Het implementeren van vroegtijdige zorgplanning; code tot beperking therapie en DNR codes in het elektronisch medisch dossier

Simon Leclercq, KU Leuven

Promotor: Bert Aertgeerts, KU Leuven

Co-promotoren: Maartje Wils, KU Leuven, Sven Aertgeerts, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Bijzondere dank gaat uit naar mijn promotor, Prof. Dr. Bert Aertgeerts en Co-promoter Maartje Wils voor het verstrekken van onontbeerlijke informatie en het kritisch evalueren van de tekst den ik schreef. Speciale dank gaat uit naar Filip Van Craen & Griet De Potter voor het nalezen van de thesis en Ling Chow, Evert Van Deun en Lander Tubbackx voor de fijne samenwerking tijdens de focusgroep. Speciale dank gaat ook uit naar mijn praktijk opleider Sven Aertgeerts voor de ondersteuning. Hartelijk dank aan mijn collega's Griet De Cock, Karolien De Ceulaar, Johan Vliers en Pieterjan Deraeve voor hun kritische bijdragen aan deze thesis. Verder ook speciale dank aan alle huisartsen die meewerkten aan de interviews. Zonder hun medewerking en kritische opmerking had ik dit resultaat niet kunnen afleveren.

Inhoud

INHOUD 3

ABSTRACT 4

INDLEIDING: 4
METHODE: 4
RESULTATEN: 4
BESLUIT 4

INLEIDING 5

PROJECT LIAISONFICHE 6

INLEIDING 6
ONTWIKKELING VAN DE LIAISONFICHE 6
DIGITALISATIE VAN DE LIAISONFICHE 6
EVALUATIE VAN DE LIAISONFICHE 7
DATA VERZAMELING 7

SEMIGESTRUCTUREERDE INTERVIEWS: RESULTATEN 9

HOE VERLOOPT HET PROCES VAN VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING? BIJ WIE, WANNEER EN HOE WORDEN DE RESULTATEN HIERVAN BEWAARD? 10
WAT VINDT MEN VAN DE STRUCTUUR EN INHOUD VAN HET MEDISCH LUIK VAN DE LIAISONFICHE? 10
WAT VINDT MEN VAN DE STRUCTUUR EN INHOUD VAN HET LUIK 'ZORGAFSPRAKEN' VAN DE LIAISONFICHE? 11
IS HET AANMAKEN VAN DE FICHE HAALBAAR EN IS DEZE FICHE BRUIKBAAR IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK? 12
HAALBAARHEID 12
BRUIKBAARHEID 13

DISCUSSIE 15

BESLUIT 17

BIJLAGEN 18

BIJLAGE 1: TRANSFERFICHE: PAPIEREN VERSIE 18
BIJLAGE 2: *COREQ*: CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH 22
BIJLAGE 3A: *PLUGIN* – MEDISCH ONDERDEEL 24
BIJLAGE 3B: *PLUGIN* – ONDERDEEL ZORGAFSPRAKEN 25
BIJLAGE 4: EVALUATIE LIAISONFICHE, SEMIGESTRUCTUREERD INTERVIEW 26
BIJLAGE 5: ECTS BRIEF HUISARTSEN 27
BIJLAGE 6: GOEDKEURING ETHISCHE COMMISSIE 28
BIJLAGE 7: GOEDKEURING PROTOCOL 29

REFERENTIES 32

Abstract

Indleiding:

In de huidige geneeskunde is er nood aan een bredere en betere communicatie wat de vroegtijdige zorgplanning betreft. Er is geen mogelijkheid om dit te integreren in het elektronisch medisch dossier (EMD). De ontwikkeling van de liaisonfiche wil hier op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier verandering in brengen. De fiche is aan te maken in het elektronisch medisch dossier en bevat zowel de nodige medische informatie over een patiënt als de belangrijke zorgafspraken die het resultaat zijn van een vroegtijdige zorgplanning. In de liaisonfiche zitten de nieuwe ABC-codes en de gekende DNR-codes om de zorgafspraken en wensen van de patiënt weer te geven.

Methode:

De evaluatie van de liaisonfiche vond plaats in twee woon- en zorgcentra in regio Leuven. Alle huisartsen met patiënten in deze woon- en zorgcentra werden gecontacteerd en gevraagd de fiches voor hun patiënten in te vullen. De fiche werd nadien geëvalueerd op een kwalitatieve wijze, aan de hand van een semigestructureerd interview. De *COREQ 32* werd gebruikt als leidraad voor de semigestructureerde interviews. De interviews gebeurden onder twee vormen: als focusgroep enerzijds, en als individueel interview anderzijds. De analyse van het kwalitatief onderzoek gebeurde volgens de *Grounded Theory Method*.

Resultaten:

Zestien artsen werden ondervraagd en er werd data saturatie bereikt na zestien semigestructureerde interviews. Hoewel alle artsen vertrouwd zijn met het concept van vroegtijdige zorgplanning (VZP), codeert niemand het resultaat van de VZP dit nog niet kan in de EMDs. Er is een consensus dat het medische luik van de liaisonfiche structureel en inhoudelijk volledig is, mits wat verfijning en kleine toevoegingen. De structuur en inhoud van het luik 'zorgafspraken' vinden artsen goed, maar er worden enkele suggesties voor aanpassingen gedaan. Volgens bijna iedereen is het bestaan van ABC- en DNR-codes naast elkaar goed. De voorkeur van de huisartsen gaat uit naar de ABC-codes, hoewel de DNR-codes voor een acute setting nog een belangrijke rol kunnen spelen. Het aanmaken van de fiches is haalbaar, doch de bruikbaarheid kent nog een aantal struikelblokken. Om dit te bevorderen werd voorgesteld de fiche volledig te integreren in het EMD, bij voorkeur met automatische herinneringen. De fiche zou automatisch moeten synchroniseren tussen de EMDs van de verschillende betrokken hulpverleners. Idealiter zijn de medische dossiers van de arts en van de verpleging geïntegreerd om de mogelijkheid de fiche ter plaatse in te vullen zal het aanmaken en *up-to-date* houden van de fiche bevorderen. Uitbreiding naar chronisch zieken en zorgbehoevende patiënten in de thuissituatie wordt als wenslijk beschreven mits men de struikbelblokken in de haalbaarheid en bruikbaarheid aangekaart worden.

Besluit

Structureel en inhoudelijk wordt de liaisonfiche, maar er zijn nog verschillende technische elementen die optimale bruikbaarheid in de weg staan. Ondanks de hindernissen rond het gebruiksgemak zijn de ondervraagde artsen enthousiast over de liaisonfiche. Het zou potentieel ook een goed instrument kunnen vormen om continuïteit van zorg in de eerste lijn te verzekeren.

Inleiding

Communicatie is een essentiële pijler in de geneeskunde. Een goede communicatie zorgt voor een afname van morbiditeit en mortaliteit [(1)]. Een gebrek aan goede communicatie verhindert continuïteit van zorg en vertaalt zich wederom in een toename in mortaliteit en morbiditeit en als gevolg het oplopen van de kosten voor de gezondheidszorg [(2)]. Het elektronisch medisch dossier speelt in deze communicatie een essentiële rol omdat het in principe alle medische informatie over een patiënt bevat. Maar een patiënt is heden ten dagen niet meer te samen te vatten in een medicatielijst en een medische voorgeschiedenis. De vergrijzing van de bevolking kent een toename van chronisch zieke en/of zorgbehoevende patiënten, waardoor de zorgwensen en behandeldoelen van de patiënt belangrijker worden. Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is een overkoepelende term die het proces, waarbij in samenspraak met de patiënt, vroegtijdig een concreet en duidelijk overzicht wordt opgesteld over zijn/haar zorgwensen en behandeldoelen.

Het resultaat van de vroegtijdige zorgplanning moet gestandaardiseerd en bij voorkeur gecodeerd ter beschikking zijn voor alle betrokken hulpverleners die instaan voor de zorgcontinuïteit van die patiënt.
Om het resultaat van de VZP gestandaardiseerd weer te geven heeft men een andere codering nodig dan DNR omdat deze tekortschiet in het vertegenwoordigen van alle zorgwensen van de patiënt. De ABC-codering is een nieuw ontwikkelde standaard die de zorgwensen van de patiënt gestandaardiseerd weergeeft. A staat voor alles doen, B voor behoud van functie en C voor comfort zorg. Datgene wat men onder de verschillende codes bedoelt wordt in punt vier van bijlage 1 uitgelegd.

De zorgwensen zijn nuttig indien men deze efficiënt en eenduidig kan communiceren naar alle mogelijke betrokken partijen. Het elektronisch medisch dossier met *eHealth* connectie (een *cloud-based* online platform dat onderlinge elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling bevordert tussen alle actoren in de gezondheidszorg) is een ideale tool om dit te verwezenlijken. Momenteel kan men, indien de huisarts het aangemaakt heeft over een patiënt, een *Sumehr* (*summarised electronic health record*) raadplegen, waarin de relevante medische informatie vervat zit in een online raad te plegen document om continuïteit van zorg te verlenen. De *Sumehr* bevat geen bijkomstige informatie over de zorgen en zorgafspraken die een patiënt nodig heeft. De Liaisonfiche kan hier een antwoord op bieden.

Project Liaisonfiche

Inleiding

De focus van deze thesis is de evaluatie bij huisartsen van de digitale implementering van de resultaten van VZP, namelijk de liaisonfiche. De initiële ontwikkeling en totstandkoming hiervan wordt verder toegelicht als achtergrondinformatie.

Ontwikkeling van de liaisonfiche

De liaisonfiche werd ontwikkeld vanuit een samenwerking tussen verschillende diensten van het UZ Leuven en de KU Leuven. In 2013 ontwikkelde Wils e.a[(3)] een gestandaardiseerde transferfiche aan (zie bijlage 1). Het doel was om een gestandaardiseerde transferfiche te ontwikkelen voor ouderen die in een rust- en verzorgingstehuis (RVT) verblijven, zodat al de relevante informatie over een patiënt mee overgedragen wordt, indien een opname in een acute zorgsetting vereist is. In de regio Leuven werken verschillende rust- en verzorgingstehuizen met transferdocumenten, maar geen van deze is gestandaardiseerd.

De ontwikkeling van dit document gebeurde in vier fasen [(3)].
De eerste fase was een eerste *Delphi* ronde om de inhoud van het document te bepalen. Verschillende disciplines werden hierbij betrokken - van sociaalassistenten, rusthuisdirecteurs tot geriaters, huisartsen en spoedartsen - om een initiële consensus te vormen over de te includeren topica van het document.
In een tweede fase werd het document getest op inhoudsvaliditeit. Deze validiteit werd beoordeeld door experten.
De derde fase was een tweede *Delphi* ronde waar de uitkomsten van de inhoudsvalidering gebruikt werden om een nieuwe versie van het transferdocument te maken en te re-evalueren. De laatste fase omvatte het meten van indrukvaliditeit. Er werd ondervraagd naar de bruikbaarheid, leesbaarheid en duidelijkheid van het document.

Digitalisatie van de liaisonfiche

In het najaar van 2015 werd de transferfiche gedigitaliseerd en in het voorjaar van 2016 werd ze beschikbaar gemaakt als *plugin*(zie bijlage 3). De *plugin* werd opgenomen in de voornaamste elektronische medische dossiers voor huisartsen (*Careconnect*, *HealthOne*, *Medidoc* en *Windoc*).

De elektronische versie van de liaisonfiche bestaat uit twee delen: een verpleegkundig deel en een medisch deel.
Het medisch deel werd nogmaals in twee luiken opgesplitst: een medisch luik en een luik zorgafspraken (zie bijlage 3a en 3b).

Het tabblad medisch (bijlage 3a) komt sterk overeen met een *Sumehr* ('Summarized Electronic Health Record'). Een *Sumehr* is een elektronisch document dat aangemaakt wordt in het elektronisch medisch dossier door de huisarts van een patiënt en bevat de medische informatie die relevant is om continuïteit van zorg te kunnen verlenen. Als arts kan men een

Sumehr elektronisch raadplegen via *Vitalink*. *Vitalink* is een cloud-based systeem waarop artsen *Sumehrs* kunnen opladen en raadplegen.

In het tabblad zorgafspraken (bijlage 3b) staan de contactgegevens van de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt, en kan men aangeven of er een wilsbeschikking bestaat. Zowel de *DNR* ('do not resucitate') codes als de nieuwe A, B, C-codes zijn aanwezig.

De fiche is volledig digitaal in te vullen en op te laden vanuit het elektronisch medisch dossier. Het verpleegkundig deel wordt ingevuld vanuit *Care Solutions* (het verpleegkundig elektronisch medisch dossier). De twee delen vormen een geheel op het *eHealth* platform (*Vitalink*). In de rust- en verzorgingstehuizen wordt het transferdocument afgedrukt en meegegeven indien er een overdracht moet gebeuren naar een acute zorginstelling.
In het najaar van 2015 werden opleidingen gegeven aan de verpleegkundigen en CRA's (Coördinerend en Raadgevend Arts) van deze zorginstellingen, om hen vertrouwd te maken met de fiche.

Evaluatie van de liaisonfiche

Methode:

De evaluatie van de liaisonfiche gebeurde in samenwerking met twee rusthuizen in regio Leuven: woon- en zorgcentrum Edouard Rémy enerzijds en woon- en zorgcentrum Sint-Bernardus anderzijds. Een derde rusthuis kon niet meedoen omwille van problemen met de *eHealth* certificaten (de certificaten die nodig zijn om connectie te maken met de *eHealth* dienst op *Vitalink*).

Alle huisartsen met patiënten in deze woon- en zorgcentra (WZC) werden in een eerste fase per e-mail gecontacteerd (zie bijlage 5) en aangemoedigd om de fiches voor hun patiënten in te vullen.
In een tweede fase werd er telefonisch contact met huisartsen opgenomen. 92 huisartsen die verbonden zijn met WZC Remy en 43 huisartsen van WZC Sint-Bernardus werden in samenwerken met drie andere thesis studenten en de co-promotor gecontacteerd om het project mondeling toe te lichten en om antwoorden te geven op vragen die de huisartsen nog zouden hebben.
Bij een derde fase nam de autuer van deze thesis opnieuw telefonisch contact met een twintigtal artsen om - indien gewenst - het aanmaken van een fiche persoonlijk te gaan toelichten bij hen en te tonen hoe het werkt. Doorheen de verschillende fases konden de artsen ondersteuning krijgen van de Praktijk Coach. De Praktijk Coach is een helpdesk, zowel telefonisch als per e-mail bereikbaar, voor ondersteuning bij vragen over de elektronische medische dossiers inclusief de aanmaak van deze fiche.

Data verzameling

De evaluatie van de fiche gebeurde op een kwalitatieve wijze, aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst die vooraf was opgesteld (bijlage 4).

De onderzoeksvragen die men gebruikte voor de evaluatie zijn de volgende:

- 1. Hoe verloopt het proces van vroegtijdige zorgplanning, bij wie, wanneer en hoe wordt het bewaard?
- 2. Wat vindt men van de structuur en inhoud van het medisch luik van de liaisonfiche?
- 3. Wat vindt men van de structuur en inhoud van het luik zorgafspraken van de liaisonfiche?
- 4. Is het aanmaken van de fiche haalbaar en is deze fiche bruikbaar in de dagelijkse praktijk?

De interviews gebeurden onder twee vormen: als focusgroep enerzijds, en als individueel interview anderzijds.
De focusgroep had vijf deelnemers (n=5) en gebeurde *face-to-face*. Er werden zes individuele telefonische interviews (n=6) afgenomen, en vijf individuele interviews (n=5) *face-to-face*.
De focusgroep werd samengesteld uit kandidaten die reageerden op de e-mail of op de eerste telefonische contactronde. De liaisonfiche werd in het begin van de focusgroep toegelicht en was uitgeprint voor elke deelnemer.
De individuele telefonische en *face-to-face* interviews werden afgenomen met kandidaten die gecontacteerd waren in een tweede telefonisch contactronde. Men vroeg hen de fiche terug te bekijken en aan te maken. Nadien werd het semigestructureerd interview uitgevoerd.

De *COREQ 32* werd gebruikt als leidraad voor de kwalitatieve analyse [(4)]. Het is een *checklist* volgens dewelke de interviews en focusgroep uitgevoerd werden (zie bijlage 2).

De analyse van het kwalitatief onderzoek gebeurde volgens de *Grounded Theory Method (GTM)* [(5)]. De *GTM* verloopt in verschillende stappen: open codering - selectieve codering – finale concepten.
Elke interview werd opgenomen en nadien uitgetypt in Microsoft Word 2016. Elk letterlijk uitgetypt citaat werd gekopieerd in een vakje in Microsoft Excel 2016. De drie verschillende stappen van codering gebeurden in de aanpalende kolommen.
In een eerst stap werd er *open gecodeerd*. In de *open codering* definieerde men waarover de data gaat, wat men ziet en terugvindt in de data.
De tweede stap is een *selectieve codering* waar men de bevinding probeerde samen te vatten als een meer abstract concept, met andere woorden een meer overkoepelende beschrijving van wat de data zegt.
In een laatste stap conceptualiseerde men de data om een besluit te vormen van wat er gezegd werd onder de vorm van concepten. De concepten samen resulteren in een theorie over de kwaliteit van de onderzochte data.

Met een kwalitatief onderzoek streeft men naar datasaturatie. Dit is een punt dat bereikt wordt op het moment dat er geen nieuwe elementen komen uit extra interviews en reeds eerder beschreven concepten bevestigd worden[(5)].

Semigestructureerde interviews: resultaten

Zestien artsen werden ondervraagd, waarvan 56% van het mannelijk geslacht en 44% vrouwelijk. Het overgrote deel van de praktijken van deze artsen ligt in de regio Groot-Leuven (87,5%), 6,25% in Bertem en 6,25% in Rillaar. 62,5% van de geïnterviewde artsen heeft een bewoner in een betrokken RVT als patiënt, 18,75% heeft geen bewoner als patiënt, en 18,75% is een CRA van de betrokken RVTs.

De bevraagde artsen gebruiken verschillende EMD-platformen. 12,5% gebruikt HealthOne, 25% Windoc, en 25% maakt gebruik van Medidoc. Care Connect is in gebruik bij 31,25% van de ondervraagden, en 6,25% gebruikt Daktari.

31,25% van de geïnterviewden heeft een liaisonfiche aangemaakt, terwijl 43,75% dit geprobeerd heeft. 25% gaf feedback op basis van de uitgeprinte versie.

31,25% van de artsen nam deel aan de focusgroep. 37,5% werd individueel telefonisch bevraagd, terwijl 31,25% individueel *face-to-face* geïnterviewd werd. De focusgroep duurde 48 minuten. De telefonische interviews duurden gemiddeld 9,3 minuten (van minimaal 8,2 minuten tot maximaal 23 minuten). De *face-to-face* bevragingen duurden gemiddeld 13,46 minuten (met een minimum van 6,1 minuten en een maximum van 28 minuten).

Kenmerk	% (n)
Aantal ondervraagden	100% (16)
Geslacht	
Man	56% (9)
Vrouw	44% (7)
Geografische ligging van praktijk	
Groot-Leuven	87,5% (14)
Bertem	6,25% (1)
Rillaar	6,25% (1)
Functie in betrokken RVT	
CRA	18,75% (3)
Huisarts van bewoner van de RVT	62,5% (10)
Arts heeft geen bewoner in de betrokken RVT	18,75% (3)
Gebruikt EMD	
HealthOne	12,5% (2)
Windoc	25% (4)
Medidoc	25% (4)
Care Connect	31,25% (5)
Daktari	6,25% (1)
Aanmaak van de fiche	
Arts heeft een liaisonfiche aangemaakt	31,25% (5)
Arts heeft geprobeerd een fiche aan te maken	43,75% (7)
Arts gaf feedback op basis van uitgeprinte fiche	25% (4)

Methode van interview	
Aantal deelnemer van de focusgroep	31,25% (5)
Individueel telefonisch interview	37,5% (6)
Individueel interview *face-to-face*	31,25% (5)
Duur van het interview (minuten)	
Focusgroep	48 min
Telefonisch (gemiddeld; kortste interview - langste)	9,3 min ; 8,2 min - 23,0 min
Face-to-face (gemiddeld; kortste interview - langste)	13,46 min ; 6,1 min - 28,0 min

Saturatie werd bereikt na 16 interviews. Er kwamen geen nieuwe elementen meer voor in de semigestructureerde interviews.

Hoe verloopt het proces van vroegtijdige zorgplanning? Bij wie, wanneer en hoe worden de resultaten hiervan bewaard?

Alle artsen zijn vertrouwd met het concept van vroegtijdige zorgplanning (VZP). Bij opname in een rust- en verzorgingshuis wordt vroegtijdige zorgplanning op een zorgoverleg besproken binnen de twee maanden na opname. De resultaten worden genoteerd in het dossier van de betrokken patiënt en ook bewaard op papier. Geen van de artsen coderen het resultaat van de VZP omdat ze aangeven dat dit nog niet kan in de EMDs.

Er zijn wel verschillen tussen de artsen. Eén arts geeft de facto een code DNR1 aan alle opgenomen patiënten tot dit verder besproken wordt op het zorgoverleg:

> *"… ik geef bij elke nieuwe opname een code DNR1 aan de inwoner tot het zorgoverleg na 6 weken heeft plaatsgevonden; dit heeft te maken met mijn visie over inwoners van rusthuizen …" (deelnemer 11)*

Een andere arts vindt het soms nog moeilijk om de VZP ter sprake te brengen:

> *"… sommige mensen vind ik gewoon te goed om al meteen over vroegtijdige zorgplanning te beginnen, die zijn daar op dat moment gewoon nog niet klaar voor …" (deelnemer 2)*

Als conclusie kan men stellen dat de huisartsen vertrouwd zijn met de VZP, en maken hier nota van in het medisch dossier van hun patiënt, en ze weten dat het ook op papier bewaard wordt in het rusthuis.

Wat vindt men van de structuur en inhoud van het medisch luik van de liaisonfiche?

Er is over de verschillende interviews heen een consensus dat het structureel en inhoudelijk volledig is, mits wat verfijning en kleine toevoegingen:

> *"Ideaal!" (deelnemer 16)*

Voor twee huisartsen ontbrak een aparte heelkundige voorgeschiedenis. Zij waren beiden van mening dat dit een afzonderlijk onderdeel zou moeten vormen in het medisch luik. In een acute situatie moet volgens hen in een oogwenk alle heelkunde ingrepen overlopen kunnen worden. Een medische voorgeschiedenis met verschillende diagnoses zegt niet altijd voldoende over de ingestelde behandeling voor die bepaalde diagnose:

> *"… soms moet het gewoon snel gaan, als iemand een acute buik aan het doen is wil ik gewoon direct kunnen zien of de appendix er al uit is, of die ooit geopereerd is aan de darmen …" (deelnemer 5)*

> *"… soms staat er een diagnose in de voorgeschiedenis maar je weet daarom niet of de patiënt daar dan voor geopereerd is (...) zoals met een diverticulitis daar kan je van alles mee doen he …" (deelnemer 2)*

Het medisch luik vormt volgens de focusgroep een mini medisch dossier dat in een tweede fase voor een thuissituatie geïmplementeerd kan worden. De andere geïnterviewde artsen sluiten zich hierbij aan. De fiche vormt een goede samenvatting van het dossier van de patiënt:

> *"… eigenlijk is het medisch stuk gewoon een Sumehr ..." (deelnemer 14)*

Wat vindt men van de structuur en inhoud van het luik 'zorgafspraken' van de liaisonfiche?

De structuur en inhoud van het luik 'zorgafspraken' vinden alle artsen goed. Er worden wel een paar suggesties voor aanpassingen gedaan. Op één arts na is het bestaan van ABC en DNR naast elkaar goed.

Eén arts stelde de mogelijkheid voor meerdere contactpersonen te kunnen invullen.

> *"… in een acute situatie moet het soms snel gaan (…) en wil ik dan toch graag de familie verwittigen (...) de contactpersoon is niet altijd bereikbaar en dan is een tweede contactpersoon wel handig (…) in sommige families willen gewoon ook verschillende mensen graag op de hoogte gehouden worden …" (deelnemer 2)*

Op één arts na zijn de artsen lovend over de nieuwe ABC-codes. De DNR-codes worden omschreven als achterhaald, agressief en onvoldoende flexibel voor huisartsgeneeskunde. Men is het er unaniem over eens dat de DNR-codes wel op hun plaats staan op de fiche en vooral in een acute situatie erg van pas komen. De DNR-codes zijn in een acute situatie duidelijk en kunnen een doorslaggevende ondersteuning geven aan een arts die snel een beslissing moet nemen. De DNR-codes omvatten acties die men in een acute setting moet uitvoeren, de zorgafspraken van de ABC-codes volgen later, bij voorkeur in overleg met de patiënt of de wettelijke vertegenwoordiger.

> *"… in een acute situatie weet ik graag: moet ik reanimeren of niet? …" (deelnemer 8)*

"… DNR-codes moeten erop blijven staan (…) ik moet weten wat er moet gebeuren als het urgent is, al de rest kan volgen eens het lopend is in overleg ..." (deelnemer 3)

De ABC-codes zijn meer op maat van de huisartsgeneeskunde. Minder strikt afgebakend geven ze meer ruimte voor een op maat gemaakte invulling van zorgafspraken. Het is iets dat flexibel en dynamisch is en op elk moment opnieuw te evalueren is. Het wordt reeds gebruikt door alle geïnterviewde artsen, op drie na.
Eén van deze laatsten verkiest de DNR-codes boven de ABC-codes omdat hij/zij het aanziet als overlappend en als dubbel werk. Het rusthuis gebruikt enkel de DNR-codes.

"… Ik vind dat er veel overlap is, het is dubbel werk om allebei in te vullen …" (deelnemer 11)

Een andere arts die de codes nog niet gebruikt vindt de codes wel goed en zegt dat het een samenvatting is van hoe hij als huisarts werkt.

"… Eigenlijk zijn de ABC-codes een samenvatting voor hoe ik zorg verleen aan mijn patiënten. Ik voel het zo aan maar beschrijf het nog met die codes ..." (deelnemer 1)

De ABC-codes zijn meer op maat van de huisarts en de voorkeur van de huisartsen gaat hiernaar uit, hoewel de DNR-codes voor een acute setting nog belangrijk blijven.

Is het aanmaken van de fiche haalbaar en is deze fiche bruikbaar in de dagelijkse praktijk?

Haalbaarheid

Het aanmaken van de fiches is haalbaar voor de artsen. De artsen die geprobeerd hebben de fiche aan te maken, maar daar om technische redenen niet in slaagden, geven toch aan dat de aanmaak haalbaar moet (en zal) zijn in de nabije toekomst. Het feit dat hun dossier nog niet op punt staat blijkt de voornaamste hindernis om een fiche op te laden:

"… Onze dossiers staan nog niet op orde om Sumehrs en transferfiches op te laden (...) onze kennis van eHealth toepassingen en Vitalink is nog onvoldoende (...) volgend jaar zal dit wel in orde zijn voor ons ..." (deelnemer 4)

"… Het heeft geen zin lege Sumehrs op te laden, dat is belachelijk (...) de Sumehrs zijn een stimulans voor ons om de patiëntendossiers op orde te zetten en eens deftig op te laden. Daarom wacht ik tot als dit bij ons op orde is …" (deelnemer 5)

"… de configuratie van welke informatie waar komt in de Sumehr is iets waar wij de volgende weken mee bezig zullen zijn (...) het komt in orde …" (deelnemer 2)

Artsen bij wie het opladen van de fiche lukte, zeggen dat het heel eenvoudig is:

> *"… Het opladen van de fiche is even gemakkelijk als een Sumehr (...) veel is daar niet aan …" (deelnemer 11)*

In de fiche worden bepaalde medische onderdelen gedelegeerd naar de verpleging. Dit is positief volgens de artsen:

> *"… gelukkig dat de verpleging de medicatie invult, anders zag ik het niet zitten om de fiche in te vullen ..." (deelnemer 11)*

Bruikbaarheid

De bruikbaarheid van de fiche kent zeker nog een aantal struikelblokken. Om het gebruiksgemak te bevorderen zijn volgens de artsen verschillende aanpassingen nodig.

Momenteel wordt het feit dat de fiche enkel op afstand kan ingevuld worden als dubbel werk beschouwd en is dus tijdrovend. Desondanks geeft niemand van de ondervraagden aan dat dit hen zou beletten om te fiche in en aan te vullen:

> *"… we komen in het rusthuis, doen alles daar, schrijven het op en dan komen we thuis en moeten we het nog eens allemaal doen elektronisch ..." (deelnemer 15)*

> *"… er kruipt zeker wat tijd in, tijd die we niet aan iets anders kunnen besteden ..." (deelnemer 11)*

De fiche zou een geïntegreerd deel moeten worden van het elektronisch medisch dossier van de arts. Tevens zou de arts ook automatisch aangespoord moeten worden de fiche aan te passen na elk patiëntencontact. Het is momenteel voor de ondervraagden niet erg duidelijk waar de fiche naartoe gaat en terecht komt. De fiche is niet erg tastbaar omdat ze ergens online opgeslagen is of verscholen zit bij de verstuurde documenten:

> *"… als het geen deel uitmaakt en het documentje ergens online blijft gaat niemand het gebruiken ..." (deelnemer 6)*

> *"… ik zou graag een reminder krijgen omdat het anders nooit een routine zal worden in mijn consultvoering …" (deelnemer 13)*

Het kunnen invullen en aanpassen van de fiche in het rusthuis is erg wenselijk. Het integreren van een medisch luik voor de artsen in het elektronisch verpleegkundig dossier in het rusthuis geeft men aan als belangrijk voor de zorgcontinuïteit. Men gaat zelfs een stap verder en wenst een integratie van het verpleegkundig EMD die het artsen EMD.

> *"… indien iedereen zijn eigen dossier heeft dat mooi afgescheiden is van elkaar dan gaat er informatie verloren en dan gebeuren er fouten ..." (deelnemer 5)*

"… als men het in het rusthuis zou kunnen invullen zou dat veel makkelijker zijn, het grootste deel van de informatie ligt daar …" (deelnemer 15)

"… ik snap nog altijd niet waarom men nog altijd de dossiers gescheiden moet houden, dat is toch belachelijk ..." (deelnemer 6)

De fiche zou geïntegreerd moeten worden in het EMD van de arts, waarbij men tevens een herinnering krijgt om het *up-to-date* te houden na elk patiëntencontact. Eens men de fiche aangemaakt heeft moet deze gesynchroniseerd worden tussen de verschillende elektronische dossiers. De liaisonfiche moet beter zichtbaar zijn in het dossier. Bovendien vindt men dat er een medisch luik voor de arts in het verpleegkundig dossier moet zijn. Het gescheiden houden van de dossiers zorgt voor moeilijkere communicatie en leidt potentieel tot meer fouten.

Ondanks de hindernissen rond het gebruiksgemak zijn de ondervraagde artsen enthousiast over de verdere toepassingen van deze fiche. De meerderheid van de artsen zou dit document in de thuissituatie gebruiken, mits het technisch haalbaar en bruikbaar is, en dat vooral met het oog op chronisch zieken en zorgbehoevende patiënten. De liaisonfiche geeft een vollediger beeld over de patiënt, met aandacht voor zijn/haar zorgbehoeftes en zorgwensen. Indien de verschillende betrokken hulpverleners in de thuissituatie het deel van de fiche waarvoor zij bevoegd zijn kunnen aanvullen en de voor hen relevante informatie kunnen raadplegen, zou dit een belangrijke stap vooruit zijn in de zorgcontinuïteit:

"… dit zou eigenlijk moeten fusioneren met de Sumehr ..." (deelnemer 14)

"… als ik de fiche zou kunnen invullen en aanpassen op huisbezoek zou dit super zijn (…) dat de verpleging hun stuk aanvult en dat ik kan zien waar men mee bezig is (...) en de thuishulp ook wat informatie kan invullen, bij voorbeeld of de patiënt goed eet (...) dan weet men alles wat men moet weten over de patiënt …" (deelnemer 2)

Van het papier is men nog niet verlost. De artsen geven aan dat de fiche best nog steeds uitgeprint wordt en bewaard in het papieren dossier van de patiënt op de afdeling. In een acute situatie is het wenselijk dat men het snel kan terugvinden en niet vertraagd wordt door een login in een EMD of het downloaden van een fiche van het *eHealth* platform. Maar het is duidelijk dat het raadplegen van de fiche van een patiënt online vlot moet gaan, ook vanuit de tweede lijn omdat papieren transferdocumenten en verwijsbrieven snel verloren gaan in transfer of op spoeddienst of onderweg naar een opname afdeling.

Discussie

De ondervraagde artsen zijn allemaal vertrouwd met vroegtijdige zorgplanning.
Er werd niet expliciet gevraagd bij hoeveel van de RVT patiënten er een gedocumenteerde VZP is. Maar aangezien VZP deel uitmaakt van het zorgoverleg dat standaard plaats vindt bij opname in de RVTs van deze studie doet dit vermoeden dat het bij de meesten heeft plaatsgevonden en het genoteerd is in het dossier in het rusthuis.
Als men dit vergelijkt met een groot cross-sectioneel onderzoek van 2006 [(6)] waar de helft van de patiënten een VZP had dat voornamelijk enkel vanuit de arts kwam en niet overleg met de patiënt, kan men vermoeden dat er toch een toename is in vroegtijdige zorgplanning. Om dit te bevestigen of te weerleggen is een nieuwe cross-sectionele studie wenselijk om de huidige situatie in Vlaanderen te schetsen.

De artsen geven aan de het niet mogelijk is om de resultaten van de VZP gecodeerd te noteren in het elektronisch medisch dossier. Een kort literatuuronderzoek (Mesh zoektermen: Advanced Directives, Advance Care Planning, DNR, Registration) weerhield geen noemingswaardige resultaten in *Pubmed*, *Sumsearch2* en de *Cochrane Library* over de mogelijkheden van codering van VZP. Het is dus momenteel niet mogelijk. De validering van de nieuwe ABC-codes is op dit moment bezig en het is wenselijk dat deze codes deel zouden uitmaken van het EMD. De meeste ondervraagde huisartsen zijn hiermee vertrouwd en verkiezen het boven de DNR indien het gaat over het weergeven van zorgafspraken. Het is meer op maat van de huisartsgeneeskunde. In een acute situatie weet men wel graag of men al dan niet moet reanimeren. Het behoud van de DNR op de liaisonfiche is zeker wenselijk.

De inhoud van het medisch luik van de fiche werd goed onthaald. Het bevestigt dat de ontwikkeling van de fiche [(3)] gebeurde aan de hand van een representatieve vertegenwoordiging van huisartsen.
In de literatuur is er geen consensus over welke informatie er best uitgewisseld wordt bij transfer naar een acute zorginstelling[(7)].
Het gegeven dat de inhoud van deze gestandaardiseerde fiche goed onthaald werd is een weerspiegeling van het tegemoetkomen aan de communicatieve noden voor continuïteit van zorg tussen de eerstelijnshulpverleners. Of deze medische en zorgkundige elementen even goed onthaald worden door de tweede lijn zou verder onderzoek kunnen verduidelijken.

De aanmaak van de fiche wordt als haalbaar beschreven hoewel er nog wat belemmeringen zijn. De extra tijd dat het kost om ze nadien vanop afstand aan te maken of aan te vullen kan potentieel een struikelblok vormen. Dit is concordant met de literatuur waarin beschreven staat dat extra tijd investeren het voornaamste struikelblok is voor de aanvaarding van incorporatie van nieuwe technologiën bij artsen[(8)(9)]. Desalniettemin geven de ondervraagden aan dat dit geen struikelblok gevormd heeft of zou vormen in de toekomst, maar ze wijzen er wel op dat dit een struikelblok zou kunnen vormen voor andere artsen. Momenteel is er bij verschillende artsen nog onvoldoende kennis van de *eHealth* toepasingen waardoor de aanmaak de fiche niet gebeurde. Het onvoldoende kennis hebben van ICT toepassingen is één van de voornaamste hindernissen deze te gebruiken[(9)].

Voor het optimaliseren van de bruikbaarheid van de fiche zou er een duidelijke integratie van de fiche moeten zijn in het EMD, waarbij men automatisch aangespoord wordt deze fiche aan te passen. Gebruiksvriendelijkheid en herkenbaarheid zijn bevorderende factoren in het gebruik van nieuwe ICT (informatie en computer technologie) toepassingen[9].
Naast een duidelijke integratie in het EMD van de arts wenst men dat er een integratie zou zijn van het verpleegkundig en artsen dossier. Het Belgische wettelijk kader houdt dit namelijk tegen[10]. Dit zou bevordelijk zijn omdat men de fiche *up-to-date* zou kunnen houden vanuit het rusthuis waar uiteindelijk het gros van de medische informatie ligt. Het optimaliseert de continuïteit omdat men de fiche kan aanpassen. Als een hulpverlener niet aan de relevante informatie kan wegens scheiding van het dossier kunnen er verkeerde zorgen toegediend worden of zelfs medische fouten gemaakt worden.

De ICT mogelijkheden veranderen snel in de medische wereld. De beschikbaarheid en het gebruik van *eHealth* diensten nemen toe. De gebruiksvriendelijkheid van de programma's, zichtbaarheid en specifieke opleidingen spelen een belangrijke rol voor de ingebruikname van deze nieuwe toepassingen[9].
Momenteel zijn de lokale servers in de groepspraktijken een beperkende factor in het mobiel werken. Men kan deze fiche enkel op afstand maken omdat men geconnecteerd moet zijn met de dataserver. Een laptop met ingebouwde indentiteitskaart lezer en internetverbinding kunnen dit nog niet overbruggen. De komende jaren zal er een evolutie zijn naar meer *cloud based* servers en EMD. Door de uitrol van robuustere mobiele internetverbindingen zullen de *eHealth* toepassingen veel vlotter verlopen dan vandaag het geval is.

Besluit

De inhoud en structuur van het medische luik van de liaisonfiche wordt door de bevraagde huisartsen goed onthaald. Het is volledig en vormt een samenvatting van de medisch relevante aspecten van een patiënt.

Het luik zorgafspraken werd eveneens goed bevonden door de artsen. Als enige belangrijke toevoeging wenst men een mogelijkheid om apart aan te geven welk ziekenhuis de patiënt verkiest in geval van transfer naar een acute zorgsetting.
De ABC- en DNR-codes zijn beide belangrijk. De DNR-codering wordt als meer actiegericht gezien, die in een urgente situatie net iets meer duidelijkheid kan geven over wat er moet gebeuren met de patiënt. De ABC-codes vullen de DNR-codes goed aan en zijn beter toepasbaar op de huisartsgeneeskunde. De ABC-codes geven meer ruimte voor invulling op maat van de patiënt en geven veel beter weer wat een patiënt wenst. Als huisarts verkiest men de ABC-codes, zeker indien de patiëntsituatie niet (meer) urgent is.

De artsen die een fiche aanmaakten vinden dit aanmaken zeker haalbaar. De artsen die geen fiche aangemaakt hebben geven aan dat dit haalbaar zal zijn eens hun technische hindernissen geweken zijn. Hun medische dossiers en het gebruik van de *eHealth* toepassingen staan nog niet op punt, maar zullen volgend jaar wel op punt komen te staan.

Er zijn verschillende factoren die het gebruiksgemak van de liaisonfiche kunnen bevorderen. Er is nood aan een volledige integratie van de fiche in het EMD, bij voorkeur met automatische herinneringen die enerzijds aansporen om de fiche aan te vullen, en die anderzijds routine in het gebruik van de fiche in consultvoering zullen bevorderen. De fiche zou automatisch moeten synchroniseren tussen de EMD's van de verschillende betrokken hulpverleners. Idealiter zijn de medische dossiers van de arts en van de verpleging geïntegreerd. De mogelijkheid de fiche ter plaatse in te vullen zal het aanmaken en *up-to-date* houden van de fiche bevorderen. Momenteel kan het enkel op afstand, en dit wordt gezien als dubbel werk en als tijdrovend. De zorgcontinuïteit zal hierdoor bevorderd worden en de kans op medische fouten zal ook afnemen.

Men weerhoudt dat er ook grote interesse is voor een gestandaardiseerd document voor de chronisch zieke en hulpbehoevende patiënten in een thuissituatie. Men geeft aan dat de fiche een heel welkom instrument kan vormen voor zorgcontinuïteit tussen alle betrokken hulpverleners in de thuiszorg, mits de struikelblokken voor de bruikbaarheid aangepakt worden.

Bijlagen

Bijlage 1: Transferfiche: papieren versie

UZ LEUVEN

Dijle hof

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

A Patiëntgegevens	
Naam	
Geboortedatum	
	Contactpersoon
Naam	
Telefoonnummer	
Relatie tot patiënt	
	Aangeduide vertegenwoordiger
Naam	
Telefoonnummer	
Taal	
Burgerlijke stand	gehuwd ◯ partner ◯ alleenstaand ◯ weduwe/naar ◯
B Zorginformatie (betreffende de premorbide toestand)	
1. Psychisch functioneren	
Diagnose dementie gesteld	ja ◯ nee ◯
MMSE	☐/30 datum afname:
oriëntatie in tijd	volledig georiënteerd ◯ af en toe gedesoriënteerd ◯ volledig gedesoriënteerd ◯
oriëntatie in ruimte	volledig georiënteerd ◯ af en toe gedesoriënteerd ◯ volledig gedesoriënteerd ◯
Moeilijk hanteerbaar gedrag	licht storend ◯ verbale agressie ◯ fysieke agressie ◯ wegloopgedrag ◯
	fixatie ◯ reden: fixatiemateriaal: andere: omgangsadvies:
Stemming	normaal ◯ triest ◯ depressief ◯ eufoor ◯

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

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

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

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

Bijlage 2: *COREQ*: consolidated criteria for reporting qualitative research

De *COREQ* is een lijst van 32 items die als checklist gebruikt kan worden bij interviews en focusgroepen. Het biedt een robuste en *evidence based* basis die de kwaliteit van kwalitatief onderzoek bevordert. Andere lijsten zoals *CONSORT* en *QUORUM* bieden een gelijkaardige checklist.

Domain 1:
Personal Characteristics:

1. Interviewer/facilitator
2. Credentials
3. Occupation
4. Gender
5. Experience and training

Relationship with participants:

6. Relationship established
7. Participant knowledge of the interviewer
8. Interviewer characteristics

Domain 2:
Theoretical framework:

9. Methodological oriëntation and Theory:
    a. What metholodological orientation was stated to underpin the study?

Paticipant selection:

10. Sampling: How were participant selected?
11. Method of approach
12. Sample size:
13. Non-participation
    a. Reasons

Setting:

14. Setting of data collection
15. Presence of non-participants
16. Description of sample

Data collection:

17. Interview guide: questions, prompts, guides provided by the authors?
18. Repeat interviews:
    a. Repeat interviews carried out?
19. Audio/visual recording
20. Field notes
21. Duration
22. Data saturation
23. Transcripts returened

Domain 3: analysis and findings:

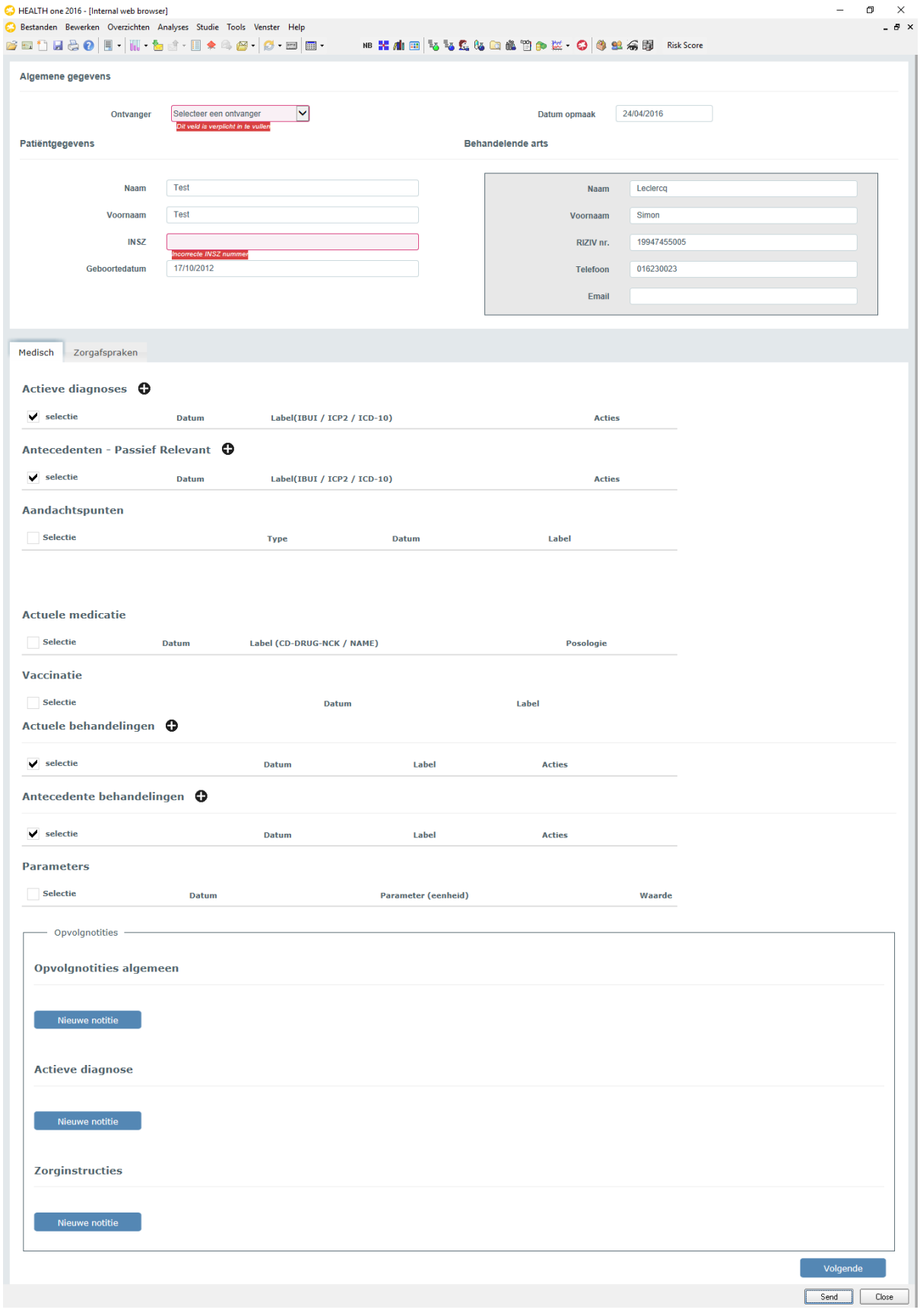
24. Number of data coders
25. Description of the coding tree
    a. Did authors provide a description of the coding tree?
26. Derivation of themes
    a. Were themes identified in advance or derived from the data?

27. Software
    a. What software if applicable was used to manage data
28. Participant checking
    a. Did participant provid feedback on findings?

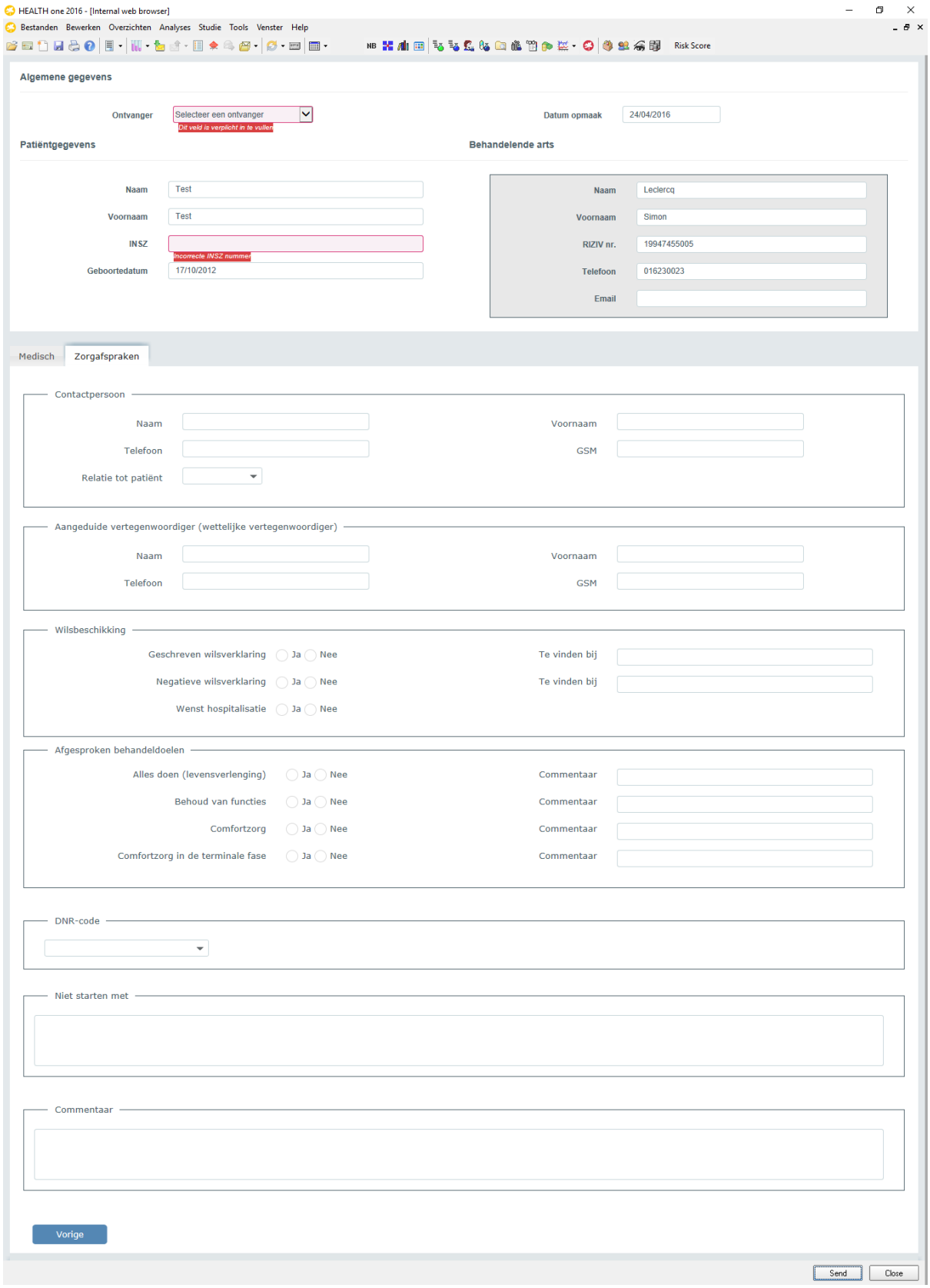
Reporting

29. Quotations presented
30. Data and findings consistent
    a. Was there consistency between the data presented and the findings?
31. Clarity of major themes:
    a. Were major themes clearly presented in the finding?
32. Clarity of minor themes
    a. Is there a description of diverse cades or discussion of minor themes?

Bijlage 3a: *Plugin* – medisch onderdeel



Bijlage 3b: *Plugin* – onderdeel zorgafspraken



Bijlage 4: Evaluatie Liaisonfiche, semigestructureerd interview

Naam:……..

EMD:……..

Deel 1: Huidige situatie

Hoe worden de resultaten van vroegtijdige zorgplanning (VPZ) momenteel genoteerd en bewaard?

- *Bij welke type patiënten wordt dit besproken?*
- *Wanneer? Wat wordt er genoteerd?*

Deel 2: structuur & inhoud

-Wat vindt u van de structuur en inhoud van het medisch luik van de Liaison Fiche?

- *Volstaat dit? Indien niet wat zou u willen veranderen?*

- Wat vindt u van de structuur en inhoud het zorgafspraken luik van de Liaison Fiche?

- *Volstaat dit luik? Indien niet wat zou u willen toevoegen?*
- *Werkt u reeds met de ABC codes, wat zijn de ervaringen hiermee?*

Deel 3: Het aanmaken van de fiche

- Is het aanmaken van de liaisonfiches haalbaar en bruikbaar in de dag dagelijkse praktijk?
    - Waarom/ Waarom niet?

Bijlage 5: Ects Brief Huisartsen

Beste Huisarts

Zoals aangekondigd in november 2015 door Woornzorgnet Dijleland, WZC Sint-Bernardus, WZC Edouard Remy en UZLeuven wordt een nieuwe oplossing gelanceerd om de communicatie en samenwerking omtrent uw patiënt te verbeteren.

Om de zorgcontinuïteit voor de bewoners in een Woonzorgcentrum te verzekeren omvat deze oplossing eveneens een "**liaisonfiche**", zoals wettelijk vastgelegd voor de huisarts door het "*KB2014 RVT normen – Zorgdossier en liaisonfiche*". De liaison fiche is een belangrijk onderdeel om een gestructureerde transfercommunicatie op te stellen wanneer uw patiënt dient opgenomen te worden in UZ Leuven. Daarnaast is deze fiche essentieel wanneer een huisarts van wacht wordt opgeroepen of om zorginstructies over te maken aan de verpleegkundigen van het Woonzorgcentrum

Zoals gemeld door uw software leverancier is deze liaisonfiche nu beschikbaar voor u in uw software (HealthOne versie 8.2, Windoc versie v9.11.0, Medidoc versie 8.2, CareConnect versie 2.4).

Graag vragen we u om een liaisonfiche aan te maken voor elk van uw patiënten in Woonzorgnet Dijleland, WZC Sint-Bernardus en WZC Edouard Remy.
Opmerking: Voorlopig is het eHealth certificaat van Woonzorgnet Dijleland nog niet in orde waardoor de liaisonfiches nog niet kunnen verstuurd worden naar de eHealthBox van Woonzorgnet Dijleland. Wij hopen dit op korte termijn recht te zetten. U kan alvast starten met het aanmaken van de liaisonfiches voor uw patiënten in WZC Sint-Bernardus en WZC Edouard Remy.

Indien u problemen heeft met het aanmaken van de liaisonfiche of het versturen van de liaisonfiche naar de eHealthBox van de woonzorgcentra, kan u contact opnemen met PraktijkCoach op het tel nr. 050 77 01 10.

Bijlage 6: Goedkeuring ethische commissie

From: **An Stockmans** An.Stockmans@icho.be
Subject: Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven
Date: 18 May 2015 at 11:06
To: Jan De Lepeleire jan.delepeleire@med.kuleuven.be
Cc: Simon Leclercq simon.leclercq@student.kuleuven.be

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Beste student
Dear student

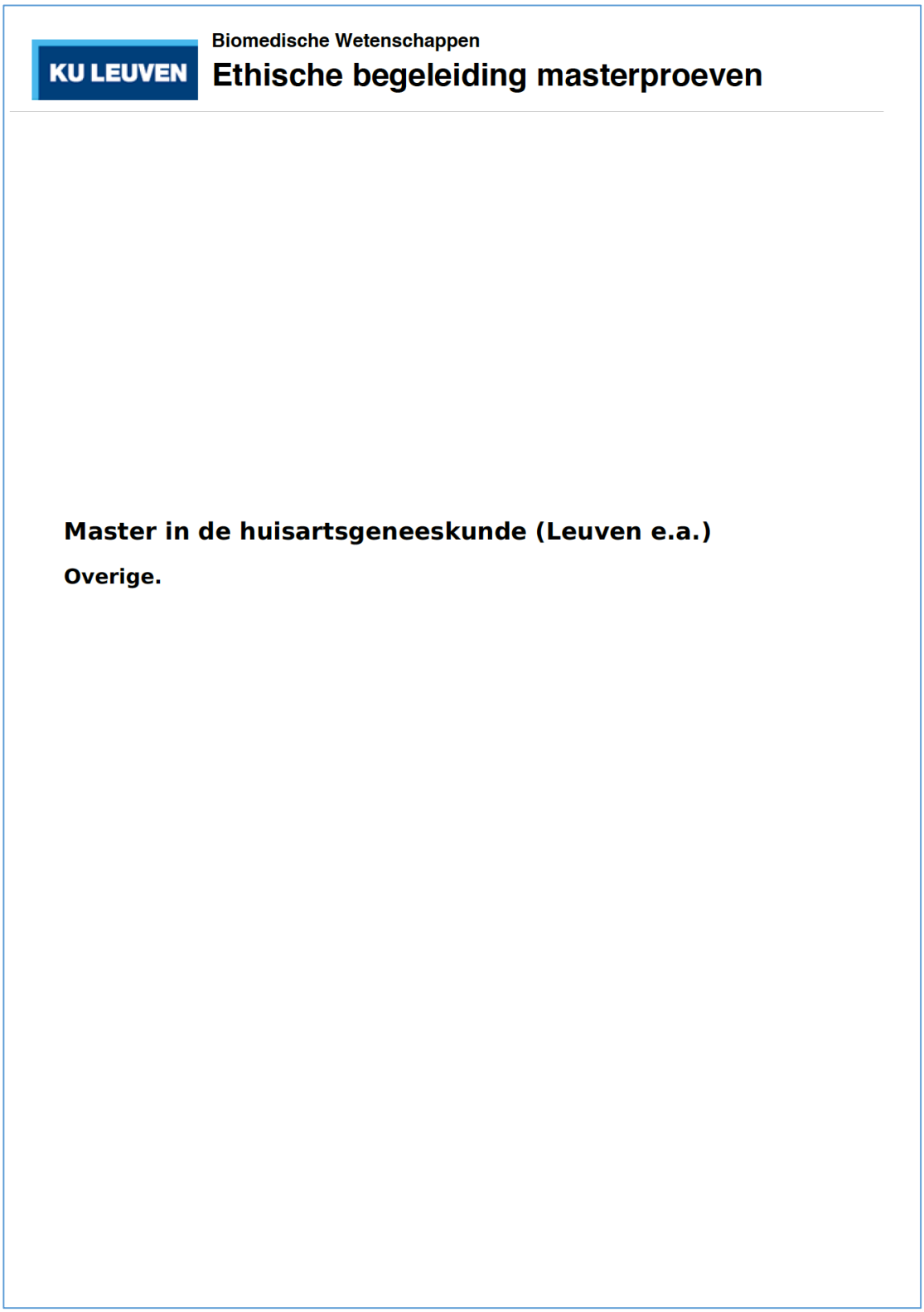
Uw aanvraag werd aanvaard door de ethische commissie van het UZ Leuven. Dit wil zeggen dat de ethische commissie van oordeel is dat uw studie volgens de gangbare ethische normen wordt uitgevoerd.
Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan u deze mail als bewijs van goedkeuring door een ethische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

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

Met vriendelijke groeten

An Stockmans

Bijlage 7: Goedkeuring protocol



Biomedische Wetenschappen

Ethische begeleiding masterproeven

Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Overige.

KU LEUVEN

Biomedische Wetenschappen

Ethische begeleiding masterproeven

mp05346	Het digitaliseren van vroegtijdige zorgplanning, code beperking van de therapie en DNR codes om in het elektronisch medisch dossier gecodeerd te brengen.

❍ GOEDGEKEURD - ❍ AFGEKEURD

Student(en):
Simon Leclercq
Promotor:
Jan De Lepeleire (jan.delepeleire@med.kuleuven.be - u0007721 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker:

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

Het onderzoek is:
Overige.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Het elektronisch medisch dossier wordt meer en meer de voornaamste tool van de huisarts, men kan niet zonder. Verschillende vormen van het elektronisch medisch dossier (EMD) zijn in gebruik en bieden tools aan om de zorg voor de patiënten te optimaliseren. Ondanks de talloze mogelijkheden kan de communicatie tussen zorgverleners beter. Het EMD speelt hier een enorm belangrijke rol in omdat het de basis is van alle informatie over een patiënt. Indien het dossier niet op punt staat op een gestructureerde en gecodeerde wijze kan de communicatie ook niet optimaal plaatsvinden.

Om verder te gaan op de theses van de voorgangers in de praktijk over VZP is het de bedoeling om mogelijkheden af te toetsen wat implementering in het EMD betreft en om dit in een tweede tijd concreet te verwezenlijken. Het voornaamste doel is om op een eenduidige en eenvoudig digitaal document te maken de vroegtijdige zorgplanning, code tot beperking therapie en de DNR codes behelst opdat deze digitaal geïntegreed kunnen worden in het EMD met het oog om dit op termijn op een gecodeerde manier te laten plaats vinden.

Vraagstelling:

Wat vinden huisartsen van de huidige documenten qua gebruiksvriendelijkheid, eenvoud,

eenduidigheid en integratie in het medische dossier? Dit in vergelijking met het document dat deze masterproef zal ontwikkelen dat de VZP, CBT en DNR in één digitaal document zal verenigen met het oog op digitale, gecodeerd integratie in het EMD.

Methodologie:

Aan de hand van een literatuuronderzoek zal men nagaan hoe de huidige documenten er uitzien en vergelijken met de aanpak in de omgevende landen. Aan de hand van een gestructureerde vragenlijst gaat men nagaan bij collega's huisartsen (men wil vragenlijsten bij 50 huisartsen (inclusief Huisartsen in opleiding) wat men vindt van de huidige documenten en hoe het geïntegreerd wordt in het EMD. Bij afloop van de ontwikkeling van het document zal men deze vragenlijsten terugafnemen en de gegeven analyseren om te zien wat deze groep er van vindt.
Voor het implementeren in het EMD is het wenselijk de documenten één geheel vormen, men zal nagaan hoe men dit best kan oplossen. Het is belangrijk dat het een digitaal document is dat eenvoudig en éénduidig in te vullen is. Dit rekening houdend met alle voorwaardes voor de rechtsgeldigheid van de documenten.

In een tweede tijd zal men de mogelijkheden bestuderen om het op een eenduidige manier gecodeerd deel te laten uitmaken van het EMD. Opdat de communicatie tussen de eerst lijn onderling en tussen eerste en tweede lijn eenvoudig en duidelijk kan gebeuren. Nadien kan gekeken worden naar de mogelijkheden om het daadwerkelijk te implementeren in het EMD.

Referenties:

Referenties

1. Patient-doctor communication. Teutsch C.Med Clin North Am. 2003 Sep;87(5):1115-45. Review.

2. Griffiths D, Morphet J, Innes K, Crawford K, Williams A. Communication between residential aged care facilities and the emergency department: a review of the literature. Int J Nurs Stud. 2014 Nov;51(11):1517-23

3. Wils M, MIlisen K, Flamaing J. De ontwikkeling van een transferdocument voor de overdracht tussen de residentiële en de acute zorgsector in de Leuven. Vlaams Brabant. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2015 Dec; 46: 306-19

4. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007 Dec;19(6):349-57

5. The Grounded Theory Method. Antony Bryant. The Oxford Handbook of Qualitative Research. Edited by Patricia Leavy. Pub Jul 2014

6. De Gendt C, Bilsen J, Stichele RV, Deliens L. J Pain Symptom Manage. Advance care planning and dying in nursing homes in Flanders, Belgium: a nationwide survey. 2013 Feb;45(2):223-34. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.02.011.

7. Griffiths D, Morphet J, Innes K, Crawford K, Williams A Communication between residential aged care facilities and the emergency department: a review of the literature. Int J Nurs Stud. 2014 Nov;51(11):1517-23

8. Yarbrough AK, Smith TB. Technology acceptance among physicians: a new take on TAM. Med Care Res Rev. 2007 Dec;64(6):650-72. Epub 2007 Aug 23. Review

9. Gagnon MP, Desmartis M, Labrecque M, Car J, Pagliari C, Pluye P, Frémont P, Gagnon J, Tremblay N, Légaré F. Systematic review of factors influencing the adoption of information and communication technologies by healthcare professionals. J Med Syst. 2012 Feb;36(1):241-77 Review.

10. Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen. Bron : VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU Publicatie : 07-11-2008 nummer : 2008A24327 bladzijde : 58624