze groep, al zijn we wel reeds bezig hier ook verandering in te brengen.

4.1.3 De interventiegroep

De interventiegroep werd verdeeld onder de drie artsen van de praktijk. Arts 1 (collega-arts) kreeg hierbij 7 dossiers toegewezen, arts 2 (collega-arts en praktijkopleider) had de verantwoordelijkheid over 16 dossiers en arts 3 (mezelf, HAIO) focuste zich op 22 dossiers. Nadat ik deze 22 dossiers bewerkt had, kreeg ik hulp van mijn collega's voor het aanvullen van de medicatiefiches.

Bij deze 45 patiënten kon, na uitvoering van de interventie, toch enig verschil waargenomen worden voor wat betreft de volledigheid en accuraatheid van medische gegevens van de patiënt. De kerndossiers werden onderworpen aan inhoudelijke veranderingen zoals voorgesteld in onderstaande grafiek:



Deze grafiek visualiseert de inhoud van de kerndossiers vóór en na de interventie. We zien een toename van opgeslagen informatie op alle gebieden met uitzondering van wilsbeschikking. Deze informatie bleef zowel vóór als na de interventie blanco.

Ook wat medicatie betreft zien we geen grootse toename qua hoeveelheid medicatielijsten, maar toch kan gezegd worden, weliswaar niet aan de hand van deze grafiek, dat de inhoud van de medicatiefiches er kwalitatief op vooruit gegaan is. Hiermee wordt bedoeld dat de medicatielijsten werden ingekort tot de chronische medicatie zoals actueel genomen.

De grootste veranderingen echter deden zich voor op vlak van nevenwerkingen, risicofactoren, huidige problematiek en contactpersonen.

4.2 Perceptie huisartsen regio Dendermonde omtrent informatisering

In dit onderdeel bespreken we de resultaten bekomen uit de enquêtes, ingevuld door huisartsen en huisartsen in opleiding te regio Dendermonde en Aalst.

4.2.1 Vragen enquête

De medische dossiers gebruikt door de 31 participerende artsen varieerden en bestonden uit Medidoc (8), Windoc (10), Health One (5), CareConnect (1), Accrimed (2), Medigest (1) en Pricare (4).
Behalve Windoc behoren ze één voor één tot de softwarepakketten die voldoen aan de huidige homologatiecriteria. Er werd echter niet bevraagd wat de artsen die tot nu toe werkten met Windoc zullen doen in de toekomst.

Tijdens de vragenlijst werd eerst en vooral gepeild of artsen diagnosen gecodeerd inbrengen in het medisch dossier en of ze werken met zorgepisoden en deelcontacten.
22.58% antwoordde met ‘altijd’, 64.51% met ‘soms’ en 12.91% met ‘nooit’. Tot deze laatste groep behoren vooral oudere artsen en artsen met softwarepakket Windoc. ‘Altijd’ daarentegen, werd het meeste geantwoord door artsen die werken met Medidoc.

Met de tweede vraag werd polshoogte genomen over hun kennis omtrent elektronisch informatiebeheer.
16.7% quoteerde de eigen kennis met ‘goed’, 30% met ‘voldoende’, maar de overgrote meerderheid met ‘onvoldoende’. Ook tools om deze kennis te optimaliseren zijn nog niet bij alle artsen gekend. Zo kende 7 van de 31 artsen ‘éénlijn.be’ niet.
93.5% stelt zich wel gemotiveerd op voor het volgen van bijscholingen om deze kennis te optimaliseren. Opvallend hierbij was dat de niet-gemotiveerden voornamelijk oudere artsen zijn.

Achten artsen de aanwezigheid van een kerndossier ‘in the cloud’ nuttig?
13% vindt een sumehr niet nuttig. 42% acht het wel nuttig, maar werkt er (nog) niet mee. 16% ervaart het enkel als nuttig voor ongekende patiënten (v.b. tijdens wachtdiensten) en 29% van de ondervraagde artsen vindt dit in iedere situatie een meerwaarde voor de hedendaagse gezondheidszorg en is er actief mee bezig.
Slechts 49% van de ondervraagde artsen meldt zich ’s morgens aan op het eHealth-platform, wat noodzakelijk is om toegang te hebben tot informatie ‘in the cloud’.

Wat bleek uit de enquête was dat de toegankelijkheid tot en de werking met softwarepakketten en platforms geassocieerd aan elektronisch informatiebeheer en –overdracht door vele artsen nog als 'te omslachtig' ervaren wordt.

Gezien de hiaten in deze enquête, werd, zoals hierboven reeds gecommuniceerd, preventief geopteerd plaats te voorzien voor opmerkingen van de artsen. Enkele hiervan vindt u in onderstaande paragraaf.

4.2.2 Vrije opmerkingen artsen

Dokter 1:

"Ik gebruik het bewust niet, want ik vind het concept 'sumehr' enkel nuttig voor BIG BROTHER. Waarom moeten al die elektronische medische dossiers voldoen aan al die voorwaarden? Het wordt hiermee voor het RIZIV steeds gemakkelijker om ons te volgen. Er worden richtlijnen opgesteld m.b.t. wat we moeten doen in welbepaalde gevallen. O-wee als we het niet doen. Als medische dossiers elektronisch door te sturen zijn en te converteren, dan kan het RIZIV ook aan die gegevens. Sancties liggen voor hun zo voor het grijpen. Als ze willen controleren, dat ze dan iemand sturen om alles uit te pluizen. Als de staat wil controleren, dan mogen ze hun EMD-subsidie houden. Een EMD is voor het gemak van de huisarts, niet om te voldoen aan eisen die het RIZIV stelt, en zeker geen Big Brother–gedoe."

Dokter 2:

"Ik zie dit alles alleen maar als nog meer werk."

Dokter 3:

"Ehealth, vitalink, medic schema, vaccinnet, sumehr, hoofdstuk IV, aanvraag parkeerkaart en/of formulier 3 en 4 vraagt inzet en bijscholing van de arts maar loont zeker."

Dokter 4:

"Een goed, duidelijk performant softwarepakket is primordiaal. Momenteel kent het nog teveel kinderziektes en is soms te arbeidsintensief waardoor de essentie van onze taak als huisarts, zijnde het menselijk contact met de patiënt, verloren gaat."

Dokter 5:

“Ik ben nog veel te weinig op de hoogte van alle mogelijkheden binnen e-health, en zal daardoor de indruk hebben dat het allemaal nogal ingewikkeld is.”

Dokter 6:

“Ik sta positief tegenover deze evolutie in de communicatie. We moeten er echter wel op letten dat de privacy gewaarborgd blijft en dat voor patiënten die effectief niet willen dat gegevens gedeeld worden, dat dit ook gerespecteerd wordt. Verder denk ik dat er ook blijvende inspanning moet geleverd worden vanuit de softwarepakketten om dit alles zo makkelijk en toegankelijk mogelijk te maken. De hoofdzaak voor de huisarts moet zijn ‘arts-zijn’ en niet een administratief takenpakket waar men niet kan over kijken.”

Dokter 7:

“Vraag naar meer opleidingen om al deze kanalen te leren gebruiken.”

Dokter 8:

“Ik heb net mijn HAIO-jaren achter de rug en mij aanmelden bij e-health werkt nog steeds niet. De overheid is er tot mijn grote frustratie nog niet in geslaagd dit op te lossen. De overheid moet meer bijscholingen organiseren en meer probleemoplossend tewerk gaan.”

Dokter 9:

“Ik hou niet zo van deze over-digitalisering… Ik werk liever met patiënten.”

Dokter 10:

“In Accrimed verlopen de linken met e-health altijd via verschillende omwegen. Dit ontneemt mij de moed om deze nieuwe toepassingen te gebruiken. We hebben een voorstelling van Daktari gekregen, waarin dit heel gebruiksvriendelijk is, namelijk één knop voor alle toepassingen. De motivatie van de artsen om met deze nieuwe dingen vertrouwd te geraken, hangt nauw samen met de gebruiksvriendelijkheid ervan binnen hun programma.”

Dokter 11:

“Uw vraag 8 kan enkel negatief beantwoord worden?? De toegankelijkheid is redelijk, de werking kent nog veel struikelblokken. Sumehr kan ik opladen (redelijk vlot), maar het uploaden heb ik nog nooit uitgevoerd.”

Dokter 12:

"Voorlopig gebruik ik enkel verzekerbaarheid en Bf aanvragen. Ik heb nog bijscholingen nodig voor gebruik Sumehr, Vitalink…"

Dokter 13:

"We worden als arts maar verondersteld zelf uit te zoeken hoe alle e-health toepassingen werken, zonder veel (financiële) ondersteuning van de overheid. En dan verplichten ze ons nog 3e betaler als extra administratieve last. De kinderschoenen van de overheidselektronica moeten we er ook bijnemen: vb. hoofdstuk 4 aanvragen heeft tot hiertoe al meer niet gewerkt dan wel!"

Dokter 1:

"Nog veel te veel kinderziektes en onbegrijpelijke foutmeldingen (ik vraag me af of het aan ons medisch programma ligt want ik hoor collega-huisartsen met andere programma's waar het vlotter lijkt te gaan!)."

Dokter 15:

"Nog maar net gestart met het gebruik van sumehr, dus ik moet alles nog verkennen."

5 Discussie

5.1 Effect op geëxporteerde sumehrs

De laatste twee jaar lag de focus binnen de praktijk wel degelijk op het verbeteren van de inhoud van onze EMD's, weliswaar nog voor een selecte populatie. Enerzijds leerden we via bijscholingen beter en efficiënter te werk gaan met MEDIDOC en anderzijds investeerden we extra tijd vóór, tijdens en na de consulten in het updaten van de medische gegevens.

Na de interventie werden de bekomen resultaten objectief gemeten aan de hand van de inhoudelijke kwaliteit van onze kerndossiers. Deze zijn nog steeds niet optimaal, maar we kunnen toch stellen dat de interventie heeft bijgedragen tot een toename van relevante patiëntengegevens m.b.t. (bijna) alle topics opgenomen in een kerndossier, met uitzondering van de wilsbeschikking. Medicatielijsten werden ingekort tot de huidige chronische medicatie, huidige problematieken werden centraal geplaatst en in verschillende dossiers kwamen risicofactoren, allergenen en/of intoleranties tevoorschijn die voorheen nog niet geregistreerd stonden. Zodoende beschikken we nu over een relevant en actueel overzicht van patiëntengegevens, wat de gezondheidszorg enkel maar ten goede kan komen.
Op de vraag die we ons initieel stelden, kunnen we dus als antwoord formuleren dat onze bijscholingen, moeite en tijd hebben geresulteerd in een andere benadering van ons EMD, met een kwaliteitsverbetering van de inhoud ervan tot gevolg.

Deze studie is echter niet alles omvattend en de resultaten zijn bijgevolg niet te extrapoleren naar de eerstelijnszorg in het algemeen. Meerdere redenen, zogenaamde 'zwaktes van de studie', kunnen hiervoor aangehaald worden.
Wat de opzet van de studie betreft, kunnen we volgende zwaktes vermelden:

- Reeds van in het begin betrof deze scriptie een kleinschalige studie, waarbij we bovendien te maken kregen met 5 drop-outs, meer bepaald patiënten die tijdens het project overleden. Hiervan behoorden er vier tot de interventiegroep.
- Daarbovenop werd deze studie uitgevoerd in een groepspraktijk gelegen in een kleine deelgemeente van Dendermonde, Oudegem, wat qua manier van werken, mentaliteit van patiënten en artsen, patiëntenbestand en toegang tot bijscholingen verschillend kan zijn van praktijken in (groot)steden.

- Voorts verliep deze studie, zoals eerder vermeld, slechts over een periode van twee jaar, waarvan meer dan de helft van de tijd werd gebruikt voor de opzet van het project. Hierdoor bleef er maar beperkte tijd over (enkele maanden) voor de eigenlijke interventie.

Andere knelpunten situeren zich meer op gebied van uitvoering van de interventie, namelijk de registratie van gegevens:

- De meeste chronische patiënten worden op huisbezoek gezien. Deze contacten registeren wij momenteel nog niet systematisch in ons EMD, maar we behelpen ons met een papieren thuisdossier. Hierop trachten wij de relevante voorgeschiedenis en huidige problematiek te vermelden, alsook de medicatielijst en de bevindingen tijdens de opeenvolgende huisbezoeken.
  Een van de collega's startte met de portable computer op huisbezoek te gaan, maar gezien de omslachtigheid hiervan (valt snel uit en moet bijgevolg steeds met een stopcontact verbonden zijn, moet na ieder contact in 'slaapstand' gebracht worden, is nog vrij groot in omvang…), gebeurt dit nog niet systematisch. Zodoende blijven deze dossiers vaak blanco, ook na de interventie, terwijl ze net extra zorg vereisen. Dit vormt aldus een aandachtspunt voor de nabije toekomst.
- Ook het inlezen van identiteitskaarten werd bemoeilijkt door huisbezoeken af te leggen zonder elektronica. Dit hebben we proberen oplossen door familieleden de ID-kaart naar de praktijk te laten brengen ofwel door het ID-nummer op huisbezoek te noteren en nadien manueel in te brengen in het EMD. Dit laatste bleek echter niet altijd voldoende te zijn om een sumehr op te laden, waardoor sommige sumehrs nog steeds niet 'in the cloud' hangen. Waarom het soms wel lukte en soms niet is voor ons ook nog een raadsel.
- Soms plaatsten we informatie m.b.t. familiale antecedenten in de mozaïek 'familiale antecedenten'. Dit werd echter niet opgenomen in de sumehr, terwijl het wel belangrijk kan zijn in de benadering van de patiënt. Een aandachtspunt voor de toekomst bestaat er dan ook uit deze informatie onder te brengen bij risicofactoren en daar te preciseren met 'hereditair', 'familiaal'…
- We hebben aandacht geschonken aan het gecodeerd ingeven van pathologieën, iets wat voorheen weinig tot niet gedaan werd. In MEDIDOC gebeurt dit a.d.h.v. een classificatiesysteem eigen aan MEDIDOC. Bij acute problemen stelden we een bepaalde periode in waarna deze informatie mocht gearchiveerd worden. Deze periode komt overeen met de ingeschatte duur van de ziekte (v.b. virale bovenste luchtweginfectie

archiveren na 7 dagen). Zodoende zou de informatie bij ‘antecedenten’ komen te staan in plaats van ‘huidige problematiek’. Ondanks het invoeren van die tijdspanne, bleek toch dat deze informatie gestockeerd bleef onder ‘huidige problematiek’, terwijl het probleem vaak niet meer actueel is. Dit belette ons soms om onze diagnosen nog verder gecodeerd in te geven.

- We hebben nog geen manier gevonden om magistrale bereidingen in te brengen in ons EMD. Bijgevolg blijft deze informatie nog achterwege in de medicatielijst.
- Informatie omtrent wilsbeschikking blijft afwezig na uitvoering van de interventie. Ik vermoed dat dit enerzijds te wijten is aan het feit dat dit een gevoelig/moeilijk aan te kaarten onderwerp is en ook niet steeds van toepassing is. Ik denk hierbij vooral aan de jongere patiënten of patiënten waarbij de ziekte stabiel is of niet levensbedreigend. Anderzijds is er in ons EMD geen apart luik voorzien om deze informatie onder te brengen. Hiervoor kunnen we misschien in de toekomst zelf een mozaïek ‘wilsbeschikking’ creëren.
- De informatie omtrent vaccinatiestatus is ook niet steeds up-to-date en omvat voornamelijk griepvaccins, vaccins tegen pneumokokken en boostrix vaccins.
  We zouden dus meer aandacht moeten besteden aan het registeren van de vaccins gezet in onze praktijk, zowel in eigen EMD alsook op Vaccinnet, en tevens de voorgeschiedenis van vaccinaties updaten vanuit Vaccinnet (basisvaccinaties via Kind en Gezin, vaccinaties gezet in andere huisartspraktijken…).
- Wel moet vermeld worden dat risicofactoren, allergieën en intoleranties vaak blanco bleven in de sumehr, terwijl ze wél bevraagd werden maar het antwoord negatief was. Dit valt in de toekomst eventueel op te lossen door ‘niet van toepassing’ of ‘bevraagd maar negatief’ te plaatsen bij deze topics. Zien we dan in de sumehr niets staan bij deze topics, dan weten we dat het nog niet actief bevraagd werd.

Bovenstaande gegevens en obstakels bepalen één voor één mee de kwaliteit van onze dossiers, en bijgevolg ook van ons onderzoek.

Mijn visie, na het doorlopen van dit onderzoek, is dat de eerste stappen binnen onze praktijk gezet zijn, wat niet wil zeggen dat alles rond e-gezondheid voor ons reeds klaar en duidelijk is. Bijscholingen, motivatie en discipline blijven daarom belangrijk en naar eigen ervaring is het doorlopen van de sporen van éénlijn.be daarbij zeker aan te raden.

Initieel vraagt het elektronische informatiebeheer en -overdracht veel tijd, maar eens je als arts het eigen softwarepakket onder de knie krijgt en je jezelf de discipline kan opleggen nieuwe informatie onmiddellijk en gestructureerd te verwerken in het EMD, kan het op termijn enkel leiden tot tijdswinst en een betere gezondheidszorg. Het behoeft vooral motivatie en aanpassing in manier van werken. Dit namen we ook waar in onze praktijk. Binnen onze praktijk zagen we een shift in manier van werken en inhoud van onze dossiers, maar er is zeker nog ruimte voor verbetering. Daarom werd reeds actief nagedacht over mogelijke strategieën om de huidige hiaten op te heffen in de nabije toekomst. Enkele hiervan staan hierboven genoteerd.

De vraag is echter wel of dit qua tijd- en werkinvestering nog haalbaar zal zijn wanneer de patiëntenpopulatie blijft expanderen.

5.2 Perceptie van huisartsen regio Dendermonde omtrent informatisering

Wat we vooral uit deze enquête kunnen concluderen is dat een groot deel van de artsen nog niet vertrouwd is met het hele ICT-gebeuren. De meerderheid koppelt het weliswaar aan gebrek aan kennis, en wat ongekend is, is vaak nog onbemind…
Zij die zich hiervan bewust zijn, zijn wel gemotiveerd zich bij te scholen. Een minderheid ziet het als extra controle van hogerop en vindt het enkel tijdrovend. Bijgevolg is deze groep, voornamelijk oudere artsen, weinig tot niet gemotiveerd zich bij te scholen.

Om de respons van de huisartsen te bevorderen, werd getracht de enquête zo kort mogelijk te houden, wat achteraf bekeken de kwaliteit van de enquête mee heeft bepaald. Zo kwam als commentaar van twee huisartsen:

"Er staat niet echt een positief antwoord tussen de keuzemogelijkheden bij de laatste vraag betreffende de toegankelijkheid tot de verschillende gebruiksinstellingen".

- De keuzemogelijkheden zijn gebiased door het feit dat alles omtrent elektronisch informatiebeheer en –overdracht als een wervelwind op mij afkwam en het op die moment ook allemaal nieuw was voor mij. Mijn kijk op de toegankelijkheid tot de verschillende gebruiksinstellingen, voornamelijk wegens gebrek aan kennis, weerspiegelt zich dan ook in de mogelijke antwoorden die ik opstelde. Ik vermoed dat deze keuzemogelijkheden anders zouden geformuleerd zijn mocht ik de enquête nu opnieuw moeten opstellen. Toch moet ik toegeven dat ik nog steeds niet volledig vertrouwd

ben met de hele informatisering, mede omdat een groot deel van elektronische informatieoverdracht behandeld wordt door onze praktijkassistente.

"Soms worden meerdere subvragen ondergebracht in één vraag met slechts één mogelijk antwoord, wat het moeilijk maakt een duidelijk antwoord te geven".

- Dit deed ik initieel om de enquête zo kort mogelijk te houden, niet indachtig dat de verschillende vragen uiteraard andere antwoorden kunnen vereisen. Verder besteedt een participerende arts evenveel tijd aan het beantwoorden van één langere vraag dan aan enkele kortere vragen, met dat verschil dat de tweede optie mogelijks adequatere antwoorden oplevert.

Deze commentaren zijn terecht en werden ook geapprecieerd!

Vervolgens was er ook een probleem van coöperatie, meer bepaald het gebrek eraan. Daarom heb ik eveneens wachtkring Aalst en HAIO's regio Dendermonde en Aalst aangeschreven. Mits deze uitbreiding, kwamen we nog steeds maar aan een totaal aantal van 31 participerende artsen en artsen in opleiding.

Zowel het aantal participerende artsen alsook de kwaliteit van de enquête, beletten aldus grootschalige conclusies te trekken. Men kan dus stellen dat ook hier de resultaten niet als representatief kunnen beschouwd worden voor de hele eerstelijnszorg.

6 Conclusie

De laatste twee jaar lag de focus binnen onze praktijk op het vervolledigen en optimaliseren van de inhoud van onze EMD's. We baseerden ons hierbij op dossiers van chronische patiënten, omdat zij vaak te kampen hebben met polyfarmacie, co-morbiditeiten en gezondheidszorg op verschillende niveaus, wat het extra belangrijk maakt om over correcte, relevante en actuele informatie te beschikken.

We hebben getracht de patiënten één voor één uniek te identificeren aan de hand van het inlezen van hun identiteitskaart, de huidige gezondheidsproblemen te selecteren en te activeren, oude en niet-chronische medicatie te archiveren en actief te peilen naar risicofactoren, contactpersonen, allergenen en/of intoleranties. Nadien werd hun kerndossier vergeleken met hun initieel kerndossier, vóór uitvoering van de interventie. Als je dan ziet dat in de meerderheid van de dossiers gegevens verschijnen die oorspronkelijk nergens te bespeuren waren, kan je hopelijk wel spreken van een mogelijks positief effect op de kwaliteit van de zorg naar patiënten toe. Dit kon echter op dit moment, gezien de prilheid van het concept sumehr en de korte duur van de studie, nog niet objectief gemeten worden.

Voor de zaken die momenteel nog stroef lopen bij het beheer van onze EMD's, werd nagedacht over hoe onze praktijk dit kan aanpakken in de toekomst. Deze mogelijke oplossingen werden beschreven onder 'discussie'. De tot nu toe achtergebleven informatie, zoals geschetst onder 'resultaten', werd eveneens besproken in de praktijk en er wordt reeds werk van gemaakt om alle ontbrekende puzzelstukken aan te vullen.

Bij de peiling naar de visie van collega-artsen op deze informatisering, viel toch op dat nog veel artsen, zowel jong als oud, argwanend zijn. Het wordt nog te vaak gezien als een extra last en sommige artsen voelen zich in het nauw gedreven door controle van hogerop. Hoe dit zal evolueren in de toekomst is moeilijk te voorspellen, maar vermoedelijk zal extra kennis bij artsen bijdragen tot de ophef van vele struikelblokken.

Wat aan het einde van dit praktijk-verbeterend project wél met enige zekerheid kan gesteld worden, is dat ons engagement heeft bijgedragen tot een zekere kwaliteitsverbetering van onze EMD's en bijgevolg van onze kerndossiers. En, hoe ik het zie, lijkt de praktijk ook gemotiveerd deze werkinvestering verder te zetten voor een bredere patiëntenpopulatie.

7 Referenties

1. Heijlen R. UITWISSELING GEZONDHEIDSGEGEVENS. INFORMATIE OVER HET HUB-METAHUB-SYSTEEM. 2014.
2. CIN-NIC. Algemene beschrijving van MyCareNet. 2014.
3. Robben F. Het belang van elektronisch informatiebeheer en elektronische informatie-uitwisseling in de Belgische gezondheidszorg. 2014.
4. Robben F. eHealth-platform: stand van zaken en perspectieven. 22/5/2014.
5. Medica D. Het elektronisch medisch dossier. 2008.
6. invaliditeitsverzekering Rvz-e. SUMEHR-premie huisartsgeneeskunde 2015.
7. Opleiding ICVH.
8. Gezondheid AZe. Domus Medica. 2013.
9. Indicator O-. PATIËNTENRECHTEN - INZAGE IN DOSSIER. Persoonlijke notities: handig of risicovol? 11/2/2016.
10. eHealth in België. 2014.
11. Cornelis L. Ideeën in verband met gebruik en delen van medische informatie; standpunt van de patiënt. Een kwalitatief onderzoek. 2013-2014.
12. Braeckel BV. Patëntengegevens uitwisselen: liever sumehr dan summier. 2011-2012.
13. Alexander V. Optimalisatie van de doorverwijzing naar de spoeddiensten door en correct gebruik van sumehr-systeem. 2011-2012.
14. Stijn VD. Ontwikkeling van gebruiksvriendelijke emd-software voor de uitwisseling van patiëntengegevens tussen huisartsenpraktijken. 2014-2015.
15. Lies P. Het thuisdossier voor de wachtarts: stand van zaken. 2012-2013.
16. Slotvergadering van de ronde tafel over de “informatisering in de gezondheidszorg”.

Voorstelling van het actieplan. 2012.

17. volksgezondheid Bfo-. E-health platform - missie. 2014.
18. Elyn P. Sumehr: een evautaie in de praktijk.
19. KLAVVIDT-IDZ Rvz-ei-Dvgv-D. Telematicapremie huisartsgeneeskunde. 2015.
20. eHealth-platform. Registratie van de medische softwarepakketten.
21. vzw VA. Slechts 8 van de 20 softwarepakketten geslaagd voor homologatie! 2014.
22. Corilus. ACCRIMED voldoet aan de homologatiecriteria! 2014.
23. Bos B. XM in 10 punten. 1999.
24. Vitalink. Gegevens delen, van vitaal belang. 2013.

25. Broeckx D. Wat is éénlijn.be en wie werkt er aan mee? 2015.

8 Verplichte bijlagen

Bijlage 1: informed consent patiënten

Informatie en toestemmingsformulier voor de patiënt

TITEL ONDERZOEK: Kwaliteit verbeterend project “integreren van eenlijn.be in de huisartspraktijk -> effect op geëxporteerde sumehr en kwaliteit van het elektronisch medisch dossier (EMD)? Hoe denken huisartsen hierover?”

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte heer, mevrouw,

ik ben Lien Declerck en in kader van mijn opleiding tot huisarts zal ik in deze praktijk het gebruik van het elektronisch medisch dossier optimaliseren (goede registratie van gegevens, coderingen implementeren, updaten van informatie, …). Het doel hiervan is te kunnen beschikken over patiëntengegevens die zo accuraat en actueel mogelijk zijn. Vervolgens worden deze gegevens samengebracht in een document dat SUMEHR (Summarized Electronic Health Record) noemt, een soort samenvatting van uw medisch dossier. Wij hopen zo de kwaliteit van onze zorgverlening te verbeteren. In de eerste fase zullen wij ons toespitsen op patiënten met een chronische aandoening.

Om onze betrachting te kunnen toetsen aan de werkelijkheid zou ik graag uw gegevens gebruiken voor mijn wetenschappelijk werk als huisarts.
Wij hebben hiervoor echter uw toestemming nodig. Door dit formulier te ondertekenen geeft u ons de toestemming data uit uw dossier te gebruiken in de studie.
Dit is echter volledig vrijblijvend en het al dan niet instemmen, zal geen enkele invloed hebben op uw relatie tot de zorgverleners.

Bij verdere vragen betreffende het onderzoek kan u steeds bij één van ons terecht.

Wij stellen uw medewerking ten zeerste op prijs en alvast bedankt!

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen Universiteit Gent , en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze studie wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. D.Avonts.
De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag.
Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Toestemmingsformulier na voorlichting

De onderzoeker:

Ik heb de deelnemer geïnformeerd en op zijn/haar vragen antwoord gegeven. Ik verklaar dat de verzamelde gegevens enkel zullen worden gebruikt voor het hierboven genoemd wetenschappelijk onderzoek. Ik verklaar dat zijn/haar anonimiteit te allen tijde gerespecteerd zal worden. De gegevens zullen verzameld worden en verwerkt worden volgens de Belgische wetgeving en de voorschriften ter bescherming van de privacy. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP en volgens de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies.

De deelnemer aan het onderzoek:

Ik ben duidelijk geïnformeerd en heb het informatieformulier doorgenomen. Ik heb de kans gehad vragen te stellen en op mijn vragen heb ik steeds een bevredigend antwoord gekregen.

Ik stem vrijwillig toe dat de verzamelde gegevens voor dit onderzoek zullen gebruikt worden.

Ik kan mij te allen tijde uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing te geven.

Ik begrijp dat de gegevens strikt vertrouwelijk zullen behandeld worden.

Ik weet dat de resultaten anoniem zullen verwerkt worden en dat ik niet zal geïdentificeerd worden in het onderzoeksrapport.

Handtekening deelnemer **Handtekening onderzoeker**

Bijlage 2: goedkeuring project door ethisch comité + protocol MANAMA

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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

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

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0389	21-apr-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Kwaliteitsverbeterend project: Integreren van eenlijn.be in de huisartspraktijk => effect op geëxporteerde sumehr en kwaliteit van het EMD? Hoe denken huisartsen hierover?
(Manama Lien Declerck)

Belgisch Registratienummer: B670201524488

* Adviesaanvraagformulier dd. 30/03/2015 (volledig ontvangen dd. 08/04/2015)
* Antwoord onderzoekers via mail dr. Lien Declerck ontvangen op 16/04/2015 in antwoord op opmerkingen EC dd. 09/04/2015
* informatie- en toestemmingsformulier voor de patiënt (aangepaste versie dd. 16/04/2015)
* Informatie- en toestemmingsformulier voor de huisarts (aangepaste versie dd. 16/04/2015)
* Vragenlijsten

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

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 16/04/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 15/04/2016, 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 16/04/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/04/2016, 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 21/04/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/04/2015

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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

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**
	2015/0389	21-apr-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0389

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

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

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

Kwaliteitsverbeterend project: Integreren van eenlijn.be in de huisartspraktijk -> effect op geëxporteerde sumehr en kwaliteit van het EMD? Hoe denken huisartsen hierover?

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

PROMOTOR
- NAAM: AVONTS DIRK…
- FUNCTIE: …docent tenure track
- UNIVERSITEIT: …UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: …HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: …0485 52 28 28
- FAX: …
- E-MAIL: …Dirk.Avonts@UGent.be
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: …

CO-PROMOTOR
- NAAM: …SCHRANS DIEGOFUNCTIE: …assistent
-
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): …UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: …
- TELEFOONNUMMER: …09 332 36 12
- FAX: …
- E-MAIL: …Diego.Schrans@UGent.be
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): …

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

- NAAM: DECLERCK LIEN…
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: GENT…
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0478/79.21.98…
- E-MAIL: LIEN.DECLERCK@UGENT.BE…

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: PAULISSEN SASKIA…
- ADRES: …HOFSTRAAT 40
- TELEFOONNUMMER: …052/22.67.74
- E-MAIL: …saskia.paulissen@telenet.be
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): DUO + PRAKTIJKASSISTENTE + HAIO

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …

- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

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

- START ONDERZOEK: 13/1/2015 (MAIL GOEDKEURING ONTVANGEN) (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: …06/2016

7. SOORT ONDERZOEK

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

☐ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE

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

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

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

Protocol ethisch comité

Mijn PO wou een praktijk-verbeterend project omtrent het kunnen afleggen van actuele medicatielijsten van chronische patiënten. “Foutief” gebruik van het EMD (Medidoc) maakt dat dit momenteel niet voorhanden is: niet gecodeerd ingeven, niet archiveren van pathologieën en medicatie, niet registreren van alle contacten/huisbezoeken, …

Daarom, in overleg met mijn co-promotor, leek het interessant bijscholingen te volgen, waaronder de sporen van eenlijn.be, om op deze manier beter te leren omgaan met Medidoc, notie te krijgen van het nog vage begrip ‘sumehr’ en actuele patiëntengegevens ter beschikking te kunnen stellen (zowel voor leden van de praktijk alsook daarbuiten).
De onderzoeksvraag zou als volgt luiden: “Het integreren van eenlijn.be in de huisartsenpraktijk: effect op geëxporteerde sumehr en kwaliteit van het EMD? Hoe denken huisartsen hierover?”

Het betreft een prospectief interventioneel onderzoek, waarbij we 90 chronische patiënten selecteren en de evolutie van hun EMD/sumehr opvolgen in de tijd. Bij de helft hiervan bestaat ons doel uit het ‘opkuisen en

updaten' van hun medisch dossier, m.a.w.: gecodeerd ingeven, ALLES registreren, gebruik maken van actief-passief, updaten relevante informatie, …
Bij de overige 45 patiënten blijven we het EMD gebruiken zoals we het tot nu toe gewoon zijn (als een soort laadbak van informatie).
De interventie bestaat uit het volgen van opleidingen gericht op het optimaliseren van het gebruik van ons EMD, zijnde Medidoc, en de outcome/de resultaten van de studie worden gemeten aan de hand van de bekomen sumehrs.
Zijn de sumehrs van de patiënten waarbij we het EMD optimaal trachten te gebruiken up-to-date? Kunnen we een duidelijk verschil zien in vergelijking met de sumehrs van de 45 patiënten waarbij we het EMD blijven gebruiken zoals we tot nu toe gewoon zijn? Heeft dit effect op de kwaliteit van de zorg naar patiënten toe?

Vooreerst moet een duidelijk omschreven definitie voorhanden zijn van wat verstaan wordt onder 'chronische patiënten'. In overleg met mijn PO vallen hieronder alle mensen die lijden aan een ziekte waarvan de diagnose minstens 5 jaar geleden gesteld werd en die minstens (i.k.v. hun ziekte) één soort medicatie nemen. Mannen en vrouwen, jong en oud worden geïncludeerd.
De volgende stap bestaat uit het opladen van hun huidige sumehr. Verwacht wordt dat, door het (nog niet) optimaal gebruik van het EMD, de huidige sumehrs ofwel vrij leeg zullen zijn ofwel beladen met niet-actuele gegevens. De bedoeling is om mettertijd een verschil te beogen tussen de sumehrs van de patiënten waarvan het EMD onderhanden werd genomen en deze die we laten zoals ze nu zijn.
Indien gemerkt wordt dat het optimaliseren van het gebruik van Medidoc meer overzicht biedt, minder misverstanden, duidelijke en actuele informatie biedt voor ons alsook voor collega's (tijdens wachtdiensten bv.), … is het uiteraard de bedoeling de werkwijze te implementeren naar het volledige patiëntenbestand.

Om notie te krijgen van het concept 'sumehr' en 'hoe om te gaan met Medidoc', zal ik als HAIO de sporen van eenlijn.be en zo mogelijk andere bijscholingen m.b.t. het correct gebruik van het EMD doorlopen (de lessen liggen wel heel verspreid in plaats en tijd). Wat deze interventie mij bijbrengt, zal ik trachten te implementeren in de praktijk. Voorts zal ik ook eens peilen naar de visie/mening hieromtrent bij huisartsen in omgeving Dendermonde.

De huidige sumehrs van de 90 patiënten tracht ik ergens op te slaan en in de loop van de tijd doe ik hetzelfde opnieuw en opnieuw om te kijken of we enigszins vooruitgang boeken.

…

9. IS HET ONDERZOEK

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

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

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

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN) GENT…… (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

PATIËNTEN LIJDEND AAN : CHRONISCHE AANDOENING (DIAGNOSE MINSTENS 5 JAAR, MINSTENS ÉÉN SOORT MEDICATIE)

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

- ❑ **JA (ER ZIJN VROUWEN GEÏNCLUDEERD IN DE REPRODUCTIEVE FASE VAN HUN LEVEN)**
- ❑ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 90

D. LEEFTIJD :ALLE

E. GESLACHT : …MANNELIJK EN VROUWELIJK

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? AT RANDOM, INDIEN ZE VOLDOEN AAN DE VOORWAARDEN OPGENOMEN IN ONZE DEFINTIIE "CHRONISCHE PATIËNT"…

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN (ENKELE DEMENTERENDE PATIËNTEN GEÏNCLUDEERD)**

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

SCHRIFTELIJK :

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

MONDELING :

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

ZO NEEN, WAAROM NIET ? OMDAT HET GAAT OVER HET JUIST LEREN OMGAAN MET HET MEDISCH DOSSIER VAN PATIËNTEN OM GOEDE EN ACTUELE INFORMATIE TE KUNNEN BIEDEN VOOR ONSZELF EN ANDERE ZORGVERLENERS. DE PATIËNTEN ZELF ZULLEN BIJGEVOLG VAN HET HELE PROCES NIETS ONDERVINDEN.

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEEN

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

- ❑ **JA (NIET ALLEMAAL, MAAR ER ZIJN WEL DEMENTERENDE PATIËNTEN GEÏNCLUDEERD)**
- ❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN** (JONGSTE PATIËNT IS 19 JAAR OUD)

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

ZO NEEN, WAAROM NIET ? OMDAT HET ONDERZOEK GEEN COÖPERATIE, NOCH TOESTEMMING NOODZAAKT VAN DE PATIËNTEN…

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

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

ZO NEEN, WAAROM NIET ? OMDAT HET ONDERZOEK GEEN COÖPERATIE, NOCH TOESTEMMING NOODZAAKT VAN DE PATIËNTEN…
…

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

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

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ? (NIET GEVONDEN OP DE ICHO-SITE)

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

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

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

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

- ❑ **JA** (GESTRUCTUREERDER EMD ZAL HOPELIJK TOCH LEIDEN TOT VERBETERING KWALITEIT ZORG, NIET ALLEEN BINNEN DE PRAKTIJK, MAAR VIA DE SUMEHRS OOK BUITEN DE PRAKTIJK, VB. TIJDENS WACHTDIENSTEN)
- ❑ NEEN

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

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

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

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

- ❑ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
- ❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

- ❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

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

….

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

- ❑ **JA** (IN ZEKERE ZIN WEL?)
- ❑ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? GMD-HOUDER VAN DE PATIËNT EN LATER VIA VITALINK OOK ARTSEN VAN WACHT…

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

- ❑ **JA** (HOPELIJK BLIJVEND RESULTAAT)
- ❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

NVT

- ❑ JA
- ❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? …

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

…

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA

  WELKE ? …

- ❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

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

- ❑ NIET VAN TOEPASSING
- ❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ❑ ERELOON:
  - ❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

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

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 17/2/15
NAAM : Lien Declerck
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER Dr. S. PAULISSEN
Hofstraat 40 - 9200 Oudegem
052 22 67 74
Riziv 1-4671546-004

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 30 maart 2015
NAAM : D. AVONTS
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 30.03.2015
NAAM : PROF. DR. JAN DE MAESENEER
HANDTEKENING :



Bijlage 3: enquête huisartsen



Korte vragenlijst:

1/ Met welk elektronisch medisch dossier werkt u?

2/ Geeft u gecodeerd in, maakt u gebruik van archiveren-actief-passief, zorgepisoden/(deel)contacten?

- Altijd
- Soms
- Nooit

3/ Kent u eenlijn.be?

- Ja
- Neen

4/ Bent u gemotiveerd bijscholingen te volgen met betrekking tot het optimaliseren van het gebruik van het EMD?

- Ja
- Neen

5/ Hoe evalueert u uw eigen kennis betreffende e-health, sumehr, …?

- Goed
- Voldoende
- Onvoldoende

6/ Wat vind u van het concept “sumehr”?

- Niet nuttig, alleen maar meer werk
- Nuttig, maar tot nu toe heb ik er nog nooit gebruik van gemaakt
- Nuttig tijdens wachtdiensten
- Altijd nuttig

7/ Meld u zich iedere ochtend aan via e-healh?

- Ja
- Neen

8/ Hoe ervaart u de toegankelijkheid tot/ werking met e-health?

- Omslachtig
- Weinig toegankelijk
- Ik gebruik het (nog) niet

Opmerkingen/bemerkingen:

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten,

HAIO Lien Declerck

Bijlage 4: informed consent huisartsen

Informatie en toestemmingsformulier voor de huisartsen

TITEL ONDERZOEK: Kwaliteit verbeterend project "integreren van eenlijn.be in de huisartspraktijk -> effect op geëxporteerde sumehr en kwaliteit van het elektronisch medisch dossier (EMD)? Hoe denken huisartsen hierover?"

INFORMATIE VOOR DE HUISARTS

Geachte collega's,

ik ben Lien Declerck, eerste jaar HAIO in de praktijk van Dr. Paulissen en Dr. Van Acker.

In kader van mijn opleiding tot huisarts doe ik onderzoek naar hoe wij binnen de praktijk het gebruik van het elektronisch medisch dossier kunnen optimaliseren. Wij zullen dit doen aan de hand van bijscholingen met als doel de kwaliteit van ons EMD te verbeteren en actuele sumehrs te kunnen afleveren. Hopelijk draagt dit bij tot een betere zorgverlening.

Het onderzoek zal lopen van 2015-2016 en staat onder toezicht van de Universiteit Gent.

Langs deze weg wil ik ook jullie hulp inroepen, aangezien een onderdeel van deze studie bestaat uit het peilen naar de mening van andere huisartsen betreffende correct gebruik van het EMD in de praktijk (gecodeerd ingeven, differentiatie actief-passief, …), het gebruik van /de toegankelijkheid tot sumehr, e-health, …
Dit zal gebeuren aan de hand van een korte vragenlijst. De resultaten van deze vragenlijst zullen uiteraard anoniem verwerkt worden.

Wij stellen uw medewerking ten zeerste op prijs en alvast bedankt!

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen Universiteit Gent , en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze studie wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. D.Avonts.

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag.
Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Met vriendelijke groeten,

HAIO Lien Declerck

Toestemmingsformulier na voorlichting

De onderzoeker:

Ik heb de deelnemer geïnformeerd en op zijn/haar vragen antwoord gegeven. Ik verklaar dat de verzamelde gegevens enkel zullen worden gebruikt voor het hierboven genoemd wetenschappelijk onderzoek. Ik verklaar dat zijn/haar anonimiteit te allen tijde gerespecteerd zal worden. De gegevens zullen verzameld worden en verwerkt worden volgens de Belgische wetgeving en de voorschriften ter bescherming van de privacy. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP en volgens de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies.

De deelnemer aan het onderzoek:

Ik ben duidelijk geïnformeerd en heb het informatieformulier doorgenomen. Ik heb de kans gehad vragen te stellen en op mijn vragen heb ik steeds een bevredigend antwoord gekregen.

Ik stem vrijwillig toe dat de verzamelde gegevens voor dit onderzoek zullen gebruikt worden.

Ik kan mij te allen tijde uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing te geven.

Ik begrijp dat de gegevens strikt vertrouwelijk zullen behandeld worden.

Ik weet dat de resultaten anoniem zullen verwerkt worden en dat ik niet zal geïdentificeerd worden in het onderzoeksrapport.

14/04/2015

Handtekening deelnemer	Handtekening onderzoeker

Bijlage 5: sumehr van een patiënt in de niet-interventiegroep, vóór en na de interventie



Sumehr

Aanmaakdatum: 2015-07-03 15:52:36

[+] **Auteur**

Lien Declerck

[+] **Patiënt**

Geslacht	female
Geboortedatum	1929-11-20
Moedertaal	nl
"home" Adres	Bevrijdingslaan 88 ; 9200 Dendermonde /

Risico's

Allergieën:

Neveneffecten:

Sociale risico's:

Andere risico's:

[+] **Huidige problemen**

arthritis (linker pols)

Relevante passieve zorgelementen

[+] **Actieve medicatie**

	FRAXIPARINE
Naam	FRAXIPARINE
Periode	**begin:** 2011-03-26 **einde:**
	PANTOMED
Naam	PANTOMED
Periode	**begin:** 2011-03-26 **einde:**
	MATRIFEN
Naam	MATRIFEN
Periode	**begin:** 2011-08-26 **einde:**
	ARCOXIA
Naam	ARCOXIA
Periode	**begin:** 2012-12-19 **einde:**
	BISOLVON
Naam	BISOLVON
Periode	**begin:** 2013-01-02 **einde:**
	AMOXICLAV SANDOZ 875
Naam	AMOXICLAV SANDOZ 875
Periode	**begin:** 2013-01-02 **einde:**
	AMLOR 10
Naam	AMLOR 10
Periode	**begin:** 2013-10-14 **einde:**
	INFLUVAC S
Naam	INFLUVAC S
Periode	**begin:** 2014-10-03 **einde:**

MAREVAN

Naam MAREVAN
Periode **begin:** 2011-03-26 **einde:**

Zinnat 500

Naam
Periode **begin:** 2005-01-10 **einde:**

Bisolvon

Naam
Periode **begin:** 2005-01-10 **einde:**

Influvac S

Naam
Periode **begin:** 2006-09-25 **einde:**

Vibratab

Naam
Periode **begin:** 2007-03-09 **einde:**

Amlor 5

Naam
Periode **begin:** 2008-01-18 **einde:**

Zurcale

Naam
Periode **begin:** 2008-01-18 **einde:**

Colludol

Naam
Periode **begin:** 2008-01-21 **einde:**

Panotile

Naam
Periode **begin:** 2008-01-21 **einde:**

Vibratab

Naam
Periode **begin:** 2008-01-26 **einde:**

Lysox 400

Naam
Periode **begin:** 2008-01-26 **einde:**

Soframycine

Naam
Periode **begin:** 2008-01-26 **einde:**

Aerius

Naam
Periode **begin:** 2009-06-15 **einde:**

Brufen Forte 600

Naam
Periode **begin:** 2009-10-24 **einde:**

Revitalose C 1000

Naam
Periode **begin:** 2010-06-10 **einde:**

Pantomed

Naam
Periode **begin:** 2010-06-10 **einde:**

[+] Toegediende vaccins

seasonalinfluenza

Naam
Datum van toediening 2011-11-02

Contactpersonen

Wil van de patiënt

[+] Houder van het GMD

Saskia Paulissen

Contact - Zorgverleners

Einde van de Sumehr

Uitgebreide weergave
Korte weergave
Engels Nederlands Frans Duits De waarschuwingen tonen
☐

Sumehr

Aanmaakdatum : 2016-04-25 09:16:32

[+] **Auteur**

Lien Declerck

[+] **Patiënt**

Geslacht	female
Geboortedatum	1929-11-20
Moedertaal	nl
"home" Adres	Heidestraat (APP) 55 PB : A000 ; 9200 Dendermonde /

Risico's

Allergieën :
Neveneffecten :
Sociale risico's :
Andere risico's :

[+] **Huidige problemen**

arthritis (linker pols)

Relevante passieve zorgelementen

[+] **Actieve medicatie**

	FRAXIPARINE
Naam	FRAXIPARINE
Periode	**begin:** 2011-03-26 **einde:**
	PANTOMED
Naam	PANTOMED
Periode	**begin:** 2011-03-26 **einde:**
	MATRIFEN
Naam	MATRIFEN
Periode	**begin:** 2011-08-26 **einde:**
	ARCOXIA
Naam	ARCOXIA
Periode	**begin:** 2012-12-19 **einde:**
	BISOLVON
Naam	BISOLVON
Periode	**begin:** 2013-01-02 **einde:**
	AMOXICLAV SANDOZ 875
Naam	AMOXICLAV SANDOZ 875
Periode	**begin:** 2013-01-02 **einde:**
	AMLOR 10
Naam	AMLOR 10
Periode	**begin:** 2013-10-14 **einde:**
	INFLUVAC S

Naam INFLUVAC S
Periode **begin:** 2014-10-03 **einde:**

MAREVAN

Naam MAREVAN
Periode **begin:** 2011-03-26 **einde:**

RUPATALL

Naam RUPATALL
Periode **begin:** 2015-11-04 **einde:**

TAMBOCOR

Naam TAMBOCOR
Periode **begin:** 2016-01-29 **einde:**

PRAREDUCT 20

Naam PRAREDUCT 20
Periode **begin:** 2016-01-29 **einde:**

COLCHICINE OPOCALCIUM

Naam COLCHICINE OPOCALCIUM
Periode **begin:** 2016-01-29 **einde:**

VASEXTEN

Naam VASEXTEN
Periode **begin:** 2016-01-29 **einde:**

COVERAM

Naam COVERAM
Periode **begin:** 2016-04-22 **einde:**

Zinnat 500

Naam
Periode **begin:** 2005-01-10 **einde:**

Bisolvon

Naam
Periode **begin:** 2005-01-10 **einde:**

Influvac S

Naam
Periode **begin:** 2006-09-25 **einde:**

Vibratab

Naam
Periode **begin:** 2007-03-09 **einde:**

Amlor 5

Naam
Periode **begin:** 2008-01-18 **einde:**

Zurcale

Naam
Periode **begin:** 2008-01-18 **einde:**

Colludol

Naam
Periode **begin:** 2008-01-21 **einde:**

Panotile

Naam
Periode **begin:** 2008-01-21 **einde:**

Vibratab

Naam
Periode **begin:** 2008-01-26 **einde:**

Lysox 400

Naam
Periode **begin:** 2008-01-26 **einde:**

Soframycine

Naam
Periode **begin:** 2008-01-26 **einde:**

Aerius

Naam
Periode **begin:** 2009-06-15 **einde:**

Brufen Forte 600
Naam
Periode **begin:** 2009-10-24 **einde:**

Revitalose C 1000
Naam
Periode **begin:** 2010-06-10 **einde:**

Pantomed
Naam
Periode **begin:** 2010-06-10 **einde:**

[+] **Toegediende vaccins**

seasonalinfluenza
Naam
Datum van toediening 2011-11-02

Contactpersonen

Wil van de patiënt

[+] **Houder van het GMD**

Saskia Paulissen

Contact - Zorgverleners

Einde van de Sumehr

Bijlage 6: sumehr van patiënt in interventiegroep, vóór en na de interventie



Uitgebreide weergave
Korte weergave
Engels Nederlands Frans
Duits De
waarschuwingen tonen ☐

e Health

Sumehr

Aanmaakdatum: 2015-07-02 17:30:52

[+] **Auteur**

Lien Declerck

[+] **Patiënt**

Geslacht	unknown
Geboortedatum	1929-02-07
Moedertaal	nl
"home" Adres	Heidepark 67 ; /

Risico's

Allergieën:

Neveneffecten:

Sociale risico's:

Andere risico's:

Huidige problemen

Relevante passieve zorgelementen

[+] **Actieve medicatie**

OMEPRAZOLE EG
Naam OMEPRAZOLE EG
Periode **begin:** 2014-06-05 **einde:**
LANOXIN 125
Naam LANOXIN 125
Periode **begin:** 2014-06-19 **einde:**
BURINEX
Naam BURINEX
Periode **begin:** 2014-06-19 **einde:**
EMCONCOR
Naam EMCONCOR
Periode **begin:** 2014-06-19 **einde:**
PRADAXA
Naam PRADAXA
Periode **begin:** 2014-06-19 **einde:**
INFLUVAC S
Naam INFLUVAC S
Periode **begin:** 2014-10-03 **einde:**
TOULARYNX BROMHEXINE
Naam TOULARYNX BROMHEXINE
Periode **begin:** 2015-02-19 **einde:**
BURINEX
Naam BURINEX
Periode **begin:** 2015-02-19 **einde:**
PERINDOPRIL SANDOZ

Naam PERINDOPRIL SANDOZ
Periode **begin:** 2015-02-19 **einde:**

Toegediende vaccins

Contactpersonen

Wil van de patiënt

[+] Houder van het GMD

Saskia Paulissen

Contact - Zorgverleners

Einde van de Sumehr

Uitgebreide weergave
Korte weergave
Engels Nederlands Frans Duits De waarschuwingen tonen
☐

Sumehr

Aanmaakdatum : 2016-04-25 09:18:25

[+] **Auteur**

Lien Declerck

[+] **Patiënt**

Geslacht	male
Geboortedatum	1929-02-07
Moedertaal	nl
"home" Adres	Heidepark (APP) 67 ; 9200 Dendermonde /

[+] **Risico's**

Allergieën :

Neveneffecten :

NSAID
ACE INHIBITOREN OVERZICHT

Sociale risico's :

Andere risico's :

[+] **Huidige problemen**

chronische voorkamerfibrillatie
chronische linker hartdecompensatie (NYHA klasse 3)

[+] **Relevante passieve zorgelementen**

bacteriële pneumonie (bibasaal) (+begeleidende ziekte (sec hartfalen + VKF))
sinusbradycardie (tgv cordarone/B-blokker)
implantatie pacemaker

[+] **Actieve medicatie**

LANOXIN 125

Naam	LANOXIN 125
Periode	**begin:** 2014-06-19 **einde:**

EMCONCOR

Naam	EMCONCOR
Periode	**begin:** 2014-06-19 **einde:**

PRADAXA

Naam	PRADAXA
Periode	**begin:** 2016-04-13 **einde:**

BURINEX

Naam	BURINEX
Periode	**begin:** 2015-02-19 **einde:**

Toegediende vaccins

[+] **Contactpersonen**

amandine de smedt
Gezinsrelatie spouse

Wil van de patiënt

[+] **Houder van het GMD**
Saskia Paulissen

Contact - Zorgverleners

Einde van de Sumehr