Pieter DEPREZ
St. Antoniusweg 97
3910 Neerpelt

deprezpieter@gmail.com
HAIO 2009-2011

Documentatie van de cognitieve, de functionele en de sociale status van de thuiswonende geriatrische patiënt in het elektronisch medisch dossier.

Promotor: Prof. Dr. Jan DE LEPELEIRE

Praktijkopleider : Dr. Annelies DELRUE

Opleidingspraktijk : Doktershuys Eksel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Documentatie van de cognitieve, de functionele en de sociale status van de thuiswonende geriatrische patiënt in het elektronisch medisch dossier.

Haio: Dr. Pieter DEPREZ
Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof. Dr. Jan DE LEPELEIRE
Praktijkopleider: Dr. Annelies DELRUE

Context : Door de vergrijzing van de bevolking stijgt het aantal thuiswonende geriatrische patiënten. Het wordt moeilijker en moeilijker voor de huisarts om een volledig en up-to-date dossier bij te houden.

Doel : Het doel van deze thesis is een gebruiksvriendelijk 'protocol' te creëren in het elektronisch medisch dossier dat informatie bevat over de functionele, de cognitieve en de sociale status van de thuiswonende geriatrische patiënt.

Methoden : Er werd een protocol gecreëerd in MEDIDOC voor de evaluatie van de geriatrische patiënt op drie domeinen: de functionele-, cognitieve- en sociale status. Dit 'protocol' werd voorgesteld door middel van screenshots aan 14 MEDIDOC gebruikers (13 mannen en 1 vrouw) met een gemiddelde ervaring met MEDIDOC van 16,4 ± 4 jaar (gemiddelde ± standaard deviatie). Na een grondige uitleg over het protocol werd gevraagd een korte enquête in te vullen bestaande uit zeven vragen.

Resultaten : De enquête leverde volgende resultaten op: 2 van de 14 huisartsen (14.3%) gaven helemaal geen informatie mee over de cognitieve, functionele of sociale status. Bij de andere 12 artsen zijn er verschillen in de informatie die ze wel meegaven met de patiënt. Alle huisartsen waren het er over eens dat deze extra informatie een meerwaarde zou bieden voor de specialist. De meningen waren verdeeld over de meerwaarde voor de patiënt of de verwijzende arts. Toch vond meer dan de helft van de bevraagde artsen dit nuttig voor deze laatste twee groepen. Niemand van de ondervraagde artsen vond deze informatie onnodig. De grote meerderheid van de bevraagde artsen (85,72%) vond de informatie die ik heb opgenomen in het protocol goed. Een klein derde vond de informatie te uitgebreid. Meer dan 85% van de bevraagden vond dit een gebruiksvriendelijk protocol. Eén van de 14 ondervraagden had geen mening en wilde het protocol eerst eens uitproberen voor er uitspraken over te doen. De helft van de ondervraagde artsen zou dit protocol invullen bij iedere geriatrische patiënt. Eén van hen zou dit enkel invullen bij verwijzing en vier van de ondervraagde artsen zagen het niet haalbaar om dit in te vullen voor elke geriatrische patiënt.

Conclusie : De ondervraagde MEDIDOC gebruikers waren zeer positief over dit protocol. Een kleine minderheid vond het protocol te uitgebreid of gebruiksonvriendelijk. We kunnen dus concluderen dat dit protocol zeker nuttig is om te gebruiken in de huisartsensetting. Ook merken we dat alle huisartsen het erover eens zijn dat dit een meerwaarde heeft voor de specialist. Verder onderzoek van het protocol in de praktijk moet het nut van dit protocol uitwijzen.

Trefwoorden : Thuiswonende geriatrische patiënt – functionele, cognitieve en sociale status – MEDIDOC - ICF

Inhoudsopgave

Abstract *3*

1 Voorwoord *8*

2 Algemene inleiding *9*

2.1 Functionele status **9**

2.2 Cognitieve status **10**

2.3 Sociale status **10**

3 Literatuuronderzoek *10*

3.1 Zoektocht via PubMed **11**

3.2 Zoektocht via Cebam **12**

3.3 De verwijsbrief **13**

3.4 Veroudering en functieverlies **14**

3.5 Het geriatrisch model **15**

3.6 Gestandaardiseerde schalen als meetinstrument voor functionaliteit: International classification of Functioning, disability and Health (ICF) **15**

3.7 Hulpmiddelenlijst **18**

3.8 Cognitieve evaluatie van geriatrische patiënt: Mini-Mental State Examination (MMSE) **19**

3.9 Sociale evaluatie van de geriatrische patiënt **19**

4 Veldonderzoek *20*

5 Aanmaak van het protocol *21*

6 Evaluatie van het protocol *23*

6.1 Resultaten **24**

7 Discussie *25*

8 Conclusie *27*

9 Referentielijst *28*

10 Bijlagen *30*

10.1 Mini Mental State Examination (MMSE) 30

10.2 Enquête 32

10.3 KATZ Schaal 33

10.4 Bartel index voor het meten van activiteiten in het dagelijks leven (ADL) 34

10.5 Screenshots Protocol..... 35

1 Voorwoord

Een thesis schrijven doe je nooit alleen. Het is het gevolg van een samenwerking tussen verschillende mensen. Enkelen hiervan moet ik toch zeker even vermelden. Als eerste wil ik Prof. Jan De Lepeleire bedanken. Tewijl ik zeker niet zijn enige thesisstudent was, slaagde hij er in om toch altijd vlot bereikbaar te zijn voor mijn vragen. Ook zorgde hij altijd voor een klare kijk op het geheel met een goede inbreng als ik ergens niet meer verder geraakte.

Zo verwees hij mij vaak naar andere collega's zoals Prof. Jan Van Damme. Prof. Van Damme speelde een korte maar zeer belangrijke rol in het maken van deze thesis. Hij is een echte kenner van het programma MEDIDOC en zonder zijn opmerkingen en insteken had ik mijn protocol nooit zo gebruiksvriendelijk kunnen creëren.

Ik mag zeker dr. Thomas Engelbeen niet vergeten. Voor ik aan mijn thesis begon, had ik nog nooit met MEDIDOC gewerkt. Hij heeft mij voorgesteld aan het programma, maar nog belangrijker, hij heeft mij geleerd hoe ik parameters en protocollen kon creëren.

Nu heb ik uitgelegd hoe ik het protocol heb weten te creëren. Maar ik heb nog niemand bedankt voor de hulp bij mijn zoektocht naar welke informatie ik het beste zou gebruiken. Ik wil alle sociale assistenten van de verschillende mutualiteiten die ik bezocht heb bedanken voor hun tijd en hulp. Ook docente ergotherapie Leen De Coninck van de Arteveldehogeschool te Gent mag ik niet vergeten. Zij leerde mij de ICF kennen, de classificatie waar bijna heel mijn protocol op gebaseerd is.

De allerbelangrijkste persoon die ik moet bedanken, niet alleen voor de hulp bij het schrijven tijdens mijn thesis, maar ook voor haar ononderbroken steun doorheen gans mijn opleiding tot huisarts, is mijn vriendin Rawaha. Ik weet dat ik er veel flauwe grappen over heb gemaakt, maar ik meen het echt als ik zeg dat deze thesis nooit was afgeraakt zonder jou, mijn allerliefste Snoepie.

Als laatste bedank ik alle andere collega's, voornamelijk dr. Annelies Delrue en dr. Freddy Rogiers, vrienden en familie voor de morele steun, waar ik altijd terecht kon op de moeilijkere momenten.

2 Algemene inleiding

Ik ben mijn opleiding tot huisarts begonnen met een periode van zes maanden als assistent interne geneeskunde in het Regionaal Ziekenhuis van Tienen. Tijdens dit assistentschap was ik verantwoordelijk voor de patiënt tijdens de (spoed)opname, gedurende de hospitalisatie en bij het ontslag. Voornamelijk bij geriatrische patiënten was het ontslag niet zo simpel. Ik merkte al snel dat ik veel moest rondbellen en vragen aan familieleden of aan de huisarts van de patiënt om dit ontslag optimaal te kunnen regelen. Was de patiënt voor zijn opname capabel om voor zichzelf te zorgen? Of had hij reeds hulp van derden? Konden we de patiënt op dit moment ontslaan en rechtstreeks naar huis laten gaan of moesten we voor een tussenoplossing in een revalidatiecentrum zorgen.

Ik bedacht mij of het ontslag niet vlotter zou gaan mocht deze functionele informatie van de patiënt voor zijn opname al gekend zijn? Als er bij de verwijsbrief al een soort standaarddocument zat met gegevens over de functionele, de cognitieve en de sociale status van de patiënt. Om deze informatie vlot mee te kunnen geven bij de verwijsbrief zou deze reeds op voorhand moeten ingevoerd zijn in het elektronisch medisch dossier. Het doel dat ik voor ogen had was een gebruiksvriendelijk protocol te creëren waarin deze informatie geregistreerd werd over de thuiswonende geriatrische patiënt. In het elektronisch medisch dossier "MEDIDOC" bestaat er een functie waarmee je zo een protocol kan creëren. Men dient eerst parameters aan te maken. Parameters zijn eigenlijk een soort van vragen die beantwoord dienen te worden. Als je deze zelfgemaakte parameters of bestaande parameters uit de database van MEDIDOC zelf ordent, dan verkrijg je wat men noemt een protocol. Een protocol is dus een zelfgemaakte of reeds bestaande aaneenschakeling van vragen die beantwoord dienen te worden. Een voorbeeld van zo een protocol is het bestaande protocol over diabetes. Dat bestaat dus uit een reeks anamnestische en klinische vragen die gesteld of onderzocht worden bij een diabetespatiënt. Zo wou ik een protocol creëren met informatie over de functionele, de cognitieve en de sociale status van een thuiswonende geriatrische patiënt.

2.1 Functionele status

Er moet aandacht besteed worden aan de functionaliteit in zowel de anamnese als in de heteroanamnese. Bij het lichamelijk onderzoek hoort ook een functioneel onderzoek.

Daarnaast bestaan voor diverse domeinen ook functionele schalen die deels standaard en deels op indicatie kunnen worden uitgevoerd.

2.2 **Cognitieve status**

Met ouder worden veranderen de cognitieve functies. Hieronder vallen processen die te maken hebben met het waarnemen, leren en geheugen, taal en denken, en met problemen oplossen [1]. Om de cognitieve status te beoordelen zal ik gebruik maken van de Mini-Mental State Examination (MMSE).

2.3 **Sociale status**

Om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de geriatrische patiënt is het van belang in anamnese en heteroanamnese ook aandacht te besteden aan socio-biografische gegevens. Informatie over huidige leefsituatie, sociale activiteiten en reeds aanwezige hulpvoorzieningen zijn bijdragend voor het opstellen van een individueel aangepast behandelplan.

3 Literatuuronderzoek

Tijdens mijn twee jaren als HAIO (Huisarts in opleiding) wilde ik een protocol creëren in MEDIDOC die informatie zou bevatten over de functionele, cognitieve en sociale status van de geriatrische patiënt. Deze informatie zou ik dan laten koppelen aan de verwijsbrief bij eventuele doorverwijzing.

Door de toenemende vergrijzing zijn er steeds meer ouderen die zich met complexe hulpvragen wenden tot de gezondheidszorg. Naar verwachting zal daarmee de vraag naar specialistische ouderengeneeskunde de komende jaren snel toenemen. Een belangrijke trend is verder dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis willen blijven wonen. Het is voorspelbaar dat daardoor ook het aantal kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen, die nog zelfstandig wonen, zal toenemen [2]. In de dagelijkse praktijk worden huisartsen met grote regelmaat ingeschakeld om voor deze patiëntencategorie een gidsfunctie te vervullen, hun hulpvragen systematisch in kaart te brengen en zo goed mogelijk te beantwoorden [2]. In

ongeveer 10 procent van de gevallen is een verwijzing nodig, meestal naar de tweede of derde lijn. Het adequaat kunnen verwijzen is dan ook cruciaal. In handboeken wordt vermeld en verduidelijkt hoe nuttig goede verwijzingen zijn voor de continuïteit en de coördinatie van de zorg [3;4]. In aanbevelingen en visiedocumenten wordt aangegeven hoe belangrijk het elektronisch medisch dossier hierbij kan zijn [5;6]. Een goede verwijsbrief zal bijdragen tot een grotere efficiëntie bij de interventie van de specialist.

Alvorens een nieuwe functie in het elektronisch medisch dossier te kunnen creëren, dient er een goede zoektocht georganiseerd te worden in de medische literatuur. Hiervoor stelde ik een PICO op en begon mijn zoektocht naar relevante artikels via PubMed en Cebam. De criteria voor selectie van artikels formuleerde ik als zijnde gepubliceerd in de jongste 10 jaren, Engelstalig of Nederlandstalig, geen dierenexperimenten, handelend over de eerstelijnszorg en in de vorm van een review of meta-analyse.

De resultaten van deze zoekactie zowel op PubMed als op Cebam leverden echter niet veel op:

3.1 **Zoektocht via PubMed**

Ik stelde een PICO als volgt op:

P : patiënten = thuiswonende patiënten met een geriatrisch profiel die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen zonder enige vorm van hulmiddelen of thuiszorgdeskundigen
MeSH: Frail elderly

Search PubMed: Frail elderly

4786 artikels

I : interventie = sociale, cognitieve en functionele informatie invoeren in het elektronisch medisch dossier om later op te nemen in de verwijsbrief van de huisarts

MeSH: social support, mental test, frail elderly, medical records, hospital referral
Search PubMed: “Medical records”[MeSH] AND (“ Social support”[MeSH] OR “frail elderly”[MeSH] OR “Mental test”[MeSH])

168 artikels

"Medical records"[MeSH] AND "frail elderly"[MeSH]

34 artikels

C : geen extra protocol in medisch dossier

O : verbetering kwaliteit patiëntenzorg met deze extra informatie in de verwijsbrief

MeSH : Outcome assessment health care, Referral and Consultation

Search PubMed : "Outcome Assessment Health Care"[MeSH] AND "Referral and Consultation"[MeSH]

2311 artikels

Search PubMed:

("elderly frail"[MeSH] OR "social support" [MeSH]) AND

("Medical records"[MeSH] OR "Referral and Consultation"[MeSH]) AND "Outcome assessment (Health care)"[MeSH]

56 artikels

+ Criteria voor selectie :

- Gepubliceerd in de jongste 10 jaar
- Engelstalig
- Geen dieren
- Handelend over de eerstelijnszorg
- Review/Meta-analyse

o → 3 NIET RELEVANTE ARTIKELS

3.2 **Zoektocht via Cebam**

- PICO: cfr PubMed
- Search Ovid:
  - ("elderly frail"[MeSH] OR "social support" [MeSH]) AND
- ("Medical records"[MeSH] OR "Referral and Consultation"[MeSH]) AND "Outcome assessment (Health care)"[MeSH]

- 2703 artikels
  - Criteria voor selectie
- Gepubliceerd in de jongste 10 jaar
- Engelstalig

- Clinical Medicine
- Review artikels
    - 12 niet relevante artikels

3.3 **De verwijsbrief**

Na dit teleurstellend begin ging ik ten rade bij mijn promotor Professor Jan De Lepeleire. Hij schreef en promootte reeds meerdere artikels en andere masterthesissen handelend over zowel het elektronisch medisch dossier als over hoe een verwijsbrief zou opgesteld moeten worden. Hij verwees mij naar een aantal publicaties in het *tijdschrift Huisarts Nu mei 2007*.

De uitkomst van een literatuurverkenning door dr. K. Hillemans [7] toonde aan dat een goede verwijsbrief wel degelijk verschil maakte op alle vlakken [8] . De verwijsbrief weerspiegelt de kwaliteit van de verwijzing en de manier waarop de huisarts deze taak vervult. Op basis van soortgelijke onderzoeken en consensusvergaderingen tussen huisartsen en specialisten werden door verschillende instanties richtlijnen ontwikkeld voor de inhoud van een goede verwijsbrief. De voormalige Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen (*WVVH, nu Domus Medica*) heeft in de jaren ’80 een sjabloon gemaakt voor een goede verwijsbrief, die in 2003 werd bijgesteld. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft jaren geleden reeds een aanbeveling hierover gemaakt . Een gerichte zoekactie naar aanbevelingen in de literatuur door K. Hillemans werd in een tabel gezet en geeft een overzicht weer van deze richtlijnen en items die belangrijk zijn (zie tabel 1, aangepast uit [7]).

In deze tabel worden de belangrijkste elementen voor een goede verwijsbrief samengevat. Onze aandacht vestigen we vooral op het feit dat ‘de eventuele beperkingen’, ‘de psychosociale anamnese’ en ‘de familiale anamnese’ van de patiënt reeds opgenomen zijn. Onder andere deze elementen wil ik echter meer gedetailleerd in een nieuw protocol voor de thuiswonende geriatrische patiënt verwerken. Ik ga mij hierbij baseren op reeds bestaande, gestandaardiseerde testen, schalen en tabellen.

	Minimale brief		**Uitgebreide brief**					
	BMJ consensus	NHG consensus 2000 kort	NHG consensus 2000 uitgebreid	NHG 1989	NHG voorbeeld	WVVH	QUALITY Management in primary care	SIGN
Datum	X	X	X	-	X	X	X	X
Gegevens patient	X (met telefoon-nummer)	X	X	X	X	X (met beroep)	X	X
Gegevens huisarts	X	X	X	X	X	X	X	X
Gegevens ontvanger	X	X	X	X	X	X	X	X
Klacht/Hulpvraag	X	-	(X)	X	X	X	X	X
Bespreking/Evaluatie	X	X	X	X	X	X	X	-
Conclusie/Diagnose	X	X	X	X	X	X	-	-
Therapie tot op heden	X	-	-	X	X	X	X	-
Medicatie	X	-	(X)	(X)	X	X	X	X
Reden bericht	X	X	X	-	-	X	-	-
Actieve ziekten	X	-	-	X	-	-	-	-
Voorgeschiedenis (medisch en therapeutisch)	X	-	(X)	(X)	X	X	X	X
Vraagstelling en procedurevoorstel	X	X	X	X	X	X	X	X
Anamnese	-	-	(X)	X	X	-	-	-
Klinisch onderzoek	X	-	(X)	X	X	-	X	X
Aanvullend o-nderzoek	X	-	(X)	X	X	-	X	X
Type brief	X (eerste verwijzing of niet)	X	X	-	X	-	-	-
Allergie	X	-	(X)	(X)	X	-	-	X
Intoleranties		-		(X)	-	-	-	X
Besproken met patiënt	X	-	(X)	(X)	X	-	-	X
Psychosociale anamnese	-	-	**(X)**	**(X)**	**X**	**X**	-	**X**
Risicogedrag	-	-	(X)	-	X	-	-	X
Familieanamnese	-	-	**(X)**	**(X)**	**X**	**X**	-	
Beperking/handicap	-	-	**(X)**	-	**X**	-	-	**X**
Diagnosecode	-	-	(X)	-	X	-	-	-
Probleemlijst	-	-	-	-	-	-	-	X
Planning	-		-	-	-	-	-	-

Tabel 3.1: Overzicht van de richtlijnen en de items die iedere richtlijn afzonderlijk belangrijk vindt [7].

3.4 Veroudering en functieverlies

Het begrip veroudering is moeilijk te definiëren. Het wordt meestal gedifferentieerd als een proces in de tijd dat gepaard gaat met een toenemende sterftekans. Het onderscheid tussen veroudering en ziekte is theoretisch niet goed te maken. In klinische en praktische zin wordt het begrip ziekte meestal gebruikt wanneer er klachten ontstaan of functieverlies waardoor het gezondheidsprobleem ontstaat, of wanneer er een aparte behandeling voor het probleem bestaat.

Functieverlies is een vermindering van zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (aankleden, wassen, kleden, toiletgang, mobiliteit) en bij de meer complexe handelingen (bijvoorbeeld koken, boodschappen doen, wassen, enzovoort) [9].

3.5 **Het geriatrisch model**

Een geriatrische patiënt krijgt vaak met een veelvoud aan stoornissen te maken zowel op lichamelijk als op psychisch en sociaal gebied. Ouderen worden geleidelijk kwetsbaarder met het vorderen van de jaren. Kenmerkend voor de geriatrische patiënt is dat de verschijnselen van fysiologische achteruitgang gecompliceerd worden door een complex van simultane aandoeningen. In praktische zin vertaalt de kwetsbaarheid van deze ouderen met meervoudige morbiditeit zich met name in (de dreiging van) een afnemende zelfredzaamheid [1]. De belangrijkste uitdaging is dan ook om waar mogelijk te voorkomen dat de zelfredzaamheid verloren gaat, dan wel te bewerkstelligen dat deze zoveel mogelijk herwonnen wordt. Uitgangspunt daarbij is dat de zelfredzaamheid van essentieel belang is voor de kwaliteit van leven. Anderzijds betekent dit ook dat bij het overwegen van medische interventies bij de ontdekte acute/chronische aandoeningen de daaraan gerelateerde verwachtingen ten aanzien van de kwaliteit van leven en functionaliteit expliciet in beschouwing moeten worden genomen [1].

In het geriatrisch model staat dus de functie van de persoon centraal. De functionele status is de resultante van de complexe wisselwerking tussen soma, psyche en maatschappelijke factoren. In de beoordeling van de geriatrische patiënt moet, zonder verwaarlozing van klassieke biomedische elementen, de functionele benadering vooropstaan. Ook het effect van het medisch geriatrisch handelen is aan de functionele status af te lezen. De functionele status is tenslotte een indicatie voor de kwaliteit van leven van de oude patiënt. De functionele evaluatie omvat het beoordelen van de zelfredzaamheid, de mobiliteit, de communicatieve status en de psychische functies.

3.6 **Gestandaardiseerde schalen als meetinstrument voor functionaliteit: International classification of Functioning, disability and Health (ICF)**

Ik ging op zoek naar een soort raamwerk om deze informatie in te bundelen. Ik vond de oplossing in de Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren (ICF). Dit is een gestandaardiseerd begrippenapparaat voor het beschrijven van het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden. De functionele informatie ging ik hier alvast in

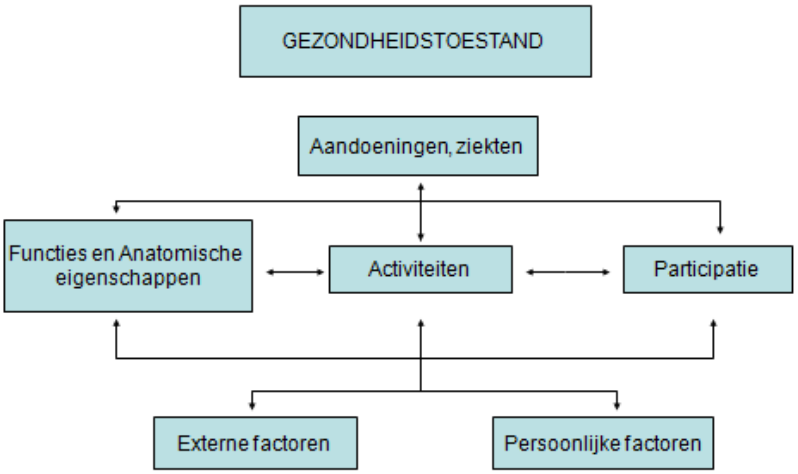
vinden. Later heb ik de sociale en cognitieve informatie er aan kunnen koppelen om zo een protocol te creëren voor in het medisch dossier.

Met behulp van de ICF kan het menselijk functioneren worden beschreven vanuit drie verschillende perspectieven: 1. het perspectief van het *menselijk organisme*; 2. het perspectief van het *menselijk handelen*; en 3. het perspectief van de mens als *deelnemer aan het maatschappelijk leven*. Het eerste perspectief is uitgewerkt in twee afzonderlijke classificaties, de classificatie van functies van het organisme en de classificatie van anatomische eigenschappen. Het tweede en derde perspectief zijn uitgewerkt in de classificatie van activiteiten en participatie [10].

In de ICF zijn termen geordend in twee delen: 1. het menselijk functioneren en de problemen daarmee en 2. externe en persoonlijke factoren (zie figuur 1). Elk deel heeft dan weer twee componenten:

1. De twee componenten van het menselijk functioneren en de problemen daarmee:
   - De eerste component is die van het menselijk organisme en bestaat uit twee classificaties, een voor functies en een voor anatomische eigenschappen.
   - De tweede component is die van activiteiten en participatie en beslaat het geheel van aspecten van het menselijk functioneren vanuit het perspectief van het menselijk handelen en dat van deelname aan het maatschappelijk leven.

2. De twee componenten externe factoren en persoonlijke factoren:
   - De externe factoren zijn geordend, beginnend bij de onmiddellijke omgeving van het individu en eindigend bij de omgeving in het algemeen.
   - Persoonlijke factoren worden wel genoemd, maar niet als zodanig geclassificeerd vanwege de sociale en culturele verschillen.



Figuur 3.1: ICF model van gezondheid [11]

Gedurende verschillende jaren was er een gebrek aan een gestandaardiseerde algemene manier om 'gezondheid' te beschrijven. In 2001 heeft de World Health Organization's (WHO) de International classification of Functioning, disability and Health (ICF) ontwikkeld. Dit is een handige kapstok om gezondheid ruimer en beter te begrijpen [12]. In de ICF wordt gezondheid gedefinieerd als de interactie tussen lichaamsfunctie, structuren en hun gebreken, activiteiten en activiteitsbeperkingen, maar ook fysische en sociale factoren. Verschillende studies hebben de rol van de ICF in het beoordelen van fysieke functies nagegaan [11]. Het is moeilijk om te bewijzen of de ICF wel degelijk een goede schaal is. Tijd en studies zullen dit moeten uitwijzen of een nieuwe betere schaal moet gevonden worden om gezondheid te begrijpen. Figuur 1 toont een vereenvoudigd model van de ICF. Dit model kan op verschillende vlakken zeer nuttig zijn, ook bij het beoordelen van de algemene gezondheid van de geriatrische patiënt.

Door een goed inzicht te hebben in de toestand van de patiënt vóór de hospitalisatie (gebruikmakende van de ICF), kan de rehabilitatie beter gegarandeerd/georganiseerd worden [13]. Alle gehospitaliseerde patiënten worden blootgesteld aan een aantal gemeenschappelijke risico's [14]. Bij geriatrische patiënten is functieverlies, zoals beschreven in ICF, het belangrijkste risico [12]. Inactiviteit, immobiliteit en verlengde bedrust kunnen leiden tot een breed spectrum van nadelige effecten en complicaties, vooral bij chronisch zieke patiënten of ouderen [15,16]. Deze nadelige effecten van immobiliteit zijn meestal gerelateerd aan het musculoskeletaal systeem, maar beïnvloeden ook andere systemen van het lichaam [17]. De oorzaak van het verhoogde risico bij ouderen is de verhoogde comorbiditeit, gestoorde voedselinname, cognitieve status, depressie en algemene zwakte [18]. Bij patiënten met een verhoogd risico op functieverlies, kan het herstel verlengd of onvolledig zijn. Dit leidt op zijn beurt tot het ontstaan van een handicap, ondanks een optimale medische, chirurgische of rehabilitatie behandeling. Ouderen met een verlaagde cognitieve toestand hebben lagere kans op volledig herstel na een rehabilitatie behandeling [18].

Gebaseerd op deze inzichten van functieverlies tijdens hospitalisatie, is het dus belangrijk om een goed beeld te hebben van de algemene gezondheid van de geriatrische patiënt. Vroegtijdige identificatie van nood aan rehabilitatie kan de kosten voor de gezondheidszorg, verpleegzorg en opnameduur verlagen, maar ook de kans op ontstaan van handicap beperken [19;20].

Het is duidelijk dat door de veelheid van de problemen op zowel somatisch, psychisch als sociaal gebied, en door de samenhang van de problemen op deze drie gebieden, een multidisciplinaire benadering nodig is. Met de ICF probeert men het functioneren van de

patiënt te overzien en die factoren te onderkennen die bijdragen aan het dysfunctioneren. Hierbij speelt de huisarts een belangrijke rol. Het is essentieel dat er een nauwe samenwerking bestaat met de huisarts en het thuisfront. De onderlinge communicatie tussen behandelende geriaters en huisartsen zijn bepalend voor het succes van de behandeling.

Om de kwaliteit van leven te beschrijven doen we best beroep op een bio-psycho-sociaal model. We kunnen de ICF gebruiken als een model om de kwaliteit van leven van ouderen te beschrijven: alle factoren die de kwaliteit van leven bepalen zijn in dit model opgenomen, het is een bio-psycho-sociaal model (WHO 2001). De ICF beschrijft het functioneren van mensen. In het klinisch denken van geriaters neemt de evaluatie van het algemeen functioneren van de oudere meer en meer een plaats in [21]. De ICF erkent het belang van dagelijkse activiteiten in de gezondheidsstatus en stelt dat participatie in het dagelijks leven het resultaat is van de interactie tussen individu en omgeving. Zo biedt de ICF aan alle gezondheidswerkers een gemeenschappelijke terminologie. Daarenboven is de ICF een classificatie die erg goed aansluit bij de ergotherapeutische uitgangspunten van deze bijdrage. De groep ouderen is echter een zeer heterogene groep, zodat het niet mogelijk is om, zonder een bepaalde problematiek te kiezen, gedetailleerd in te gaan op de verschillende ICF componenten [10].

3.7 **Hulpmiddelenlijst**

Docente ergotherapie Leen De Coninck van de Arteveldehogeschool te Gent leerde mij de Vlibank kennen. Dit is een databank van hulpmiddelen gecreëerd door het Kenniscentrum Hulpmiddelen (KOC), een organisatiestructuur binnen het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). Deze hulpmiddelen-databank wilde ik gebruiken om de functionele status volledig te kunnen beschrijven. Het was Professor Van Damme die mij er echter op wees dat deze lijst beter gebruikt zou kunnen worden in MEDIDOC als 'niet-medicamenteuze behandeling' in plaats van in de 'anamnese' (wordt verder nog toegelicht). Alle 'behandelingen' binnen MEDIDOC zijn ook gerangschikt in een boomstructuur. De lijst zelf is veel te uitgebreid om als bijlage op te nemen in mijn thesis, maar ze is makkelijk terug te vinden online [22]. Daar kan men de lijst raadplegen op 4 verschillende manieren : via activiteit, via productnaam, via productsoort of via handelaar. Mij lijkt de lijst via activiteit het meest gebruiksvriendelijk om iets terug te vinden. Op deze manier vindt men direct andere hulpmiddelen die mogelijks ook kunnen dienen voor dezelfde patiënt. Zelf heb ik de lijst dus niet kunnen gebruiken bij het creëren van mijn protocol, maar

desalniettemin was deze vondst waardevol voor mijzelf in mijn dagdagelijkse praktijkvoering. Maar al te vaak worden we gecontacteerd door verplegend personeel, patiënten of diens familie met de vraag naar hulpmiddelen. Deze lijst bracht vaak raad en indien het opzoekwerk toch te tijdrovend zou zijn kan gemakkelijk verwezen worden naar de website. Ik raad de ontwikkelaars van MEDIDOC ten stelligste aan om deze lijst op te nemen in de boomstructuur van niet-medicamenteuze therapie. De lijst wordt echter ongeveer halfjaarlijks geüpdatet en zodoende is het misschien meer praktisch om met een soort link in MEDIDOC te werken.

3.8 Cognitieve evaluatie van geriatrische patiënt: Mini-Mental State Examination (MMSE)

Met ouder worden veranderen de cognitieve functies. Hieronder vallen processen die te maken hebben met waarnemen, leren en geheugen, taal en denken, en met probleem oplossen [1]. De cognitieve problematiek is bepalend voor de zelfredzaamheid, de kwaliteit van leven, de benodigde hulp en de mogelijke woonomgeving. Voor de screening van deze cognitieve functies wordt naast het psychiatrisch onderzoek gebruikgemaakt van korte screeningslijsten zoals de Mini-Mental State Examination (MMSE). Dit is een test die in korte tijd (circa 10 min) kan worden afgenomen en een eerste indruk geeft van het cognitief functioneren. De test kan aanwijzingen geven voor de aanwezigheid van een dementiesyndroom [23] (Zie bijlage 1).

3.9 Sociale evaluatie van de geriatrische patiënt

Om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de geriatrische patiënt is het van belang in de anamnese en heteroanamnese ook aandacht te besteden aan socio-biografische gegevens. Informatie over huidige leefsituatie, sociale activiteiten en reeds aanwezige hulpvoorzieningen zijn bijdragend voor het opstellen van een individueel aangepast behandelplan.

Ik wist niet goed hoe ik moest beginnen verwoorden hoe men de sociale status van een patiënt kan beschrijven. En vooral welke informatie ook nuttig zou zijn in het dossier van de huisarts. Op aanraden van mijn promotor Prof. De Lepeleire ging ik ten rade bij de verschillende mutualiteiten. Hier sprak ik met verscheidene sociale assistentes over welke informatie interessant zou zijn voor in het dossier van de huisarts. Ze vonden dit echter een zeer

moeilijke vraag. Zoals verwacht hielden zij zich voornamelijk bezig met het louter informeren van de patiënten. In mijn zoektocht om een zo volledig mogelijk protocol voor de sociale status te creëren, kwam ik terecht bij dr. Thomas Engelbeen, werkzaam in de praktijk voor Geneeskunde voor het Volk te Genk. Zijn sociale assistentes werkten met een protocol dat was gecreëerd door hen. Ik besloot om mijn protocol hierop te baseren. Dit protocol werd eigenlijk bijna niet gebruikt door de huisartsen zelf. Ik begreep snel waarom. Dit protocol is veel te uitgebreid voor de huisartsen setting. Ik heb dit voorbeeld protocol dan ook ingekort zonder literaire onderbouwing maar naar eigen goeddunken en ervaring.

Ik ben er van overtuigd, zeker na het spreken van de verschillende sociaal assistentes, dat het invullen van formulier 3 en 4 door de huisarts één van de belangrijkste of zelfs de belangrijkste taak is. Ik vind dus dat een huisarts best een kopie van dit ingevulde document bijhoudt met de nodige informatie daaromtrent (nummer formulier, datum van invullen, uitslag FOD (Federale Overheidsdienst) Volksgezondheid, geldigheidsdatum). Deze zaken heb ik dus in mijn protocol overgenomen. De verschillende tegemoetkomingen op federaal niveau, op provinciaal niveau, op gemeentelijk niveau en op het niveau van de mutualiteiten onderling werden ook uitvoerig besproken in het protocol van collega Engelbeen. Dit vond ik echter veel te uitgebreid en ik heb mij dan ook beperkt tot de mogelijkheid tot noteren van eventuele tegemoetkomingen. Ik wou ook zeker laten noteren of er hulp aan huis is en welke hulp dit is. Op deze manier kan men laten weten, bijvoorbeeld aan de tweedelijnszorg, onder welke voorwaarden een patiënt ontslagen kan worden en thuis verder kan revalideren of dat er toch nood is aan een revalidatiecentrum. Maar deze zaken heb ik echter niet verder kunnen uitwerken in mijn protocol.

4 Veldonderzoek

Via mijn eigen zoekweg door de literatuur vond ik niet veel relevante artikels terug. Ik moest dus ten rade gaan bij andere collega's en gezondheidswerkers. Ik begon mijn zoektocht bij Wendy Coumans, coördinator van Listel. Listel is een Limburgse vzw die instaat voor de multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg en de manier waarop dit in Limburg geconcretiseerd wordt. De drie grote pijlers bestaan uit SEL (samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg), GDT (geïntegreerde dienst voor thuisverzorging) en PALLION (specifieke thuiszorg bij palliatieve patiënten). Van hen kreeg

ik voorbeelden van verwijsbrieven en thuiszorgdossiers. Daarna ben ik naar maatschappelijk assistentes gegaan van de verschillende mutualiteiten (CM, De Voorzorg, Liberale Mutualiteit) om voorbeelden te krijgen welke sociale informatie nuttig zou kunnen zijn in het elektronisch medisch dossier van de huisarts.

Voor de functionele informatie deed ik beroep op docente ergotherapie Leen De Coninck van de Arteveldehogeschool te Gent. Zij stelde mij voor aan de ICF en de Vlibank database. De ICF was vanaf toen de kapstok voor heel mijn project.

Het was dokter Thomas Engelbeen die mij heeft leren werken met het programma MEDIDOC dat ik er voor nog nooit gebruikt had. Hij leerde mij een protocol opstellen aan de hand van een zelfgemaakt protocol over de sociale voorzieningen van patiënten in zijn praktijk. Dit protocol heb ik ook gebruikt om mijn eigen protocol te vervolledigen.

Bij professor dr. Jan Van Damme leerde ik het verschil tussen systeem- en gebruikersparameters. Hij gaf me nuttige tips om mijn parameters zo op te stellen dat ze het meeste kans maakten om universeel aanvaard te worden als systeemparameters.

Mijn laatste contactpersoon was dr. Patrick Coursier, huisarts en voorzitter van de MEDIDOC-gebruikersgroep. Hij hielp me bij het evalueren van mijn protocol. Ik kreeg de kans om het protocol voor te stellen aan een lokale gebruikersgroep en liet hen mijn enquête invullen ter evaluatie.

5 Aanmaak van het protocol

Nadat ik besloten had welke informatie in mijn protocol kon opgenomen worden, moest ik een indeling maken die vooral gebruiksvriendelijk moest zijn. Het grootste hekelpunt bij de huisartsen is toch meestal het tijdsgebrek. Ik moest dus een protocol bedenken waarvan ze bij het invullen niet te veel tijd verliezen. Ik splitste de functionele status op in vier compartimenten: veranderen en handhaven van lichaamshouding, lopen en zich verplaatsen, zelfverzorging en huishouden. Met de cognitieve en sociale status bestaat mijn protocol op deze manier uit zes compartimenten. Op deze manier kan de huisarts ook beslissen per individuele patiënt om maar een aantal compartimenten in te vullen indien dat voldoende blijkt.

De antwoorden die ingevuld werden om de functionele compartimenten uit te werken heb ik gekopieerd uit de ICF. Ik kon natuurlijk onmogelijk de zeer uitgebreide ICF in zijn geheel gebruiken, en heb dus zelf gekozen welke parameters nuttig zouden zijn naar eigen

goeddunken en ervaring. Als ik achteraf deze gekozen parameters vergeleek met de parameters in de Katz-schaal en de Barthel-index [24], bleek dat de functionele informatie uit deze 2 schalen ook voorkwam in mijn zelfgemaakte schaal.

Over de manier van het opstellen van de aan te duiden antwoorden heb ik ook lang nagedacht. Eer ik hier verder over uitweid dien ik het begrip "gebruikersparameter" uit te leggen. Elk elektronisch medisch dossier werkt met systeemparameters, bijvoorbeeld systolische bloeddruk, lengte, leeftijd. Deze systeemparameters zijn zo overduidelijk universeel dat ze in elk programma identiek zijn. Indien er echter nieuwe parameters aangemaakt worden door een programmagebruiker, spreekt men niet meer van systeemparameters maar van gebruikersparameters. Eer deze gebruikersparameters aanvaard worden als systeemparameters, en dus op elk programma bij elke gebruiker thuis gebruikt kunnen worden, moeten ze goedgekeurd worden door de daartoe bevoegde personen. Men streeft naar universeel bruikbare parameters, zodat als er een parameter in MEDIDOC wordt ingegeven, deze zonder problemen door een ander programma bv. HEALTH one begrepen kan worden en zodat een parameter uit België ook internationaal begrepen wordt. Zo kan men probleemloos informatie overdragen.

U begrijpt dat een parameter zoals de leeftijd niet snel voor problemen zal zorgen. Indien U echter moet aanduiden in welke mate de patiënt zich kan aankleden, stuit men echter op een probleem. Men kan deze vraag beantwoorden naargelang de graad van hulpbehoevendheid zoals bijvoorbeeld in de Katz-schaal of in de Barthel-index [24]: de persoon kan zich behelpen, kan zichzelf behelpen met gedeelde hulp, kan zichzelf behelpen met hulp van derden en kan zichzelf totaal niet behelpen zonder hulp van derden. Ik koos echter om mijn antwoorden te baseren op de ICF : aantrekken van kleding niet mogelijk, uittrekken van kleding niet mogelijk, aantrekking van voetbedekking niet mogelijk, uittrekken van voetbedekking niet mogelijk, kiezen van juiste kleding niet mogelijk. Op deze manier is er geen twijfel nodig in welke mate er hulp nodig is, de hulp is ofwel nodig ofwel niet nodig. Ik begrijp wel dat het op deze manier moeilijk zal zijn en waarschijnlijk zelfs onmogelijk om van deze gebruikersparameters ooit systeemparameters te laten maken. Want als ik de graad van hulpbehoevendheid zou gebruiken als parameter, kan deze parameter ook gebruikt worden bij het invullen van de mogelijkheid tot zichzelf wassen, zichzelf verplaatsen en dergelijke.

Ik koos echter bewust voor deze optie zodat er een tijdsvriendelijk en gebruiksvriendelijk protocol ontstond waar enkel ingevuld moet worden wat er juist niet meer mogelijk is. Indien een patiënt bijvoorbeeld zijn schoenen niet meer kan aantrekken, dan

dient de huisarts enkel maar aan te duiden dat het aantrekken van voetbedekking niet meer mogelijk is en mag hij de overige vragen over het wassen, het eten e.d. verder ongemoeid laten. Hij verliest dus geen tijd met op al de overige vragen aan te duiden dat er geen hulp nodig is.

Met dit idee in het achterhoofd kan men ook de verwijsbrief vereenvoudigen. In de verwijsbrief wordt enkel opgenomen dat het aantrekken van voetbedekking niet mogelijk is, over de rest wordt niets vermeld. De ontvanger van de verwijsbrief hoeft dus enkel te lezen wat niet meer mogelijk is en verliest geen tijd met verder overbodige informatie.

6 Evaluatie van het protocol

Aangezien ik het protocol volledig zelf had gecreëerd met zelfgemaakte gebruikersparameters kon ik mijn protocol niet doorgeven aan andere gebruikers. Daarvoor moet zo een protocol gemaakt worden met systeemparameters in plaats van met gebruikersparameters. Mijn enige mogelijkheid was dus om op elke computer van de collega's het protocol opnieuw aan te maken, zodat zij het konden testen. Jammer genoeg had ik hier niet voldoende tijd voor. Ik besloot dr. Patrick Coursier te contacteren, de voorzitter van de MEDIDOC gebruikersclub. Ik vroeg hem of ik geen korte presentatie mocht houden voor de MEDIDOC gebruikersclub. De grote gebruikersdag vindt echter pas plaats op 21 mei 2011. Dus heb ik gekozen om te presenteren op een locoregionale dag te Brugge. Er waren 17 aanwezigen waarvan 14 een enquête hebben ingevuld (zie bijlage 2). De 14 huisartsen hadden samen 230 jaren ervaring met MEDIDOC.

N	14
Leeftijd	59.8 ± 8 jaar
M/V	13/1
Aantal jaar ervaring met MEDIDOC	16.4 ± 4 jaar

Tabel 4.1 Eigenschappen van MEDIDOC (huisartsen) gebruikers.

6.1 **Resultaten**

De resultaten van alle enquête vragen zijn weergegeven in onderstaande tabellen.

Tabel 5.1. Geven jullie bijkomende informatie mee in de verwijsbrief omtrent:	
Cognitieve status	14.3% (2 HA)
Cognitieve en functionele status	28.6 % (4 HA)
Cognitieve en sociale status	14.3% (2 HA)
Cognitieve, functionele en sociale status	35.7% (5HA)
Geen van bovenstaande	14.3% (2 HA)

We bemerken dat enkel 2 op de 14 huisartsen (14.3%) geen informatie meegeven over de cognitieve, functionele of sociale status. Verder zijn er verschillen in de informatie die wel wordt meegegeven. Er is goede wil, maar standaardisatie is zeker aangewezen.

Tabel 5.2.: Vinden jullie dat deze extra informatie een meerwaarde zou bieden?	
Voor de specialist	100% (14)
Voor de verwijzende arts	64.3 % (9)
Voor de patiënt	64.3 % (9)
Voor geen van boventaande	0%

Alle huisartsen waren het er over eens dat deze extra informatie een meerwaarde zou bieden voor de specialist. De meningen waren verdeeld over de meerwaarde voor de patiënt of de verwijzende arts. Toch vond meer dan de helft van de bevraagde artsen dit nuttig voor deze laatste twee groepen. Niemand van de ondervraagde artsen vond deze informatie onnodig.

Tabel 5.3.: Wat vinden jullie van de informatie in het protocol?	
Te uitgebreid	30.8%
Te beperkt	0 %
Onduidelijk	0 %
Goed	69.2%

De grote meerderheid van de bevraagde artsen vond de informatie die ik heb opgenomen in het protocol goed. Een klein derde vond de informatie te uitgebreid.

Tabel 5.4.: Lijkt het protocol gebruiksvriendelijk?	
Ja	85,72% (12)
Nee	7.1% (1)
Geen mening	7.1% (1)

Meer dan 85% van de bevraagden vond dit een gebruiksvriendelijk protocol. Eén van de 14 ondervraagden had geen mening en wilde het protocol eerst eens uitproberen voor er uitspraken over te doen. En één huisarts vond dit protocol niet gebruiksvriendelijk.

Tabel 5.5. : Is het haalbaar om dit protocol voor elke geriatrische patiënt in te vullen?	
Ja	50 % (7)
Nee	28.6 % (4)
Geen mening	21.4 % (3)

Ook hier was de meerderheid (50%) eerder positief over het protocol, één van hen zou dit enkel invullen bij verwijzing. 4 van de ondervraagde artsen zagen het niet haalbaar om dit in te vullen voor elke geriatrische patiënt. Drie huisartsen hadden geen mening.

Tabel 5.6. : Zouden jullie dit protocol gebruiken, mocht hij bestaan in MEDIDOC?	
Ja	85,72% (12)
Nee	7.1% (1)
Geen mening	7.1% (1)

Ook hier is de overgrote meerderheid enthousiast over dit protocol. Op het einde van de enquête had ik plaats gelaten voor eventuele opmerkingen. Eén van de artsen haalde aan dat een goede interpretatie essentieel zou zijn. Een andere (oudere arts) maakte een terechte opmerking dat dit protocol eerder geschikt was voor jonge artsen die nog lang moesten werken. Een andere arts vond het moeilijk dat hij de gegevens bij huisbezoek niet rechtstreeks in MEDIDOC kon inbrengen. Een laatste arts zou dit enkel invullen op indicatie om het probleem beter te kaderen.

7 Discussie

Het doel van deze thesis was om een gebruiksvriendelijk ‘protocol’ te creëren in het elektronisch medisch dossier dat informatie bevat over de functionele, de cognitieve en de sociale status van de thuiswonende geriatrische patiënt. Door tijdsgebrek kon ik dit protocol niet door collega’s laten evalueren. Ik stelde dit protocol voor, doormiddel van screenshots, aan MEDIDOC gebruikers. De evaluatie gebeurde door het antwoorden op enkele enquête vragen. De overgrote meerderheid was zeer positief over dit protocol. Na het invullen van de enquête werd er uitgebreid gediscussieerd. Een grote opmerking was dat er geen mogelijkheid was om aan te duiden dat er geen problemen waren. Ze vonden dat dit toch

duidelijk moest ingevoerd kunnen worden indien het bevraagd werd. Ik had deze optie expres weggelaten om het protocol gebruiksvriendelijker te maken en zodat ze minder tijd in beslag nam. Maar misschien is het toch niet te tijdrovend als er een mogelijkheid tot "bevraagd en negatief bevonden" bestond. Een aantal huisartsen haalden aan dat ze veel tijd gebruikten om dit soort protocollen in te vullen en mee te geven in de verwijsbrief. Het is dan echter een zeer spijtige zaak als er geen gevolg aan gegeven wordt in de ontslagbrief van de specialist. Dit werkt door de jaren heen demotiverend. Er moet zich echter afgevraagd worden wie het meeste baat heeft bij het invullen van deze protocollen. Het is toch ten voordele van de patiënt en niet van de huisarts. Als de specialist geen gevolg geeft, dan is het opnieuw aan de huisarts om het protocol te herevalueren. Zolang de patiënt zijn baat maar gehad heeft tijdens en na zijn ziekenhuisopname. Andere opmerkingen vanuit de MEDIDOC gebruikers waren o.a. hoe lang deze gegevens waardevol zouden blijven. Of, om de hoeveel tijd deze gegevens dienen aangepast te worden. Is het voldoende om deze gegevens enkel aan te passen indien de hulpbehoevendheid van de patiënt verandert of is het dan eigenlijk te laat. Zelf ben ik van mening dat het voldoende is om ze aan te passen enkel en alleen indien de hulpbehoevendheid veranderd is. Het moet nog altijd haalbaar blijven. Wel is het natuurlijk interessanter als de gegevens in het elektronisch medisch dossier op het moment van doorverwijzen actueel zijn zodat ze niet op het moment zelf ingevoerd moeten worden.

Het creëren van protocollen met gebruikersparameters werd ten strengste afgeraden. Men dient beter de universele systeemparameters te gebruiken. Momenteel is er een team bestaande uit informatici maar belangrijker, deze keer ook huisartsen bezig met het vergroten van de database van systeemparameters. Ook zijn ze de bestaande database vrij aan het maken van de vele dubbels. Als de oorspronkelijke en nieuwe parameters opgesteld worden zodat ze overal ter wereld hetzelfde betekenen en nergens dubieus kunnen begrepen worden, zullen ze universeel gebruikt kunnen worden. Meer nog ze zouden zelfs pakket-overschreidend gebruikt kunnen worden.

8 Conclusie

De ondervraagde MEDIDOC gebruikers waren zeer positief over dit protocol. Een kleine minderheid vond het protocol te uitgebreid of gebruiksonvriendelijk. Over de inhoud van het protocol valt op dit moment nog maar weinig aan te merken. Het protocol dient immers uitgetest te worden om eventuele fouten en ongemakken eruit te halen. De grote meerderheid was hiertoe bereid. Maar hier duikt een groot probleem op. De software van MEDIDOC is zo ontwikkeld dat zelfgemaakte gebruikersparameters niet kunnen doorgegeven worden aan collega's. MEDIDOC laat enkel toe om protocollen gemaakt met systeemparameters uit te wisselen. En zo is het dus nooit mogelijk om zelf een protocol te creëren en uit te wisselen met collega's…

We kunnen alleszins concluderen dat dit protocol zeker nuttig is om te gebruiken in de huisartsensetting. We bemerken ook dat alle ondervraagde huisartsen het erover eens zijn dat het gebruik van dit protocol een meerwaarde heeft voor de specialist. Verder onderzoek van het protocol in de praktijk moet het nut van dit protocol uitwijzen.

9 Referentielijst

(1) Eulderink F., Heeren T.J., Knook.D.L., Ligthart.G.J. *Inleiding gerontologie en geriatrie*. 4de herziene druk ed. 2004.

(2) Dautzenberg PL, van Rijn CA, Schaaf JH. [The geriatric model as a source of inspiration]. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2008;39:77-79.

(3) McWhinny I. *A textbook of family medicine*. 1997.

(4) Jan De Lepeleire. De verwijsbrief: cruciaal voor een goed verwijsproces, maan er is nog werk aan de winkel! *Huisarts Nu* 2007;36.

(5) Verdonck P., Strobbe J., Steenackers J., van Royen P. Het elektronisch Medisch Dossier. Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering. *Huisarts Nu* 2004;33:58-68.

(6) Van Damme J., Heyrman J., De Lepeleire J. Het dossier van de huisarts. Visiedocument. *Contactblad ACHG* 2005;15.

(7) Hillemans K., De Lepeleire J. De weg naar een gestandaardiseerde verwijsbrief. Van ontwikkeling tot impelmentie. *Huisarts Nu* 2007;36:176-179.

(8) Hillemans K., De Lepeleire J. Hoe ziet een goede verwijsbrief eruit en maakt het gebruik ervan een verschil in kwaliteit? Resultaten van een literatuuronderzoek. *Huisarts Nu* 2006;36:1-5.

(9) Fried TR, Bradley EH, Williams CS, Tinetti ME. Functional disability and health care expenditures for older persons. *Arch Intern Med* 2001;161:2602-2607.

(10) *Internationale classificatie van het menselijk functioneren. (Nederlandse vertaling van de WHO-publicatie: International classification of functioning, disability and health: ICF*. ICF. World Health Organization 2001 ed. 2001.

(11) Gladman JR. The international classification of functioning, disability and health and its value to rehabilitation and geriatric medicine. *J Chin Med Assoc* 2008;71:275-278.

(12) World Health Organization. International classification of funtioning, disability and health. Availible from: http://www3.who.int/icf/intros/icf-eng-intro.pdf. Geneva world health organization . 2001.
Ref Type: Online Source

(13) Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *J Hosp Infect* 2003;54:258-266.

(14) Iezzoni LI, Daley J, Heeren T et al. Identifying complications of care using administrative data. *Med Care* 1994;32:700-715.

(15) Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1296-1303.

(16) Sager MA, Franke T, Inouye SK et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med* 1996;156:645-652.

(17) Bloomfield SA. Changes in musculoskeletal structure and function with prolonged bed rest. *Med Sci Sports Exerc* 1997;29:197-206.

(18) Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MJ, Knoefel F. State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: review of frailty and comprehensive geriatric assessment. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:890-897.

(19) Indredavik B, Fjaertoft H, Ekeberg G, Loge AD, Morch B. Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge: A randomized, controlled trial. *Stroke* 2000;31:2989-2994.

(20) Johnston MV, Wood KD, Fiedler R. Characteristics of effective and efficient rehabilitation programs. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:410-418.

(21) Slaets JP. [The importance of the 'frailty-concept' in geriatric assessment]. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1998;29:276-278.

(22) Kenniscentrum hulpmiddelen. Vlibank. http://www.vlibank.be. 2009.
Ref Type: Online Source

(23) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198.

(24) Meyer zu SH, Nemitz G, Harms A, Saint-Mont U, Krauth J. [Reliability of basic geriatric assessment]. *Z Gerontol Geriatr* 2000;33:1-8.

10 Bijlagen

10.1 Mini Mental State Examination (MMSE)

19 vragen, maximaal score 30 punten (=beste score).

Elk correct antwoord is 1 punt.

1. Oriëntatie in tijd en ruimte (10 vragen, maximaal 10 punten)

• In welk jaar zijn we ?	jaar
• In welk seizoen zijn we ?	seizoen
• De hoeveelste zijn we vandaag ?	datum
• Welke dag is het vandaag ?	dag
• In welke maand zijn we ?	maand
• In welk land leven we ?	land
• In welke provincie zijn we ?	provincie
• In welk(e) stad/dorp zijn we ?	stad
• In welk hospitaal/centrum bent u ? of Hoe is mijn naam	centrum
• Op welke verdieping bent u ?	verdieping

2. Inprentingsvermogen (3 woorden, maximaal 3 punten) Als de patiënt de woorden niet correct herhaalt, lees ze dan opnieuw voor en herhaal eventueel tot 6 maal toe. Tel hier echter géén punten voor.

Ik noem u drie woorden. Als ik ze gezegd heb, moet u ze alle drie herhalen.
Lees de woorden voor aan 1 woord per seconde. Laat ze daarna herhalen
en noteer

sigaar
bloem
deur

Onthoudt deze woorden goed, want ik ga ze u straks nog eens vragen.

3. Aandacht Vergelijk de scores van test A en test B. Neem enkel de test met de hoogste score. Schrap de andere en tel die niet mee in de eindscore!

A. Wilt u van het getal 100 zeven aftrekken? **(5 sommen, maximaal 5 punten)** Elke juiste aftrekking levert 1 punt op.
Van de uitkomst trekt u dan telkens weer zeven af en zo verder.
Tot wanneer ik 'stop' zeg.

(93)
(86)
(79)
(72)
(65)

B. Wilt u het woord 'kamer' van achteren naar voren spellen ? **(5 letters, maximaal 5 punten)**
Elke juiste letter levert 1 punt op.

r
e
m
a
k

4. Geheugen (3 woorden, maximaal 3 punten)

- Welke waren de drie woorden die u moest onthouden ?

sigaar
bloem
deur

5. Taal (6 vragen, maximaal 8 punten)

• Wat is dit ? Wijs een horloge aan.	horloge
• Wat is dit ? Wijs een potlood aan.	potlood
• Wilt u de volgende zin herhalen: 'Geen als, en of maar'.	correct
• Neem dit papier met de rechterhand, vouw het in twee en leg het op uw schoot.	neemt papier vouwt papier legt op schoot
• Lees wat op dit papier staat en doe wat gevraagd wordt. Hou het papier omhoog, waarop staat 'Sluit uw ogen'	sluit ogen
• Kan u voor mij een zin opschrijven ? De zin moet een onderwerp en werkwoord bevatten en betekenis hebben.	Zin

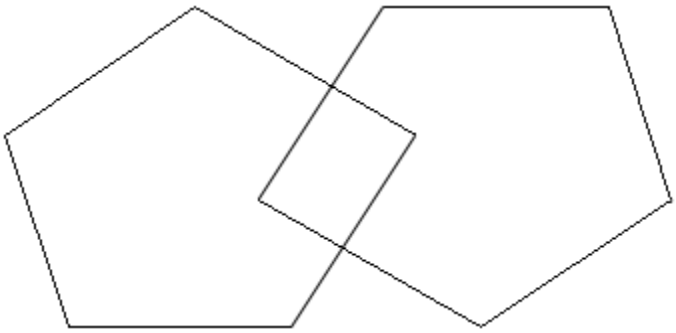
6. Constructieve vaardigheid (tekening, maximaal 1 punt) Voor een correct antwoord moeten er tien hoeken zijn, waarvan er twee kruisen.

- Kan u deze figuur natekenen?
  Toon de twee vijfhoeken (volgende pagina).

figuur

7. Totaalscore

Tel alle goede antwoorden op (let op bij test 3A en 3B) en noteer het totaal. Score:



10.2 **Enquête**

Welke cognitieve, functionele en sociale informatie over de thuiswonende geriatrische patiënt moet zijn verwijsdocument bevatten om een efficiëntere zorgverlening te krijgen binnen de 2de lijnzorg en is dit haalbaar in de 1ste lijnzorg? Enquête over nieuwe tab in MEDIDOC.
Dr. Pieter Deprez (ikv. Masterthesis Manama)

Leeftijd: ..... Geslacht: **M/F** Hoeveel jaren ervaring met MEDIDOC: ……..jaar

1. Geven jullie bijkomende informatie mee in de verwijsbrief omtrent de
   - cognitieve
   - functionele en/of
   - sociale status

   van de patiënt?

2. Vinden jullie dat deze extra informatie een meerwaarde zou bieden
   - voor de specialist?
   - voor de patiënt?
   - voor de verwijzende arts?

3. Wat vinden jullie van de informatie in de tab ?
   - Te uitgebreid
   - Te beperkt
   - Onduidelijk
   - Goed
     - Andere opmerking……
       ……4.

     Lijkt de tab gebruiksvriendelijk?
   - Ja
   - Nee
   - Geen mening

5. Is het haalbaar om deze tab voor elke geriatrische patiënt in te vullen?
   - Ja
   - Nee
   - Geen mening

6. Zouden jullie deze tab gebruiken mocht hij bestaan in MEDIDOC?
   - Ja
   - Nee
   - Geen mening

7. Andere opmerkingen zijn zeker welkom:

……
……

Hartelijk dank! Pieter

10.3 **KATZ Schaal**

A. Schaal (enkel de kolom "Nieuwe score" invullen in geval van eerste evaluatie):

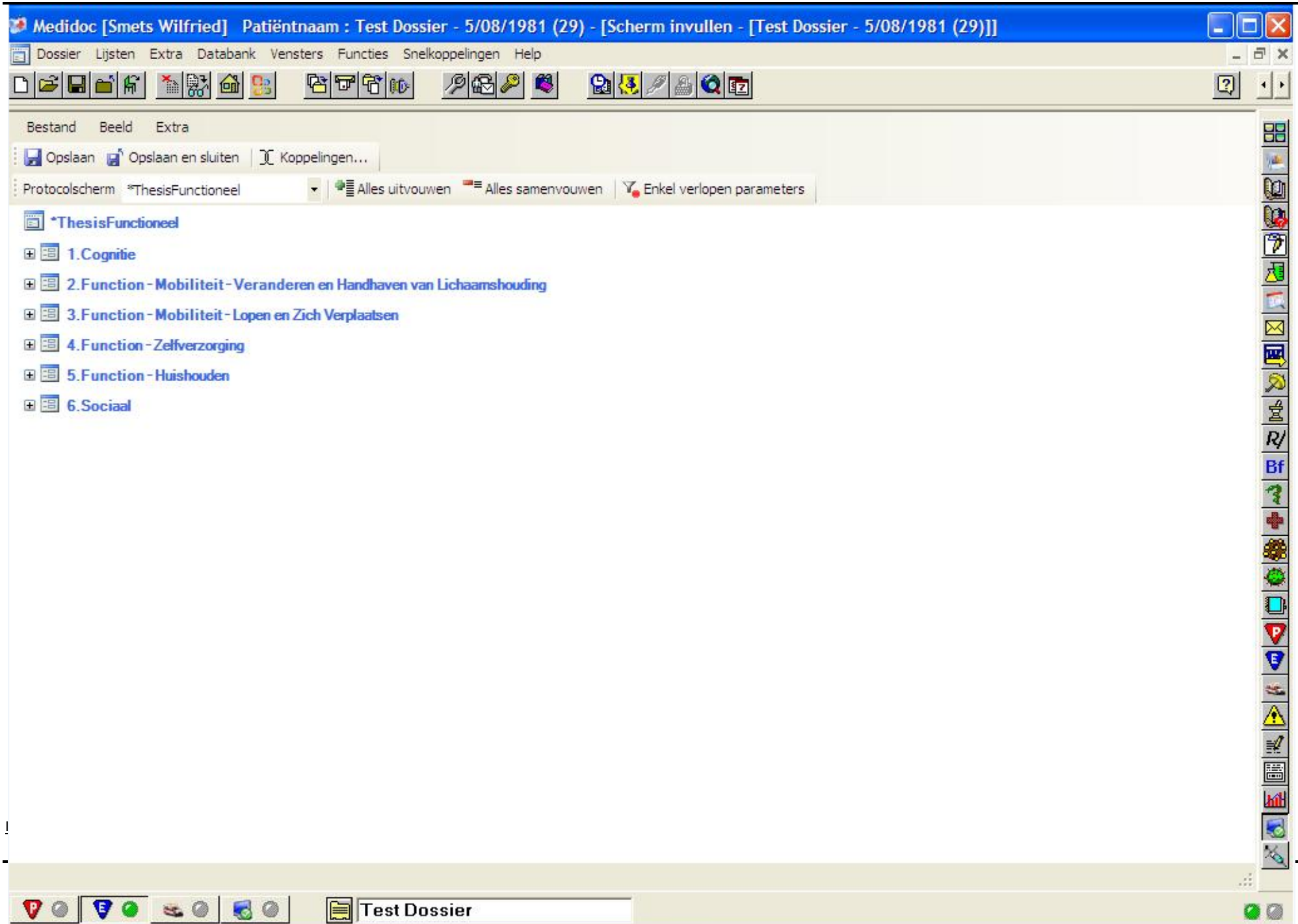
CRITERIUM	Oude score	Nieuwe score	1	2	3	4
ZICH WASSEN			kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel	heeft gedeeltelijk hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
ZICH KLEDEN			kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
TRANSFER en VERPLAATSINGEN			is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden	is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel,…)	heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen	is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen
TOILETBEZOEK			kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen	heeft hulp nodig voor één van de 3 items: zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen	heeft hulp nodig voor twee van de 3 items: zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen	heeft hulp nodig voor de 3 items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen
CONTINENTIE			is continent voor urine en faeces	is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars)	is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces	is incontinent voor urine en faeces
ETEN			kan alleen eten en drinken	heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken	heeft gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken	de patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken

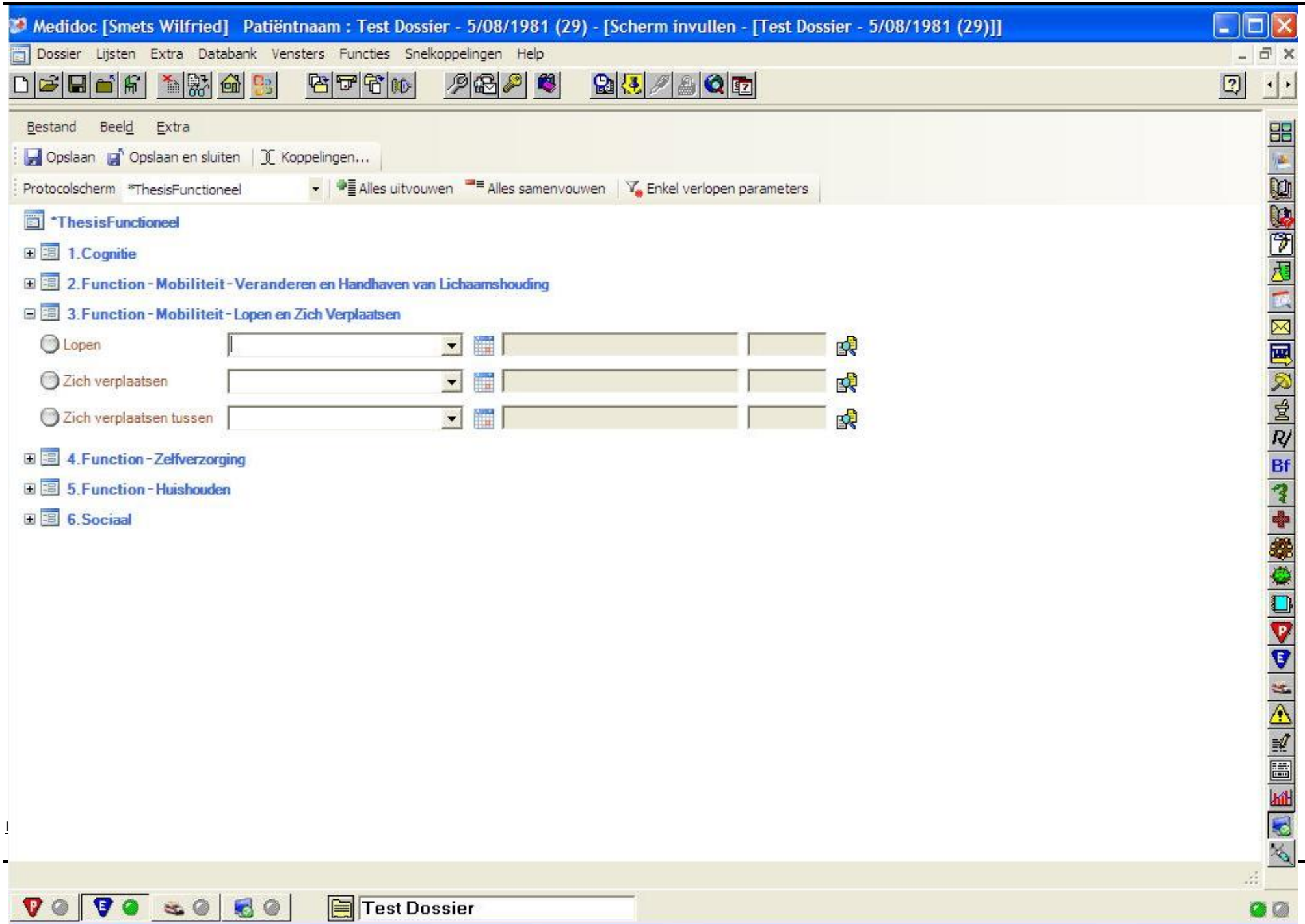
CRITERIUM			1	2	3	4
TIJD			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren

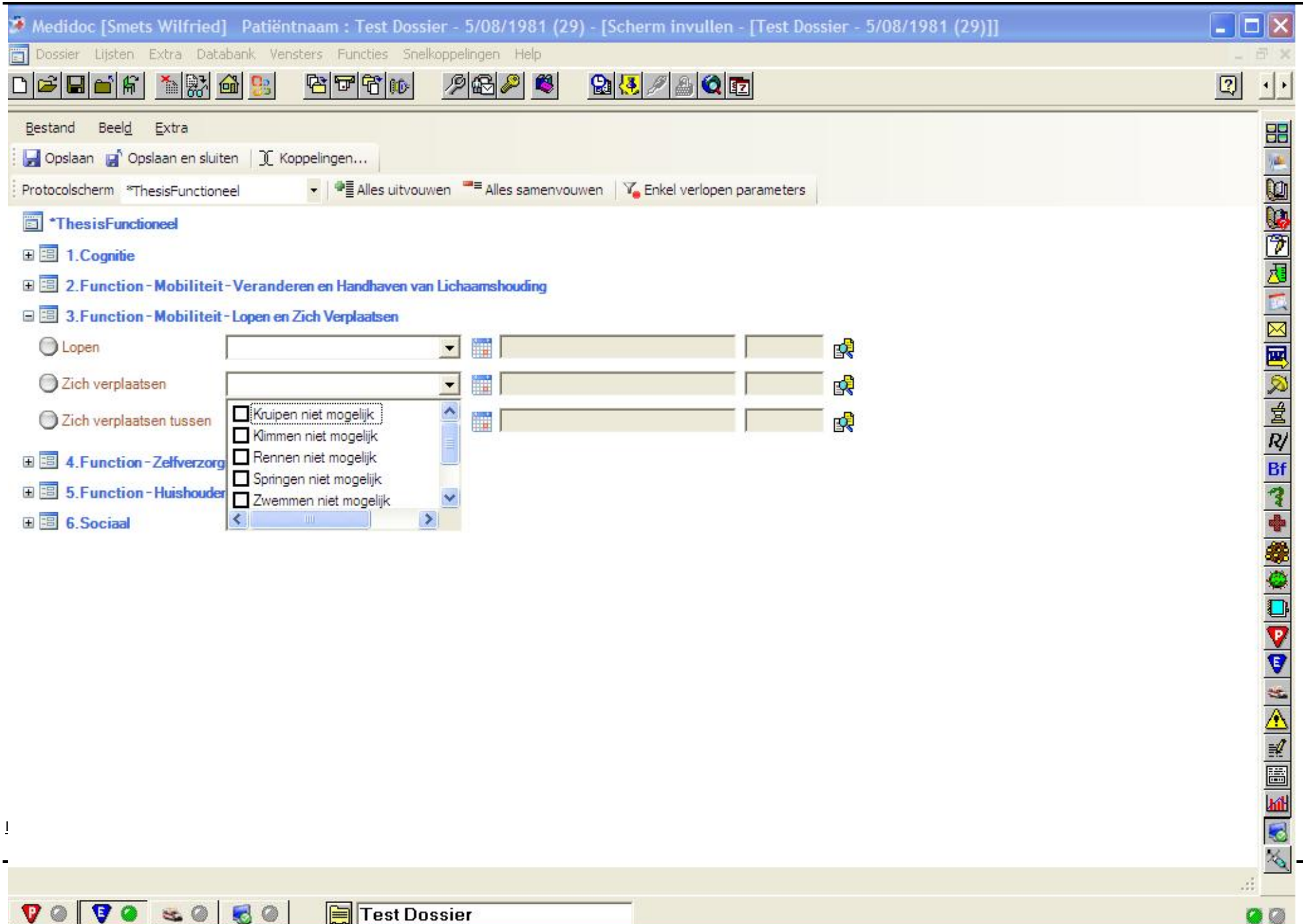
10.4 **Bartel index voor het meten van activiteiten in het dagelijks leven (ADL)**

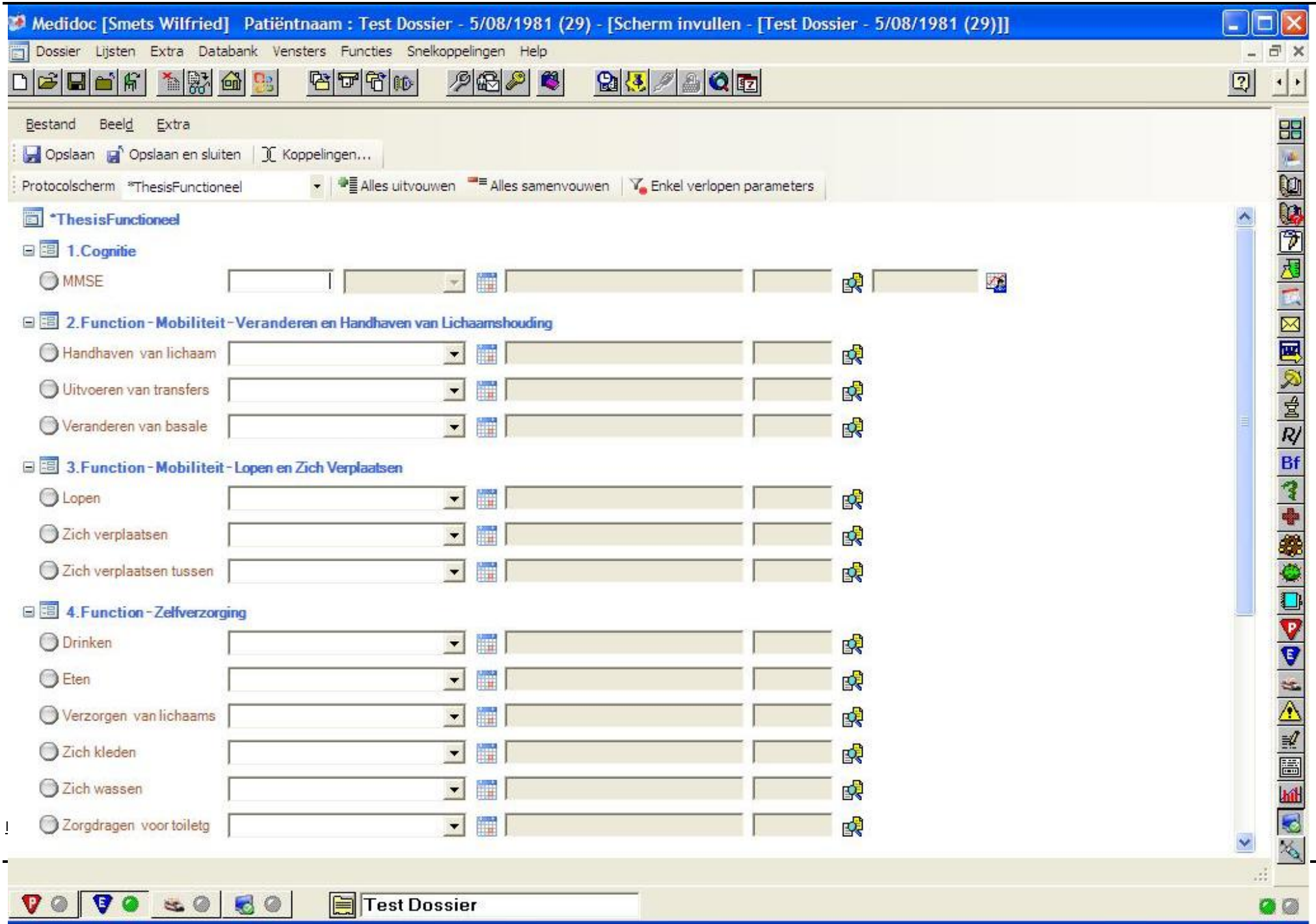
Aandachtsgebied	Omschrijving	Functie-score	Patiënt-score
Ontlasting	Incontinent	0	
	Soms incontinent	1	
	Continent	2	
Urine	Katheter of incontinent	0	
	Soms incontinent	1	
	Continent	2	
Persoonlijke verzorging	Hulpbehoevend	0	
	Zelfstandig voor wat betreft verzorging van gezicht, tanden, haar en bij scheren	1	
Toiletbezoek	Hulpbehoevend	0	
	Weinig hulp nodig	1	
	Zelfstandig	2	
Eten	Hulpbehoevend	0	
	Hulp nodig bij snijden en smeren	1	
	Zelfstandig	2	
Transfer (van bed naar stoel en terug)	Niet toe in staat	0	
	Veel hulp nodig	1	
	Weinig hulp nodig; verbaal of lichamelijk	2	
	Zelfstandig	3	
Mobiliteit	Kan zich niet verplaatsen	0	
	Zelfstandig in rolstoel	1	
	Lopen met hulp van een ander; verbaal of lichamelijk	2	
	Zelfstandig, eventueel met gebruik van hulpmiddelen	3	
Aan-/uitkleden	Hulpbehoevend	0	
	Kan ongeveer de helft zelf	1	
	Zelfstandig	2	
Trappen lopen	Niet toe in staat	0	
	Met hulp; verbaal of lichamelijk	1	
	Zelfstandig; op en af	2	
Baden	Hulpbehoevend	0	
	Zelfstandig	1	
		Totaal	……..

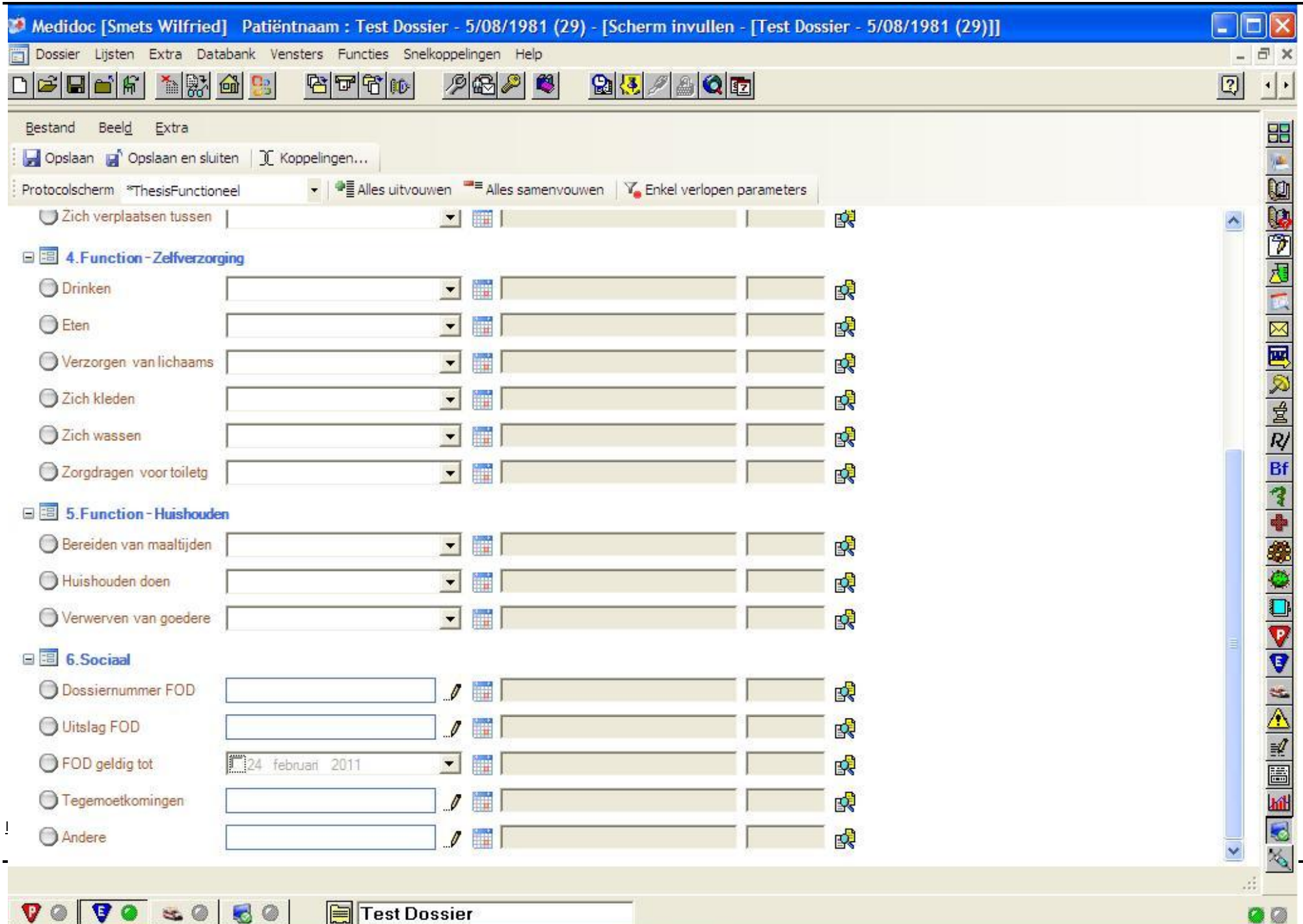
10.5 **Screenshots Protocol**


Medidoc [Smets Wilfried] Patiëntnaam : Test Dossier - 5/08/1981 (29) - [Scherm invullen - [Test Dossier - 5/08/1981 (29)]]
Dossier Lijsten Extra Databank Vensters Functies Snelkoppelingen Help
Bestand Beeld Extra
Opslaan Opslaan en sluiten Koppelingen...
Protocolscherm *ThesisFunctioneel
Alles uitvouwen
Alles samenvouwen
Enkel verlopen parameters
*ThesisFunctioneel
1.Cognitie
2.Function - Mobiliteit - Veranderen en Handhaven van Lichaamshouding
3.Function - Mobiliteit - Lopen en Zich Verplaatsen
4.Function - Zelfverzorging
5.Function - Huishouden
6.Sociaal
Test Dossier


Medidoc [Smets Wilfried] Patiëntnaam : Test Dossier - 5/08/1981 (29) - [Scherm invullen - [Test Dossier - 5/08/1981 (29)]]
Dossier Lijsten Extra Databank Vensters Functies Snelkoppelingen Help
Bestand Beeld Extra
Opslaan Opslaan en sluiten Koppelingen...
Protocolscherm *ThesisFunctioneel Alles uitvouwen Alles samenvouwen Enkel verlopen parameters
*ThesisFunctioneel
1.Cognitie
2.Function - Mobiliteit - Veranderen en Handhaven van Lichaamshouding
3.Function - Mobiliteit - Lopen en Zich Verplaatsen
Lopen
Zich verplaatsen
Zich verplaatsen tussen
4.Function - Zelfverzorging
5.Function - Huishouden
6.Sociaal
Test Dossier


Medidoc [Smets Wilfried] Patiëntnaam : Test Dossier - 5/08/1981 (29) - [Scherm invullen - [Test Dossier - 5/08/1981 (29)]]
Dossier Lijsten Extra Databank Vensters Functies Snelkoppelingen Help
Bestand Beeld Extra
Opslaan Opslaan en sluiten Koppelingen...
Protocolscherm *ThesisFunctioneel
Alles uitvouwen
Alles samenvouwen
Enkel verlopen parameters
*ThesisFunctioneel
1.Cognitie
2.Function - Mobiliteit - Veranderen en Handhaven van Lichaamshouding
3.Function - Mobiliteit - Lopen en Zich Verplaatsen
Lopen
Zich verplaatsen
Zich verplaatsen tussen
Kruipen niet mogelijk
Klimmen niet mogelijk
Rennen niet mogelijk
Springen niet mogelijk
Zwemmen niet mogelijk
4.Function - Zelfverzorg
5.Function - Huishouden
6.Sociaal
Test Dossier


Medidoc [Smets Wilfried] Patiëntnaam : Test Dossier - 5/08/1981 (29) - [Scherm invullen - [Test Dossier - 5/08/1981 (29)]]
Dossier Lijsten Extra Databank Vensters Functies Snelkoppelingen Help
Bestand Beeld Extra
Opslaan Opslaan en sluiten Koppelingen...
Protocolscherm *ThesisFunctioneel Alles uitvouwen Alles samenvouwen Enkel verlopen parameters
*ThesisFunctioneel
1.Cognitie
MMSE
2.Function - Mobiliteit - Veranderen en Handhaven van Lichaamshouding
Handhaven van lichaam
Uitvoeren van transfers
Veranderen van basale
3.Function - Mobiliteit - Lopen en Zich Verplaatsen
Lopen
Zich verplaatsen
Zich verplaatsen tussen
4.Function - Zelfverzorging
Drinken
Eten
Verzorgen van lichaams
Zich kleden
Zich wassen
Zorgdragen voor toiletg
Test Dossier


Medidoc [Smets Wilfried] Patiëntnaam : Test Dossier - 5/08/1981 (29) - [Scherm invullen - [Test Dossier - 5/08/1981 (29)]]
Dossier Lijsten Extra Databank Vensters Functies Snelkoppelingen Help
Bestand Beeld Extra
Opslaan Opslaan en sluiten Koppelingen...
Protocolscherm *ThesisFunctioneel Alles uitvouwen Alles samenvouwen Enkel verlopen parameters
Zich verplaatsen tussen
4.Function - Zelfverzorging
Drinken
Eten
Verzorgen van lichaams
Zich kleden
Zich wassen
Zorgdragen voor toiletg
5.Function - Huishouden
Bereiden van maaltijden
Huishouden doen
Verwerven van goedere
6.Sociaal
Dossiernummer FOD
Uitslag FOD
FOD geldig tot
24 februari 2011
Tegemoetkomingen
Andere
Test Dossier