De betekenis van kwaliteit en kwaliteitsinitiatieven in de huisartsenpraktijk.

Simon Flies, Huisarts in Opleiding, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. dr. Johan Wens, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2016 - 2017

Abstract

De betekenis van kwaliteit en kwaliteitsinitiatieven in de huisartsenpraktijk.

Haio: Simon FLIES, Universiteit Antwerpen
Promotor: Prof. Dr. Johan WENS

Context: Kwaliteit van zorg wordt in de literatuur op verschillende manieren beschreven. Om kwaliteit van zorg te verbeteren heeft het Institute for Healthcare Improvement (IHI) een 'triple aim' referentiekader ontwikkeld waarin drie objectieven worden nagestreefd. Hiervoor is een nieuwe aanpak nodig binnen de zorgsector waarbij meer aandacht en ondersteuning moet gaan naar de eerstelijnszorg. Er bestaat reeds een groot aantal initiatieven om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Implementatie hangt echter voor een groot deel af van de beroepsgroep.

Onderzoeksvragen: Wat betekent goede kwaliteit van zorg voor de huisarts in de praktijk? Wat is de ervaring met reeds bestaande kwaliteitsinitiatieven binnen de huisartsgeneeskunde? Welke veranderingen zijn er volgens huisartsen nodig om kwaliteit van zorg te verbeteren in de toekomst?

Methode: Een oriënterend literatuuronderzoek werd via deskresearch gedaan, waarbij gezocht werd naar 'quality of care' en 'kwaliteit van zorg'. Er werd gezocht via de sites van het RIZIV, het Federaal Kenniscentrum (KCE) en Domus Medica. Een vragenlijst die peilde naar het belang van kwaliteit van zorg volgens huisartsen en de waarde van huidige initiatieven werd opgesteld en online verdeeld onder haio's en huisartsen via het Icho, wachtpost Antwerpen-Zuid en Antwerpen-Centrum. Focusgroepen werden gehouden onder drie verschillende groepen van minstens 5 huisartsen waarbij getracht werd hypothesen op te stellen omtrent de onderzoeksvragen.

Resultaten: Kwantitatief onderzoek: 108 personen vulden de vragenlijst in, waarvan 38 haio's en 70 huisartsen. De belangrijkste dimensie in kwaliteit van zorg is de arts-patiënt relatie. De meest gewaardeerde initiatieven in kwaliteit van zorg zijn BCFI, BAPCOC-gids en Farmaka, minst gewaardeerd zijn de initiatieven met betrekking tot eHealth, behalve Vaccinnet.
Kwalitatief onderzoek: Kwaliteit van zorg speelt zich af binnen twee hoofddomeinen (communicatie en medische zorg), welke als geheel omgeven zijn door organisatie. Slechte implementatie van eHealth in de softwarepakketten staan aan de basis van de slechte waardering voor deze initiatieven. Betere samenwerking dient gepromoot te worden in de toekomst.

Conclusie: Momenteel dient er sterk ingezet te worden op een hogere gebruiksvriendelijkheid van de eHealth initiatieven. De overheid dient een duidelijke visie te stellen aan de eerste lijn, waarbij een consensus omtrent 'huisartsgeneeskundige kwaliteit van zorg' en daarvoor ingestelde initiatieven dient opgesteld te worden. Hierop kunnen initiatieven ontworpen worden welke met behulp van financiële ondersteuning en positieve feedback geïmplementeerd kunnen worden.

Contact: simon.flies@hotmail.com

Inhoudstafel

Abstract 1

Inhoudstafel 2

Inleiding 4

Methode 7

Vragenlijst 7

Focusgroepen 8

Resultaten 10

Kwantitatieve onderzoeksresultaten: 10

Beschrijving van de onderzoekspopulatie: 10

Kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk: 12

Bestaande kwaliteitsinitiatieven: 14

Kwalitatieve onderzoeksresultaten: 17

Kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk: 17

eHealth, coderen en delen van gegevens: 18

Factoren die helpen om kwaliteit van zorg te verbeteren: 21

Kwaliteit van zorg in de toekomst: 22

Discussie 24

Besluit 27

Dankwoord 28

Referenties 29

Bijlagen 30

Bijlage 1: Goedgekeurd studieprotocol 30

Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité 34

Bijlage 3: Vragenlijst 37

Bijlage 4: Informatieformulier focusgroepen 40

Bijlage 5: Toestemmingsformulier focusgroepen 42

Bijlage 6: Draaiboek focusgroepen 43

Bijlage 7: Codeboek focusgroepen 45

..... 45

Inleiding

Kwaliteit van zorg wordt in de literatuur op verschillende manieren en vanuit verschillende perspectieven omschreven.
Op internationaal niveau heeft het Institute of Medicine (IOM) de volgende definitie van kwaliteit van zorg opgesteld: “De mate waarin gezondheidszorg voor individuen en voor de bevolking de kansen verhoogt om de gewenste gezondheidsresultaten te verkrijgen en de mate waarin die consistent is met de huidige professionele kennis.” Binnen het begrip kwaliteit worden verschillende kwaliteitsdomeinen onderscheiden: De zorg moet veilig, effectief, efficiënt, doelgroepgericht, tijdig, toegankelijk, continu en geïntegreerd zijn [1].
Ook de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) maakt een onderverdeling tussen verschillende domeinen binnen kwaliteit van zorg: effectiviteit, efficiëntie, toegankelijkheid, doelgroepgerichtheid, onpartijdigheid en veiligheid. Om verbetering in kwaliteit te brengen is het volgens het WHO nodig om rollen en verantwoordelijkheden te differentiëren binnen de verschillende delen van het gezondheidszorgsysteem. Op politiek niveau dient een strategie ontwikkeld te worden om kwaliteit van zorg over het hele gezondheidszorgsysteem te verbeteren. Gezondheidszorgverstrekkers dienen er voor te zorgen dat hun zorg de hoogst mogelijke standaard bezit en toegepast is op het individu, hun familie en omgeving. Gezondheidszorggebruikers hebben de verantwoordelijkheid om hun eigen zorgbehoeften te identificeren en hun eigen gezondheid te organiseren met ondersteuning van de verschillende zorgverstrekkers [2].

World Organization of Family Doctors (WONCA) publiceerde een vernieuwde Europese definitie van ‘huisartsgeneeskunde’: “Huisartsgeneeskunde is een academische en wetenschappelijke discipline met een eigen onderwijsinhoud, onderzoek, ‘evidence base’ en klinische activiteit. Zij is een klinisch specialisme gericht op eerstelijnszorg.” Hierbij worden elf hoofdkenmerken beschreven die in verhouding staan tot elf vaardigheden die elke huisarts moet beheersen. Deze zijn te bundelen tot zes kerncompetenties: eerstelijnszorgverlening, persoonsgerichte zorg, specifieke probleemoplossende vaardigheden, integrale aanpak, gerichtheid op de gemeenschap, en holistische benadering [3]. Bij de uitoefening van het specialisme in de praktijk moet de huisarts deze kerncompetenties toepassen op drie gebieden: het medisch handelen, de communicatie met patiënten en de manier waarop de praktijkvoering is georganiseerd.

Voor Vlaanderen beschrijft Domus Medica de kerneigenschappen van huisartsenzorg als volgt: ‘Huisartsen bieden hun patiënten kwaliteitsvolle gezondheidszorg en begeleiding die persoonsgericht, toegankelijk en continu is en zich zo dicht mogelijk bij de vertrouwde woonomgeving situeert. De huisartsenpraktijk biedt patiënten een breed aanbod van zorg, waarbij de huisarts: gezondheidsproblemen weet te voorkomen; klachten weet te vertalen om vervolgens een adequate aanpak voor te stellen; patiënten kan behandelen, verwijzen en begeleiden; gedurende lange tijd zorg biedt die op de persoon en zijn omgeving is gericht. De huisartsenzorg staat als eerstelijnszorg niet geïsoleerd of op zichzelf maar vormt een essentieel onderdeel van een breder zorgsysteem [4].’

De vergrijzing van de bevolking leidt tot een toename van het aantal chronische aandoeningen en van multimorbiditeit. Hierdoor stijgt de vraag naar zorg veel sneller dan het beschikbare budget voor gezondheidszorg. Het Institute for Healthcare Improvement (IHI) heeft een kader ontwikkeld om het gezondheidszorgsysteem te optimaliseren waarbij drie objectieven worden nagestreefd 'triple aim': het verbeteren van gezondheid en welzijn van een gedefinieerde populatie, het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg en welzijn en het verlagen van de kosten per hoofd van de bevolking [5]. Om deze evoluties en de bijhorende vraag naar aangepaste zorg de volgende jaren effectief het hoofd te kunnen bieden is een nieuwe aanpak nodig binnen de zorgsector, met slimmere zorg, meer aandacht voor preventie en een verschuiving van taken. Waarbij er meer aandacht en ondersteuning moet gaan naar eerstelijnszorg, thuiszorg en zelfzorg [6].

Het laatste performantierapport van het Belgische gezondheidssysteem van 2015 stelt dat de zorgkwaliteit van ons land zich op het Europese gemiddelde bevindt [7]. Om deze performantie in België te verbeteren, bestaat er reeds een groot aantal initiatieven die de kwalitatieve zorgverlening door artsen op verschillende manieren aanmoedigen:

- Accreditering is een engagement van artsen om kwalitatief hoogstaande dienstverlening te garanderen door erkende deelname aan navormingsactiviteiten en 'peer review'-sessies (Lokale kwaliteitsgroep – LOK) en een drempelactiviteit te bereiken van een minimumaantal patiëntencontacten. Online zijn er verschillende e-learningopleidingen beschikbaar.
- Het RIZIV stuurt individuele activiteitenverslagen en feedbacks betreffende de praktijk welke de arts toelaat zichzelf te situeren, door de praktijk te vergelijken met die van collega's.
- Zorgtrajecten coördineren de aanpak, de behandeling en de opvolging van een patiënt met een chronische ziekte.
- Met de Quality Award worden in totaal vier projecten beloond met een prijs van €5000. Deze projecten verbeteren de zorgkwaliteit in de huisartsgeneeskunde of bevorderen de samenwerking tussen huisartsen en specialisten.
- Er zijn heel wat Evidence based medicine (EBM) bronnen beschikbaar, gebaseerd op medische evidentie.
- Globaal medisch dossier (GMD) is een deel van het medische dossier waardoor individuele begeleiding van de patiënt en een beter overleg tussen artsen mogelijk is.
- e-health staat voor het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) – en meer bepaald internettechnologie – om de gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Voorbeelden zijn MyCareNet, Summarized Electronic Health Record (SUMEHR), Recip-e, eHealthbox, Vitalink en Vaccinnet.

De implementatie van deze initiatieven hangt echter voor een groot deel af van de visie van de beroepsgroep, met name de huisartsen zelf. Een professionele cultuur is de drijfkracht voor kwaliteitsinitiatieven in de huisartsenpraktijk. De beroepsgroep dient daartoe te participeren in het definiëren van de kwaliteitsinitiatieven en efficiënte instrumenten voor te stellen om de kwaliteit te verbeteren [8].

Deze studie heeft tot doel hypothesen op te stellen omtrent de visie van huisartsen op kwaliteit van zorg, de bestaande kwaliteitsinitiatieven en veranderingen die nodig zijn om kwaliteit van zorg in de toekomst te verbeteren. De resultaten van dit onderzoek kunnen helpen om het debat omtrent kwaliteit van zorg binnen de huisartsgeneeskunde mee open te trekken. Ook kunnen de opgestelde hypothesen in een volgend project als basis dienen om verder kwantitatief onderzoek te verrichten.

Hierdoor is het mogelijk om rekening te houden met deze factoren wanneer men nieuwe kwaliteitsinitiatieven wil opstellen of huidige initiatieven wil aanpassen, waardoor kwaliteitsinitiatieven breder gedragen worden door huisartsen, hetgeen zorgt voor een betere implementatie in de praktijk en bijgevolg voor een betere kwaliteit van zorg.

In deze studie wordt getracht antwoorden te vinden op volgende vragen:

- Wat betekent goede kwaliteit van zorg voor de huisarts in de praktijk?
- Wat is de ervaring met reeds bestaande kwaliteitsinitiatieven binnen de huisartsgeneeskunde?
- Welke veranderingen zijn er volgens huisartsen nodig om kwaliteit van zorg te verbeteren in de toekomst?

Methode

Om een antwoord te vinden op de verschillende onderzoeksvragen werd een beroep gedaan op verschillende onderzoeksmethoden. Het onderzoek werd goedgekeurd door het Comité voor medische ethiek van het UZA/UA Antwerpen met Belgisch Registratienummer: B300201628045 *(Bijlage 1 en 2).*
Er werd een oriënterend literatuuronderzoek gedaan via deskresearch. Hierbij werd gezocht naar definities van 'quality of care' en 'kwaliteit van zorg' volgens internationale en nationale literatuur. Er werd literatuur opgezocht omtrent de huidige kwaliteitsinitiatieven via de site van het Belgische Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Dit is een openbare instelling in België waarbinnen de verschillende partners, de werknemers, werkgevers, verzekeringsinstellingen en zorgverstrekkers (onder andere artsen, kinesisten, apothekers, farmaceutische industrie) afspraken maken omtrent sociale zekerheid. Via de site van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) werd literatuur gezocht omtrent de huidige kwaliteit van zorg in België. Het KCE is een Belgische publieke instelling, opgericht op federaal niveau met als opdracht studierapporten en jaarverslagen te maken om de beleidsmakers bij te staan in hun beslissingen.
Toekomstvisies omtrent kwaliteit van zorg in de huisartsgeneeskunde werden in de literatuur opgezocht via de site van Domus Medica. Domus Medica behartigt de belangen van de huisartsen en de huisartsenkringen in Vlaanderen op wetenschappelijk, maatschappelijk en syndicaal vlak via democratische besluitvorming en wetenschappelijke onderbouw en bevordert de ontwikkeling en realisatie van een goede patiëntgerichte gezondheidszorg en zorgbeleid.

Vragenlijst

Aan de hand van het literatuuronderzoek werd een vragenlijst opgesteld. Naast demografische gegevens werden er vragen opgesteld omtrent de verschillende onderzoeksvragen van dit project. De vragenlijst peilde naar de mate waarin huisartsen kwaliteit belangrijk vinden, welke aspecten hierbij belangrijk zijn en in welke mate huidige kwaliteitsinitiatieven hun hierbij helpen.

Er werd zowel gebruik gemaakt van open vragen, twee keuze (ja – nee), meerkeuze vragen en Likertschalen. De vraag die peilde naar de verschillende aspecten van de kwaliteit van zorg werd gebaseerd op een vragenlijst van het European Practice Assessment instrument (EPA). Hierbij werden 20 verschillende vragen, die elk betrekking hebben tot een bepaalde dimensie van kwaliteit van zorg, in gerandomiseerde volgorde gesteld om te vermijden dat de ondervraagde een onderling verband tussen de vragen zou opmerken:

- Arts-patiënt relatie (vraag 1, 6, 10, 15)
- Medische zorg (vraag 4, 7, 11, 20)
- Informatie en ondersteuning (vraag 2, 8, 12, 17)
- Organisatie van zorg (vraag 3, 13, 19)
- Toegankelijkheid van zorg (vraag 5, 9, 14, 16, 18)

De vragen werden gescoord op een Likertschaal van 1 – 4 (niet belangrijk – zeer belangrijk). De vragenlijst is toegevoegd in bijlage *(Bijlage 3)*.

De vragenlijst werd opgesteld via de online survey-tool 'Qualtrics'. Verspreiding van de vragenlijst gebeurde via mail waarbij verschillende verantwoordelijken in het haio- en huisartsenlandschap werden aangesproken met de vraag om de vragenlijst onder hun leden te verspreiden. Zo werd de vragenlijst verdeeld onder de leden van huisartsenwachtpost Antwerpen Zuid en huisartsenwachtpost Brabo. Via de ICHO-nieuwsbrief en ICHO-site kregen alle haio's en praktijkopleiders (PO's) in Vlaanderen een uitnodiging voor deelname aan de vragenlijst. Daarnaast werd de vragenlijst ook verspreid onder de Vlaamse leden van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) en werd aan collega Haio's gevraagd de vragenlijst verder te verspreiden onder praktijkcollega's.

De vragenlijst bleef gedurende de maanden oktober en november 2016 actief. De data werden geëxporteerd in de software pakketten Microsoft Excel 2013 en SPSS Statistics 24, waarmee data analyse werd uitgevoerd. Er werd een analyse gemaakt van de data door middel van gemiddeldes met standaarddeviatie, waarbij verdelingen werden gemaakt tussen haio's en huisartsen, mannen en vrouwen. Door middel van een t-toets, of indien nodig een Chi-kwadraat toets, werd onderzocht of er significante verschillen waren tussen de verschillende steekproefpopulaties.

Focusgroepen

Naast een kwantitatief onderzoek via een vragenlijst, vonden er ook drie focusgroepen plaats. Een focusgroep is een vorm van kwalitatief onderzoek waarin een groep mensen wordt bevraagd naar hun perceptie, opinie en overtuigingen over een bepaald onderwerp. Door het werken met focusgroepen konden de verschillende deelnemers in interactie treden met elkaar en een inspiratiebron zijn voor elkaar, waardoor de antwoorden volledige werden.

Er werden vier verschillende LOK-groep verantwoordelijken aangesproken. Vanuit praktische overwegingen werd gekozen om de LOK-groep verantwoordelijken van de PO's aan te spreken en twee andere LOK-groepen uit Antwerpen. Via mail werd hen een informatieformulier en toestemmingsformulier toegezonden en de vraag voor deelname aan een focusgroep *(Bijlage 4 en 5)*. Slechts één van de vier LOK-groepen verantwoordelijken kon voldoende leden overtuigen voor deelname aan een focusgroep. Daarom werd er in een tweede fase contact opgenomen met vier groepspraktijken uit Antwerpen, waarvan er twee wilden deelnemen aan een focusgroep. In totaal werden er 3 focusgroepen gehouden tijdens de maanden november en december 2016, welke zestig tot negentig minuten duurden.

Om structuur te behouden binnen de verschillende focusgroepen werd er een draaiboek opgesteld *(Bijlage 6)*. Er werden vragen opgesteld vertrekkend vanuit de onderzoeksvragen en de online vragenlijst.
Deze werden in overleg met de promotor aangepast. Een uiteindelijke indeling in introductievragen, transitievragen, kernvragen en afrondende vragen werd gemaakt.

Vooraleer de focusgroep te starten werd het informatieformulier gezamenlijk overlopen om aan de deelnemers de mogelijkheid te geven vragen te stellen. Er werd gevraagd om de toestemmingsformulieren te ondertekenen vooraleer er gestart werd met de focusgroep. De focusgroepen werden gemodereerd door de onderzoeker. Er was geen aparte observator aanwezig tijdens de focusgroepen, dit werd opgevangen door gebruik te maken van verschillende video-opnames zodat elke deelnemer duidelijk in beeld kwam. Daarnaast werd er gebruik gemaakt van een centrale audio opname.

Analyse van de focusgroepen gebeurden in verschillende fases. In een eerste fase werden de focusgroepen letterlijk uitgeschreven door de onderzoeker in een transcript. In een tweede fase werden codes toegekend aan fragmenten tekst. In een derde fase werd er axiaal gecodeerd waarbij fragmenten met dezelfde code vergeleken werden op verschillen en overeenkomsten. In een laatste fase werden terugkerende aspecten geïdentificeerd als relevante thema's voor de onderzoeksvragen. In het codeboek *(Bijlage 7)* werden deze thema's beschreven door groeperingen van codes en onderling in verband gebracht door subthema's [9].

Resultaten

Kwantitatieve onderzoeksresultaten:

Beschrijving van de onderzoekspopulatie:

De vragenlijst werd ingevuld door 108 personen *(zie tabel 1)*. Hierbij zijn meer vrouwen (66) dan mannen (42) vertegenwoordigd. Van de haio's zijn 28,9 % (n = 11) man en 71,1 % (n = 27) vrouw. Dit komt overeen met de totale populatie haio's in Vlaanderen (28,3 % mannen en 71,7 % vrouwen) zoals beschreven in de jaarstatistieken van 2015 [10]. Bij de artsen zijn er 44,3 % (n = 31) mannen en 55,7 % (n = 39) vrouwen vertegenwoordigd. Dit tegenover 62,3 % mannen en 37,7 % vrouwen in de totale Vlaamse populatie. Artsen actief in een groepspraktijk zijn het meest vertegenwoordigd met 75 % (n = 81) van de totale steekproefpopulatie. 85,2 % (n = 92) werkt per prestatie en 14,8 % (n = 16) werkt in een forfaitair financieringssysteem.

	Aantal (n)	**Percentage (%)**
Totale populatie:	**108**	**100,0**
Geslacht:		
Man	42	38,9
Vrouw	66	61,1
Haio - Arts:		
Haio	38	35,2
Man	*11*	*28,9*
Vrouw	*27*	*71,1*
Arts	70	64,8
Man	*31*	*44,3*
Vrouw	*39*	*55,7*
Praktijkvorm:		
Solo	17	15,7
Duo	10	9,3
Groep	81	75,0
Financieringssysteem:		
Per prestatie	92	85,2
Forfaitair	16	14,8

Tabel 1: Beschrijving van de onderzoekspopulatie.

81,5 % van de ondervraagden heeft assistentie in de praktijk *(zie tabel 2)*. 64,8 % van de ondervraagden beschikt over een administratief medewerker in de praktijk. Ongeveer een derde (32,4 %) maakt gebruik van een verpleegkundige in praktijk en 14,8 % van een praktijkassistent. Overige assistentie of samenwerking in de praktijk bestaat uit onder andere telesecretariaat, diëtisten, psychologen, kinésisten, maatschappelijk werkers, meewerkende echtgenoten en labopriksters.

	Aantal (n)	Percentage (%)
Totale populatie:	**108**	**100,0**
Assistentie in de praktijk:	88	81,5
Administratief medewerker	70	64,8
Verpleegkundige	35	32,4
Praktijkassistent	16	14,8
Overige	22	20,4

Tabel 2: Assistentie in de praktijk bij totale onderzoekspopulatie.

Van de 70 huisartsen die de vragenlijst hebben ingevuld, antwoordde 60,0 % dat ze naast hun beroep als huisarts ook een andere functie binnen de huisartsgeneeskunde uitoefenen *(zie tabel 3)*. 27,1 % heeft een functie als opleider. Daarnaast heeft 17,1 % een functie in het onderwijs en 8,6 % in onderzoek. 22,9 % van de ondervraagde huisartsen heeft een functie binnen de werking van de huisartsenkring. Overige functies die vermeld werden bestonden uit een functie op syndicaal niveau, bij dokters van de wereld of het tropisch instituut.

	Aantal (n)	Percentage (%)
Totaal aantal artsen:	**70**	**100,0**
Andere functie binnen huisartsgeneeskunde:	42	60,0
Opleiding	19	27,1
Onderwijs	12	17,1
Onderzoek	6	8,6
Kringwerking	16	22,9
Overige	13	18,6

Tabel 3: Uitoefening van functies binnen huisartsgeneeskunde onder huisartsen.

Kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk:

Wanneer gevraagd werd hoe belangrijk 'goede kwaliteit van zorg' is in de huisartsenpraktijk, werd hieraan een hoge gemiddelde score van 9,29 op 10 gegeven (SD ±0,88). Door middel van een chi-kwadraat toets werd er vergeleken of er een significant verschil was tussen enerzijds haio's en artsen en anderzijds mannen en vrouwen. Hierbij werd een significant verschil gevonden (p-waarde = 0,008) tussen haio's en artsen, waarbij haio's kwaliteit van zorg minder belangrijk scoorden dan artsen. Er was geen significant verschil tussen mannen en vrouwen (p-waarde = 0,568). *(zie tabel 4)*

Hoe belangrijk is voor jou 'goede kwaliteit van zorg' in de huisartsenpraktijk? (score op 10)				
	Gemiddelde	**Standaard Deviatie**	**Chi-kwadraat toets**	**p-waarde**
Haio (N=38)	8,97	0,94	Haio - Arts	0,008
Arts (N=70)	9,46	0,79		
Man (N=42)	9,36	0,88	Man - Vrouw	0,568
Vrouw (N=66)	9,24	0,88		
Totaal (N=108)	9,29	0,88		

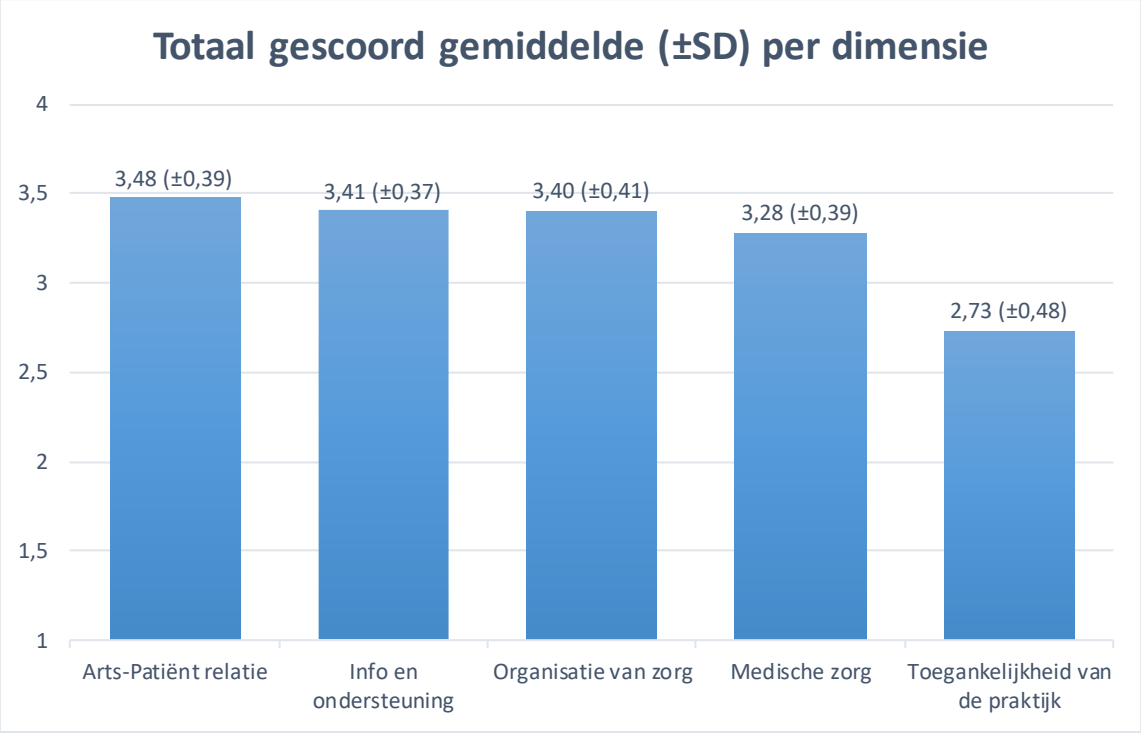
Tabel 4: Belangrijkheid van goede kwaliteit van zorg voor de huisarts.

Om een duidelijker beeld te krijgen omtrent factoren die volgens de deelnemers belangrijk zijn in de kwaliteit van zorg werd in de vragenlijst getoetst naar verschillende dimensies van kwaliteit van zorg. Ook hier werd een opsplitsing gemaakt tussen haio's en artsen, mannen en vrouwen. Daarbij werd ook via een Chi-kwadraat toets getest of er tussen de verschillende populaties een significant verschil te vinden was, hetgeen bij geen enkel van de dimensies aanwezig was (p-waarde > 0,05). *(zie tabel 5)*

	Haio (N=38)		**Arts (N=70)**		**Man (N=42)**		**Vrouw (N=66)**		**Totaal (N=108)**		**Chi-kwadraat toets (p-waarde)**	
	Gem.	**SD**	**Gem.**	**SD**	**Gem.**	**SD**	**Gem.**	**SD**	**Gem.**	**SD**	**Haio -Arts**	**Man-Vrouw**
Arts-Patiënt relatie	3,55	0,34	3,44	0,41	3,42	0,37	3,52	0,39	3,48	0,39	0,234	0,530
Info en ondersteuning	3,39	0,34	3,41	0,38	3,36	0,36	3,44	0,37	3,41	0,37	0,967	0,300
Medische zorg	3,27	0,36	3,28	0,41	3,21	0,41	3,32	0,37	3,28	0,39	0,776	0,204
Organisatie van zorg	3,43	0,35	3,39	0,44	3,36	0,42	3,43	0,40	3,40	0,41	0,549	0,842
Toegankelijkheid van de praktijk	2,83	0,39	2,67	0,51	2,73	0,50	2,72	0,47	2,73	0,48	0,136	0,276

Tabel 5: Belangrijkheid van verschillende dimensies van kwaliteit van zorg.
(score op Likertschaal van 1 "Niet belangrijk" tot 4 "Zeer belangrijk")

Significante verschillen konden wel aangetoond worden tussen enkele van de totale gemiddelde scores van de verschillende dimensies. De dimensie 'Medische zorg' en 'Toegankelijkheid van de praktijk' scoorden significant lager ten opzichte van de drie hoogst gescoorde dimensies (p-waarde < 0,05). 'Arts-patiënt relatie' scoorde significant hoger dan de vier andere domeinen (p-waarde < 0,05) en 'info en ondersteuning' scoorde tweede hoogst *(zie figuur 1).* Wel dient gezegd te worden dat bij de laagst gescoorde dimensie 'Toegankelijkheid van de praktijk' een score van 3,58 (±0,53) werd gegeven indien het om het verlenen van hulp gaat voor een gezondheidsprobleem dat onmiddellijk aandacht vereist.



Figuur 1: Belangrijkheid per dimensie van kwaliteit van zorg.
(score op Likertschaal van 1 "Niet belangrijk" tot 4 "Zeer belangrijk")

Bestaande kwaliteitsinitiatieven:

Vooraleer de deelnemers vragen kregen over verschillende bestaande kwaliteitsinitiatieven, werd er aan hen gevraagd of ze zelf kwaliteitsinitiatieven kenden. Hierbij antwoordde 34,2 % (n=13) van de haio's en 64,3 % (n=45) van de artsen 'ja' op. In totaal kenden dus ongeveer de helft 53,7 % (n=58) van de ondervraagden een kwaliteitsinitiatief.

Verder in de vragenlijst werd een opsommingslijst gemaakt van bestaande initiatieven en gevraagd aan de deelnemers met welke initiatieven ze reeds hadden gewerkt. Hierbij hadden de artsen gemiddeld met reeds 75,4 % (±22,1) van de verschillende initiatieven gewerkt tegenover 58,6 % (±16,3) van de haio's, hetgeen een significant verschil is tussen beide groepen (p-waarde < 0,05). Per initiatief zijn in onderstaande tabel de percentages van beide groepen weergegeven. Hierbij werd er gezocht naar significante verschillen tussen haio's en artsen. Huisartsen werkten significant meer met Accreditering, Feedbackverslagen, LOK's, Vitalink, Sumehr, e-learningopleidingen, MyCareNet en de Quality Awards. Haio's werkten meer met EBM Practice Net. De vijf meest gebruikte initiatieven onder huisartsen waren Accreditering, LOK's, het GMD, BCFI en de BAPCOC-gids. De haio's gebruikten het GMD, BAPCOC-gids, EBM Practice Net, CEBAM en BCFI het meest. *(zie tabel 6)*

	Haio (N=38)		Arts (N=70)		Totaal (N=108)		Chi-kwadraat toets (p-waarde)
	Gem. (%)	SD	Gem. (%)	SD	Gem. (%)	SD	Haio-Arts
Accreditering	15,8	0,4	97,1	0,2	68,5	0,5	0,000
Feedbackverslagen	5,3	0,2	62,9	0,5	42,6	0,5	0,000
LOK's	44,7	0,5	95,7	0,2	77,8	0,4	0,000
Vitalink	26,3	0,4	58,6	0,5	47,2	0,5	0,001
EBM Practice Net	92,1	0,3	68,6	0,5	76,9	0,4	0,006
Sumehr	55,3	0,5	80,0	0,4	71,3	0,5	0,007
e-learningopleidingen	42,1	0,5	67,1	0,5	58,3	0,5	0,012
MyCareNet	42,1	0,5	64,3	0,5	56,5	0,5	0,026
Quality Awards	0,0	0,0	11,4	0,3	7,4	0,3	0,030
CEBAM	89,5	0,3	78,6	0,4	88,9	0,4	NS
Zorgtrajecten	78,9	0,4	87,1	0,3	84,3	0,4	NS
Farmaka	76,3	0,4	84,3	0,4	81,5	0,4	NS
Recip-e	63,2	0,5	71,4	0,5	68,5	0,5	NS
Vaccinnet	81,6	0,4	87,1	0,3	85,2	0,4	NS
BAPCOC-gids	92,1	0,3	88,6	0,3	92,6	0,3	NS
eHealthbox	68,4	0,5	72,9	0,4	71,3	0,5	NS
BCFI	89,5	0,3	88,6	0,3	82,4	0,3	NS
GMD	92,1	0,3	92,9	0,3	89,8	0,3	NS

Tabel 6: Gemiddelde percentages van bekendheid van initiatieven bij haio's en artsen.
SD = Standaard Deviatie
NS = Niet Significant

Tot slot werd aan de ondervraagden gevraagd om elk initiatief een waarde te geven voor de mate waarin het initiatief hen hielp om kwaliteitsvolle zorg te bereiken. De vijf best scorende initiatieven waren BCFI, BAPCOC-gids, Farmaka, Vaccinnet en EBM Practice Net (elk met een waarde van drie of meer op vier). Door middel van Chi-kwadraat toetsen werd er gezocht naar significante verschillen tussen haio's en artsen. De ranking van initiatieven was tussen beide groepen echter vrijwel identiek en er werd enkel een significant verschil gevonden voor LOK's en zorgtrajecten, waarbij artsen een hogere waarde gaven aan LOK's en haio's een hogere waarde aan zorgtrajecten. *(zie tabel 7)*

	Haio			Arts			Totaal			Chi-kwadraat toets
	N	Gem. (score op 4)	SD	N	Gem. (score op 4)	SD	N	Gem. (score op 4)	SD	p-waarde (Haio – Arts)
BCFI	38	3,9	0,3	65	3,7	0,5	103	3,8	0,4	NS
BAPCOC-gids	36	3,8	0,5	64	3,6	0,6	100	3,7	0,6	NS
Farmaka	35	3,5	0,7	61	3,4	0,8	96	3,4	0,7	NS
Vaccinnet	38	3,3	1,0	65	3,2	0,9	103	3,3	1,0	NS
EBM Practice Net	38	3,2	0,9	58	2,9	1,1	96	3,0	1,0	NS
GMD	38	3,2	0,9	68	2,7	1,1	106	2,9	1,1	NS
LOK's	29	2,4	1,1	70	3,0	0,8	99	2,8	0,9	0,029
CEBAM	38	2,9	1,0	62	2,7	1,0	100	2,8	1,0	NS
e-learningopleidingen	32	2,6	0,9	56	2,5	0,8	88	2,5	0,9	NS
Accreditering	30	2,5	1,2	70	2,5	1,1	100	2,5	1,1	NS
Vitalink	29	2,4	1,3	49	2,5	1,2	78	2,5	1,2	NS
Feedbackverslagen	25	2,3	1,3	58	2,5	1,0	83	2,4	1,1	NS
SUMEHR	35	2,4	1,4	58	2,4	1,1	93	2,4	1,2	NS
MyCareNet	30	2,5	1,1	52	2,4	1,1	82	2,4	1,1	NS
Zorgtrajecten	36	2,9	0,8	69	2,1	1,1	105	2,4	1,1	0,003
Recip-e	32	2,3	1,4	58	2,0	1,2	90	2,1	1,3	NS
eHealthbox	34	2,0	1,2	58	1,9	1,3	92	2,0	1,3	NS
Quality Awards	11	1,2	1,3	20	1,5	1,5	31	1,4	1,4	NS

Tabel 7: Waarde per initiatief voor het bereiken van kwaliteitsvolle zorg in de praktijk.
Score op Likertschaal van 0 "Zeer weinig" tot 4 "Zeer veel"
SD = Standaard Deviatie
NS = Niet Significant

Naast bovenstaande tabel, geeft onderstaande figuur, per initiatief, een overzicht van de gegeven waarden in de populatie haio's en artsen. *(zie figuur 2)*



Figuur 2: Overzichtelijke weergave van de gescoorde waardes in bereiken van kwaliteitsvolle zorg per initiatief. Bovenaan populatie haio's, onderaan populatie artsen.

Kwalitatieve onderzoeksresultaten:

Kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk:

Naast een goed georganiseerde praktijk, komen tijdens de focusgroepen twee verschillende domeinen naar voor wanneer het over kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk gaat. Namelijk het medisch handelen en de communicatie. Patiënttevredenheid wordt beschreven als een gevolg van goede kwaliteit van zorg op deze verschillende domeinen, maar patiënttevredenheid mag niet de meting zijn van kwaliteit van zorg.

Medisch handelen dient volgens de deelnemers te gebeuren volgens standaarden, gebaseerd op medische evidentie (EBM). Tot dit medisch handelen behoren onder andere het correct en degelijk uitvoeren van het klinisch onderzoek, het stellen van de juiste diagnose en een juiste doorverwijzing of verder onderzoek indien nodig. Ook het opvolgen en aanbieden van preventie aan de praktijkpopulatie is een belangrijke factor in het medische handelen van de huisarts.

Communicatie wordt als ander belangrijk domein in goede kwaliteit van zorg vermeld. In de focusgroepen komt naar voor dat men een vertrouwensband dient op te bouwen met de patiënt. Dit kan doordat je de patiënt als arts persoonlijk opvolgt. Waarbij het belangrijk is om begrip te tonen aan de patiënt en voldoende tijd te besteden aan het geven van informatie om bijvoorbeeld het beleid gezamenlijk te bespreken. Een goed patiëntencontact is ook nodig om de patiënt in zijn gehele context te zien, waarbij er ook aandacht wordt besteed aan het psychisch welzijn van de patiënt.

> *“De patiënten hebben tijd nodig, om bv het beleid gezamenlijk te bespreken. Een stuk van de consultatie is uitleg en informatie geven aan uw patiënt. Voor mij is voldoende tijd voor een patiëntencontact en een opgebouwde vertrouwensband ook een factor van kwaliteit van zorg.”*

Naast de betekenis van kwaliteit van zorg werd er in de focusgroepen ook gevraagd naar de kijk op variatie binnen de huisartsgeneeskunde en hoe deze variatie staat tegenover een goede kwaliteit van zorg. Volgens de groepsleden is variatie in persoonlijkheid en stijl onder verschillende huisartsen noodzakelijk. Dit omdat elke patiënt anders is en het moet klikken tussen arts en patiënt om een goede vertrouwensband te kunnen opbouwen. Hierbij is ook vrije keuze van arts zeer belangrijk. Het is volgens de groepsleden echter een probleem wanneer er een te grote variatie is in het medisch handelen van verschillende huisartsen. Een zelfde klacht verdient volgens de deelnemers een gelijkvormige behandeling, onafhankelijk van de keuze van arts.

> *“Het is goed dat er vrije keuze van huisarts is, want persoonlijk karakterieel is het belangrijk dat het klikt tussen arts en patiënt. Maar het zou niet mogen dat een patiënt met eenzelfde klacht sterk verschillend behandeld wordt, afhankelijk van bij welke huisarts hij binnenstapt.”*

In de focusgroepen bestaat de overtuiging dat de overgrote meerderheid van huisartsen degelijke kwaliteit aanbiedt, zowel op het gebied van communicatie als op het gebied van het medisch handelen. Maar er ook individuen zijn die slecht omgaan met de kwaliteit van zorg voor hun patiënten.

"Ik denk dat er zeer veel variabiliteit is tussen artsen. Waarvan er een heel deel goede kwaliteit leveren, maar dat er ook tussen zitten die dat niet leveren."

Evidence based medicine (EBM) kwam reeds naar voor bij het medisch handelen van de huisarts. Voor veel deelnemers is EBM een houvast en hulpmiddel in het uitoefenen van kwaliteitsvolle zorg in de praktijk. EBM kan het nemen van medische beslissingen vereenvoudigen en helpt als steun wanneer de verwachting van de patiënt niet gelijk loopt met de behandeling van de huisarts. Daarnaast heeft EBM ook zijn waarde als kader omtrent het verder beleid, waardoor EBM zorgt voor minder variatie in het medisch handelen tussen verschillende huisartsen. Verder is EBM volgens de groepsleden ook op maatschappelijk niveau noodzakelijk om de gezondheidszorg financieel mogelijk te houden en kwaliteit van zorg te waarborgen in de toekomst, bijvoorbeeld met richtlijnen omtrent juist antibioticagebruik.
EBM heeft volgens enkele groepsleden echter ook zijn beperkingen in de kwaliteit van zorg aangezien EBM geen rekening houdt met bepaalde aspecten van kwaliteit van zorg.

"Als je volgens EBM handelt, maar je krijgt het niet aan uw patiënt correct uitgelegd dan is het geen kwaliteit van zorg."

Zo is er volgens een arts te weinig onderzoek gedaan omtrent het waarborgen van de psychische gezondheid van de patiënt.

"EBM komt maatschappelijk tekort, er is bijvoorbeeld te weinig onderzoek omtrent het waarborgen van de psychische gezondheid van de patiënt."

Huisartsgeneeskunde in zijn geheel is ook geen exacte wetenschap, waardoor elke arts de vrijheid moet hebben om zelf keuzes te maken afhankelijk van de persoonlijke situatie van de patiënt. Waardoor EBM alleen, volgens de deelnemers, niet gebruikt kan worden om kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk te meten.

"EBM is belangrijk maar volgens mij overroepen. Communicatie, attitudes en vaardigheden, die volgens mij buiten de EBM staan, zijn zaken die je leert uit het contact met uw patiënten. Ik vraag me af hoeveel procent van de klachten we als huisarts kunnen behandelen met EBM."

"EBM mag geen keurslijf worden waarbij je bestraft zou worden wanneer je als arts, om een bepaalde reden, iets anders zou doen."

eHealth, coderen en delen van gegevens:

Er werd in de focusgroepen stilgestaan bij het gebruik van elektronica in de huisartsenpraktijk. Het nut van eHealth in de huisartsenpraktijk wordt door de deelnemers erkend en eHealth wordt als een noodzaak gezien om de kwaliteit van zorg in de toekomst verder te verbeteren.

"Het is opvallend maar logisch dat we meer elektronisch dienen te werken om de kwaliteit te bevorderen."

Er is echter een algemeen gevoel dat men op dit moment nog niet in staat is om deze beoogde kwaliteitsbevordering uit het systeem te halen. Verschillende artsen geven aan dat ze gemotiveerd zijn om bij te dragen aan eHealth in de overtuiging dat het nut heeft om zo ook hun kwaliteit van zorg in de toekomst te verbeteren, maar dat het momenteel in de praktijk vaak misloopt.

> *"eHealth beloofd heel veel, maar momenteel moet je er vooral heel veel van zuchten."*

> *"Ik denk dat Sumehr wel interessant is, maar de ICT moet werken. En dat is nog niet."*

Door te veel veranderingen op korte tijd staan de softwarepakketten volgens deelnemers van de focusgroepen niet op punt waardoor de gebruiksvriendelijkheid afneemt. Hierbij voelen ze zich proefpersonen waarbij ze constant moeten terugkoppelen naar de softwareleveranciers wegens fouten, hetgeen ze niet als hun taak beschouwen. Volgens de artsen dienen softwareleveranciers een zo eenvoudig mogelijk en gebruiksvriendelijk pakket te ontwerpen en te testen vooraleer ze het invoeren.

> *"Ik ben geen computertechnicus. Er wordt een heel uitgebreid systeem ontworpen waarbij wij als eindgebruikers de proefpersonen zijn die moeten terugkoppelen of het wel werkt." … "Het systeem staat niet op punt en het is niet onze taak om dit op punt te stellen. Maak een eenvoudig systeem en test het eerst. Nu heb ik het gevoel dat ik tijd steek in iets waarvan ik nooit weet wat de return zal zijn, en dat voelt onnozel."*

Verschillende artsen hebben momenteel niet het gevoel dat eHealth ondersteunend werkt in hun consultatie, maar dat ze er veel tijd en persoonlijk contact met de patiënt door verliezen waardoor het frustrerend werkt en zelfs een averechts effect heeft op hun kwaliteit van zorg.

> *"Ik zie momenteel geen voordeel op mijn onmiddellijk consult met de toename van het coderen en delen van gegevens."*

Ook vindt een arts dat er met het elektronisch doorsturen van Hoofdstuk IV aanvragen meer verantwoordelijkheid wordt gelegd bij de arts en de patiënt zelf niet meer verantwoordelijk is voor zijn/haar administratie. Een arts zegt dat de vele veranderingen op korte tijd extra belastend zijn voor de oudere generatie huisartsen, waardoor er volgens hem ook artsen zijn die beslissen om sneller met pensioen te gaan, hetgeen hij betreurenswaardig vindt.

> *"Het is jammer dat oudere artsen beslissen om sneller met pensioen te gaan omdat er te snel teveel veranderingen worden gevraagd."*

Hierbij aansluitend werd er ingegaan op het delen van gegevens via Sumehr en het coderen van gegevens. In het gebruik van Sumehr zien sommige artsen reeds een voordeel. Het zet hen aan om dossiers bij te werken waarvan ze zien dat deze niet in orde zijn en het wordt ook gezien als een duwtje in de rug om meer uniformiteit te brengen in de dossiers onder verschillende collega's van een groepspraktijk. Sommige artsen laden Sumehr's op in het belang van de patiënt, wanneer deze

bijvoorbeeld op een wachtpost komt. Andere artsen geven toe dat ze dit enkel en alleen doen omdat ze anders een deel van de telematicapremie verliezen.

> *Arts A: "Nu maak ik Sumehr's aan voor de patiënt, zodat hun belangrijkste gegevens beschikbaar zijn als ze ergens anders komen."*
> *Arts B: "Daarvoor 'moet' je het doen, maar daarvoor doe ik het niet. Ik doe dit nu enkel en alleen omdat ik anders een stuk van mijn premie verlies."*

Meerdere artsen vinden dat er teveel onbetaalde werkuren geïnvesteerd moeten worden wanneer je een kwaliteitsvolle Sumehr wil opladen. Waarbij er momenteel ook rekening moet gehouden worden met de vele informatie uit oude dossiers die dient opgeruimd te worden, hetgeen voor een extra belasting zorgt. Hierbij wordt wel gehoopt dat het vlotter zal lopen eenmaal de overgangsperiode gepasseerd is en de oude ballast is weggewerkt.

> *"Er zijn hier ook twee stukken in. De nieuwe medische informatie die vanaf nu binnenkomt, maar vooral ook de oude informatie die geïntegreerd moet worden. Het zou minder werk zijn als we met een propere lei zouden kunnen starten, maar het is de oude ballast die eerst opgekuist dient te worden en die nu veel te veel onbetaalde werkuren vraagt."*

Daarom is het volgens artsen noodzakelijk dat er momenteel een premie is verbonden aan het opladen van Sumehr's en het werken met eHealthdiensten in het algemeen. Echter vindt een arts het een nadeel dat de geïntegreerde telematicapremie op het vlak van Sumehr enkel rekening houdt met het aantal Sumehr's dat is opgeladen en geen rekening houdt met de kwalitatieve inhoud van de opgeladen Sumehr's.

> *"De incentives van het Riziv werken vanuit een foute insteek. Je moet X aantal Sumehrs uploaden want dan ben je 'goed bezig' en krijg je uw geld. Maar dat je de inhoud van de Sumehrs al dan niet nakijkt, maakt niet uit."*

Andere artsen vinden dit echter goed, aangezien artsen eerst de gewoonte moeten aanleren om Sumehr's op te laden zodat er een draagvlak gecreëerd wordt onder artsen. Nadien kan dan gefocust worden op de kwaliteitsbevordering met het gebruik van Sumehr's. Dit omdat er volgens hen teveel artsen zouden afhaken wanneer men dit in een keer verwacht.

> *"Momenteel is het creëren van een draagvlak inderdaad belangrijk. Hierna kan meer gefocust worden op echte kwaliteitsbevordering met het systeem."*

Voor het opladen van Sumehr's dient men gegevens te coderen. Een voordeel dat genoemd wordt bij het coderen van medische gegevens, is dat je deze gegevens eenvoudiger kunt terugvinden en het je toelaat om bijvoorbeeld een diagnose te kunnen koppelen aan een zorgelement. Coderen vraagt volgens de meeste artsen een zekere aanpassingsperiode, waarna het vlotter loopt. Echter wordt ook hier de gebruiksvriendelijkheid van coderen bekritiseerd door een aantal artsen en vinden enkele artsen dat de coderingslijsten niet aangepast zijn aan een vlot gebruik in de huisartsenpraktijk. De

artsen hebben nog niet het gevoel dat ze veel informatie uit het softwaresysteem kunnen halen door te coderen en de meerwaarde van coderen voor hen persoonlijk vrij beperkt is.

> *"We zijn bezig met het systeem te voeden met informatie, maar we krijgen er eigenlijk nog geen extra informatie voor terug."*

Enkele artsen vinden het goed dat de gegevens gebruikt zouden worden voor beleidsmatige aanpassingen op maatschappelijk niveau. Een andere arts maakt zich hier echter zorgen over omdat er volgens hem een enorme bias zit op deze gegevens. Daarnaast geeft het coderen en delen van gegevens bij sommige artsen een gevoel van wantrouwen. Het is volgens deze artsen niet denkbeeldig dat de gegevens gebruikt kunnen worden als controle op hun medisch handelen, waarbij de term 'big brother' aangehaald wordt.

> *"Er zijn veel wantrouwende artsen. Het is natuurlijk niet denkbeeldig dat het kan gebruikt worden als controle."*

> *"Wanneer ze de gegevens per praktijk of regionaler centraliseren, heb ik wel het gevoel dat big brother zou meekijken en vind ik het een probleem."*

Factoren die helpen om kwaliteit van zorg te verbeteren:

Een deelnemer beschouwt de drijfveer om de kwaliteit in de eigen praktijk te verbeteren voornamelijk als iets individueel, dat uit jezelf dient te komen.

> *"Het hangt zeer sterk af van het individu of je echt iets aan je kwaliteit wilt verbeteren."*

Volgens veel artsen vraagt een hogere kwaliteit van zorg in de praktijk meer tijd en inspanning, welke financieel niet voldoende vergoed wordt. Feedback op de kwaliteit van zorg dient bevorderend en positief stimulerend te zijn, waarbij men moet vermijden om het geneeskundig handelen van de arts af te breken.

> *"Controle en feedback moet bevorderend zijn en positief stimuleren. Men moet vermijden om het geneeskundig handelen van de arts af te breken."*

Samenwerking en overleg is een factor die duidelijk naar voor komt bij het verbeteren van kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk. Peer review onder collega's van een groepspraktijk of binnen een lok-groep worden hierbij aangehaald. Ook het opleiden van een stagiair of haio werkt volgens een arts kwaliteitsbevorderend omdat je eigen medisch handelen meer in vraag wordt gesteld.

> *"Het opleiden van een jongere stagiair of haio in de praktijk werkt zeer kwaliteitsbevorderend, omdat je eigen medisch handelen meer in vraag wordt gesteld en je daardoor heel goed nadenkt over je beslissingen."*

Daarnaast worden huisartsenwachtposten ook als kwaliteitsbevorderend gezien omdat ze meer interactie toelaten tussen verschillende huisartsen van een gebied en het bestuur van de kring meer zicht krijgt op de werking van het gebied.

> *"Ik denk dat binnen de huisartsgeneeskunde de huisartsenwachtposten een positieve invloed hebben, omdat het bestuur van de kring meer zicht krijgt op de werking van huisartsen, en huisartsenposten ook meer interactie geeft tussen de verschillende huisartsen van een gebied."*

Initiatieven zoals BCFI met de folia, bapcoc en farmaka worden als kwaliteit bevorderend gezien aangezien ze allen objectieve op EBM gesteunde informatie aanbieden die toegankelijk en gemakkelijk in gebruik is, zeker wanneer deze implementeerbaar zijn in de softwarepakketten.

> *"BAPCOC, BCFI en folia, farmaka vind ik heel goed. Omdat deze allemaal evidence based en onafhankelijk werken. Ook toegankelijk en gemakkelijk in gebruik. Ze gaan allen ook over beleidsvoering omtrent medicatie."*

> *"Wetenschappelijke ondersteuning zoals de Cebam-linker of gealarmeerd worden bij foutief voorgeschreven medicatie is kwaliteit bevorderend."*

Ook werd er gepolst naar de bevordering van kwaliteit aan de hand van feedback en activiteitsverslagen van het Riziv. Enkele artsen vinden deze interessant om een inschatting te maken omtrent hun beleid en om te vergelijken onder collega's maar vinden niet dat ze een grote waarde hebben in hun verbetering van kwaliteit.

> *"Ik vind dat wel interessant om eens door te lezen, het geeft wel een idee. Maar om nu te stellen dat dit heel waardevol is voor mijn verbetering in kwaliteitszorg wil ik niet zeggen."*

Sommige artsen vinden de verslagen moeilijk te interpreteren en vinden dat je gemotiveerd moet zijn om ze goed door te lezen en er iets kwaliteitsverbeterend met te doen. Deelnemers stellen zich ook vragen bij de kwaliteit van de feedback die ze krijgen en vinden het een nadeel dat de feedback met enkele jaren vertraging komt, waardoor ze volgens hen een deel van de relevantie verliezen.

> *"Groot nadeel is dat het met zeer veel vertraging komt waardoor het over een andere periode gaat en de relevantie wat vermindert. De relevantie om met elkaar te kunnen vergelijken blijft wel."*

Kwaliteit van zorg in de toekomst:

Een eerste punt dat volgens de deelnemers noodzakelijk is om kwaliteit van zorg in de toekomst te waarborgen en te verbeteren is een betere samenwerking zodat er meer patiënten beter geholpen kunnen worden. Hierbij verwachten de meeste deelnemers dat huisartsen zich meer en meer zullen organiseren in groepspraktijken en solo-artsen zich beter gaan organiseren in netwerken. Dit geeft aan de job een socialer karakter en geeft de artsen meer kansen om hun werk en privéleven te organiseren. Ook heb je door het samenwerken met collega's meer kansen om kennis te delen en kan elke huisarts zich meer toeleggen op bepaalde interessegebieden.

"Huisartsgeneeskunde is meer en meer een groepsbenadering waarin er binnen de groep competentie moet zijn om alle problemen van patiënten aan te kunnen."

Daarnaast komt vaak terug dat bij deze samenwerking ook een noodzaak is aan een praktijkassistent of -verpleegkundige die een aantal taken van de huisarts kan overnemen en mee kan helpen een preventief beleid op te volgen binnen de praktijk. Ook hier met het doel om de patiëntenpopulatie per arts te vergroten zonder in te boeten aan kwaliteit van zorg. Enkele artsen vinden echter dat ze een deel van de charme van hun job zouden verliezen wanneer bepaalde handelingen worden overgenomen door een praktijkverpleegkundige of assistent, maar geven tegelijk ook aan dat het haalbaar moet blijven om zelf deze handelingen te blijven uitvoeren voor een toenemende patiëntenpopulatie. Volgens de deelnemers van de focusgroepen is het nodig dat er meer financiële ondersteuning komt om goede kwaliteit van zorg binnen de huisartsgeneeskunde te waarborgen. Dit voornamelijk voor het samenwerken met een praktijkassistent of –verpleegkundige. Maar ook voor bijscholing en overleg tussen collega's binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

"De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde zal ook afhangen van het budget dat de overheid er aan wilt spenderen, en daar hou ik mijn hart een beetje voor vast."

Enkele artsen vragen naar de mogelijkheid om een langer consult te voeren met een patiënt zonder hiervan financieel nadeel te ondervinden. Dit omdat artsen volgens hen meer en meer geconfronteerd worden met psychosociale consulten, hetgeen tijd vraagt, zo ook voor preventieve consulten. Een andere noodzaak die hierbij aansluitend vermeld wordt, is de terugbetaling van psychotherapie bij erkende psychologen.

"Momenteel wordt je niet vergoed voor een psychosociaal consult met uw patiënt. Tijd nemen voor uw patiënt, waar nodig, wordt niet beloond. Vroeger kon je deze consulten erbij nemen, maar het onevenwicht is momenteel te groot geworden. Je hebt in de huidige samenleving nieuwe problemen waarbij je de tijd nodig hebt om ze met uw patiënt te kunnen demedicaliseren."

In de focusgroepen wordt ook gezegd dat de evolutie van kwaliteit van zorg en de plaats die huisartsgeneeskunde hierin te vervullen heeft een maatschappelijk vraagstuk is. Hierbij wordt gevraagd dat er meer geïnvesteerd wordt in gezondheid in plaats van ziekte en dat er een duidelijke visie wordt gesteld aan huisartsgeneeskunde, waarbij samenwerking wordt gepromoot binnen een zo breed mogelijke eerste lijn.

"De overheid zou goed moeten denken waar ze naartoe willen met de eerste lijn. De basis van de eerste lijn zou heel breed moeten gehouden worden en de samenwerking hierin verbeterd. Dan zou je kwalitatief zeer sterk vooruit gaan."

Discussie

Het opzet van deze studie was om hypothesen op te stellen omtrent de visie van huisartsen op kwaliteit van zorg, de bestaande kwaliteitsinitiatieven en veranderingen die nodig zijn om kwaliteit van zorg in de toekomst te verbeteren.

De ondervraagde artsen en haio's gaven in de vragenlijst aan dat kwaliteit van zorg zeer belangrijk is in de huisartsenpraktijk. Hierbij scoorden huisartsen de belangrijkheid van kwaliteit hoger dan haio's en kan er gesteld worden dat huisartsen meer belang hechten aan kwaliteit van zorg dan haio's. Er werd in dit onderzoek niet verder onderzocht welke factoren aan de basis kunnen liggen van dit verschil, maar beroepservaring zou hierin een rol kunnen spelen.
Wanneer de belangrijkheid van verschillende domeinen van kwaliteit van zorg bevraagd werd, werden er geen significante verschillen gevonden tussen haio's en artsen. Wel scoorden 'arts-patiënt relatie' en 'info en ondersteuning' significant hoger dan 'medische zorg'. Ook tijdens de focusgroepen kwam naar voor dat communicatie een essentieel onderdeel is van goede kwaliteit van zorg in huisartsgeneeskunde. De deelnemers vonden dat er in de huidige initiatieven te veel gefocust wordt op goede kwaliteit van medisch handelen volgens EBM richtlijnen. Naast dit medische handelen is er met de toenemende psychosociale problematiek, behoefte aan een grotere focus op communicatie met de patiënt. Ook de literatuur stelt dat de mate waarin een arts affectgericht (en patiëntgericht) overkomt, mede bepaalt of er tegemoet wordt gekomen aan de zorg van de patiënt [11, 12].

De meest gebruikte initiatieven onder huisartsen waren accreditering, met daarbij behorende LOK's en het GMD. Dit toont aan dat het belangrijk is om initiatieven financieel te ondersteunen om ze te implementeren in de praktijk. De meest gewaardeerde initiatieven bij het verbeteren van kwaliteit waren BCFI en folia, BAPCOC-gids en farmaka. BCFI en BAPCOC-gids waren tevens bij de meest gebruikte initiatieven onder haio's (die geen financieel voordeel halen uit accreditering, LOK's en GMD's). Dit doet vermoeden dat een hogere waardering van een initiatief automatisch een betere implementatie in de praktijk als gevolg heeft. De hoge waardering van BCFI met folia, BAPCOC-gids en Farmaka was volgens de deelnemers van de focusgroepen een gevolg van de toegankelijkheid ervan. Het zijn allen objectieve op EBM gebaseerde richtlijnen die eenvoudig in gebruik zijn. In een analyse van strategieën voor implementatie van richtlijnen formuleert het KCE dat richtlijnen van goede kwaliteit moeten gecentraliseerd worden in een uniek platvorm dat vlot bruikbaar is voor zorgverstrekkers [13]. CEBAM en EBM Practice Net zijn hier actief aan bezig en kregen ook een hoge score in de vragenlijst. Hierbij dient gezegd te worden dat richtlijnen moeten starten vanuit de eigen ervaringen van de arts en de specifieke omstandigheden van de praktijk [14]. Hoewel artsen vinden dat huidige initiatieven teveel focussen op medisch handelen volgens EBM en het belang van communicatie hierbij teveel over het hoofd wordt gezien, tonen voorgaande resultaten wel aan dat ze tevreden zijn over de huidige EBM initiatieven en er door de artsen belang gehecht wordt aan EBM in de uitvoering van kwaliteitsvolle zorg. In het regeerakkoord van 2014 heeft EBM ook een voorname plaats om kwaliteit van zorg in de gezondheidszorg te verbeteren [15].

eHealth initiatieven, uitgenomen Vaccinnet, kregen een van de laagste waarderingen van alle initiatieven. Volgens de deelnemers van de focusgroepen werkt elektronica, met inbegrip van eHealth, het coderen en delen van medische gegevens, frustrerend in de praktijk. Door te veel veranderingen op korte tijd zijn volgens hen de softwareleveranciers niet meer in staat om de initiatieven die opgelegd worden vanuit de overheid op een gebruiksvriendelijke manier te implementeren in de medische pakketten. Er heerst een grote ontevredenheid onder huisartsen van de focusgroepen omtrent deze implementatie, hetgeen jammer is, aangezien men in de focusgroepen wel aangeeft dat men het nut van eHealth als noodzakelijk beschouwt om kwaliteit van zorg te blijven behouden in de toekomst. Eénlijn.be, een project gefinancierd door de Vlaamse Gemeenschap, die de doelstelling heeft om samenwerking en gegevensdeling in de gezondheidszorg aan te moedigen door de gebruiksvriendelijkheid van ICT-toepassingen en eHealth te bevorderen heeft dus een grote verantwoordelijkheid om tot een correcte en door de gezondheidsbeoefenaars gedragen implementatie van eHealth te komen. Hiervoor kan eventueel gebruik gemaakt worden van nieuwe registratievoorwaarden voor softwarepakketten die rekening houden met gebruiksvriendelijkheid van het pakket. Waarbij het in de eerste plaats logisch lijkt software ontwikkelaars voldoende tijd te geven om systemen te ontwikkelen en te laten testen op gebruiksvriendelijkheid, vooraleer ze daadwerkelijk in te voeren.

Aangaande kwaliteit van zorg in de toekomst kwam uit de focusgroepen naar voor dat de implementatie van kwaliteitsinitiatieven financieel beter ondersteund dient te worden, aangezien dit vaak een extra tijdsinvestering vraagt aan de arts. Daarnaast is het ook belangrijk dat feedback op de kwaliteit van zorg bevorderend en positief stimulerend werkt. Ook zal samenwerking binnen huisartsgeneeskunde en eerste lijn moeten worden gepromoot, waarbij wordt aangegeven dat een praktijkassistent of verpleegkundige een vaste waarde dient te worden binnen huisartsgeneeskunde. Ook hier is er een duidelijke vraag voor een betere financiële ondersteuning om dit mogelijk te maken. Daarnaast wordt er vanuit de focusgroepen gevraagd dat er een duidelijkere visie wordt gesteld aan huisartsgeneeskunde vanuit de overheid. De hervorming van de eerste lijn die in februari 2017 voorgesteld werd op Vlaams niveau biedt hierop reeds enkele beginnende antwoorden. Zo denkt men eraan om de huidige tegemoetkoming met impulseo 2.0 uit te breiden naar andere disciplines zoals bijvoorbeeld praktijkassistentie of verpleegkundige. Ook zou de eerste lijn in verschillende geografische zones van 75 000 tot 125 000 inwoners ingedeeld worden met aansturing door een zorgraad om intersectorale samenwerking te verbeteren [16].

Beperkingen van dit onderzoek liggen in de kleinschaligheid ervan, waardoor zeker niet alle ideeën en inzichten aangaande de onderzoeksvragen aan bod zijn gekomen. Ook bij het interpreteren van de kwantitatieve resultaten dient er rekening gehouden te worden met eventuele respons bias doordat de populatie van ondervraagde huisartsen niet volledig overeenkomt met de actuele huisartsenpopulatie in Vlaanderen [10]. Daarnaast dient rekening gehouden te worden met het feit dat de vragenlijst werd opgesteld vanuit de literatuurstudie en niet-gevalideerd was. De focusgroepen werden geleid door de onderzoeker, die weinig ervaring had in het modereren van groepsgesprekken waardoor sommige deelnemers misschien minder kans hebben gekregen om hun opinie te geven in vergelijking met verbaal vlottere deelnemers. Met meer tijd en middelen had een grotere populatie

bereikt kunnen worden in het kwantitatief onderzoek en hadden meer focusgroepen kunnen plaatsvinden om tot een volledige verzadiging van hypothesen en ideeën te komen.

Sterkte van de studie ligt echter ook in de kleinschaligheid, waardoor de onderzoeker zelf kans had om de focusgroepen volledig uit te schrijven en zich beter in te werken in de data. Aan het einde van de online vragenlijst werd de mogelijkheid gelaten aan de deelnemers om feedback te geven gericht naar de onderzoeker, hieruit kwamen veel positieve en geïnteresseerde reacties waaruit blijkt dat er vraag is vanuit de huisartsenpopulatie naar meer onderzoek en exploratie van ideeën en meningen uit de praktijk omtrent kwaliteit en kwaliteitsinitiatieven.

Dit onderzoek geeft aan dat kwaliteit van zorg in huisartsgeneeskunde een te algemeen begrip is en er meer duidelijkheid moet komen in het doel van kwaliteit van zorg binnen huisartsgeneeskunde en de daarvoor ingestelde initiatieven. De conferentie eerstelijnszorg 2017 [16] kan reeds een goede stap zijn om tot een algemeen aanvaarde visie te komen, maar uit dit onderzoek maakt de onderzoeker op dat het onderwerp sterk leeft onder huisartsen en er vanuit de actieve beroepspopulatie meer vraag is naar onderzoek omtrent hun ideeën, inzichten en wensen hieromtrent. Er dient meer teruggekoppeld te worden vanuit de praktijk, waarbij men ook moet durven zeggen wat niet werkt en wat beter kan bij het implementeren van initiatieven. In eerste instantie lijkt het nodig om tot een algemene consensus te komen onder huisartsen omtrent kwaliteit van zorg en de daarvoor ingestelde initiatieven. Uit dit onderzoek komt alvast naar voor dat ‘communicatie’ een essentiële plaats dient te krijgen binnen het begrip ‘huisartsgeneeskundige kwaliteit van zorg’ en dat hier plaats voor dient gelaten te worden in verder onderzoek, financiering en kwaliteitsverbetering. Initiatieven moeten in de eerste plaats het doel hebben om kwaliteit te verbeteren en niet zozeer te meten, waarbij rekening gehouden moet worden bij het implementeren ervan. Men moet zich hierbij durven afvragen of goedbedoelde initiatieven nog wel kwaliteitsverbeterend werken wanneer ze tijdens de consultatie tijd wegnemen van het patiëntencontact. Nieuwe en huidige initiatieven dienen ruim getoetst te worden aan een algemeen opgestelde consensus vooraleer ze stap per stap geïmplementeerd kunnen worden in de praktijk, waarbij een constante terugkoppeling vanuit de actieve beroepsgroep noodzakelijk is.

Besluit

Dit onderzoek had tot doel hypothesen op te stellen omtrent de visie van huisartsen op kwaliteit van zorg, de bestaande kwaliteitsinitiatieven en veranderingen die nodig zijn om kwaliteit van zorg in de toekomst te verbeteren.

Kwaliteit van zorg is volgens huisartsen zeer belangrijk binnen huisartsgeneeskunde. Deze dient zich naast het medisch handelen voornamelijk te uiten in de communicatie met de patiënt. Momenteel vinden artsen dat initiatieven te veel focussen op medische handelen volgens EBM en te weinig op communicatie met de patiënt.

De meest gebruikte initiatieven bij huisartsen zijn accreditering met LOK's en het GMD, waaraan een financieel voordeel verbonden is. Daarnaast zijn op EBM gebaseerde initiatieven het meest gewaardeerd door de artsen, zeker wanneer deze vlot toegankelijk en eenvoudig in gebruik zijn, zoals BCFI met folia, de BAPCOC-gids en farmaka. eHealth initiatieven, met uitzondering van Vaccinnet, scoren algemeen minder met als reden de slechte gebruiksvriendelijkheid, hetgeen frustrerend werkt in de praktijk.

Veranderingen die volgens huisartsen nodig zijn om kwaliteit van zorg in de toekomst te verbeteren, zijn een betere samenwerking binnen huisartsgeneeskunde en eerste lijn, welke financieel ondersteund dient te worden en waarbij het belangrijk is dat initiatieven stimulerend werken in de praktijk. De overheid dient hierbij een duidelijke visie te stellen aan huisartsgeneeskunde en de eerste lijn, waarvoor een algemene consensus vanuit de beroepsgroep omtrent 'kwaliteit van zorg' dient te komen. Hiervoor is meer vraag naar onderzoek onder actieve huisartsen in de praktijk.

Dankwoord

Graag wil ik enkele personen bedanken bij het tot stand komen van deze thesis.

Vooreerst mijn promotor Prof. dr. Johan Wens voor de enthousiaste begeleiding van het project en de constructieve feedback op momenten dat dit nodig was.

Daarnaast mijn twee praktijkopleiders.
Dr. Katy Embrechts van groepspraktijk Sorghvliedt voor het mee helpen opstarten en uitstippelen van mijn onderzoek.
Dr. Jozefien De Rooze van huisartsen Koraalberg voor het mee helpen opvolgen en afronden van mijn onderzoek.

Alle haio's en huisartsen die de vragenlijst invulden voor de data.

De deelnemers van de focusgroepen voor de interessante woorden.

Mijn broer voor het computerinzicht.

Mijn ouders voor de schouderklopjes.

Referenties

1. IOM, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academies Press, 2001.
2. World Health Organization. Quality of care : a process for making strategic choices in health systems, 2006.
3. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, Evans P. Huisartsgeneeskunde: de Europese definitie. De Europese definitie, WONCA. 2002.
4. Dr. G. Van Kersschaver, Dr. P. Gobert, Dr. G. Thys. Domus Medica: visieteksten. Toekomstdocument 2025. 2016.
5. Institute for Healthcare Improvement. Triple Aim Initiative. Better Care for Individuals, Better Health for Populations, and Lower Per Capita Costs. 2017.
6. Domus Medica: visieteksten. ICT in de gezondheidszorg: een antwoord op een zorglandschap en zorgbehoeften in (r)evolutie. 2015.
7. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A et al. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2015. Health Services Research Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2015.
8. Remmen R, Seuntjens L, Pestiaux D, Leysen P, Knops K, Lafontaine J B. Kwaliteitsbevordering in de huisartsenpraktijk in België: status quo of qua vadis? Good Clinical Practice Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008.
9. Dr. T. Plochg, Dr. R.E. Juttmann, Prof. dr. N.S. Klazinga, Prof. dr. J.P. Mackenbach. Handboek gezondheidszorgonderzoek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2007. p. 381.
10. Werkgroep Statan. Jaarstatistieken van de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. 2015.
11. Bensing JM, Dronkers J. Instrumental and affective aspects of physician behaviour. Med Care 1992; 30: 283-98.
12. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice. BMJ 2001; 323: 908-11.
13. Desomer A, Dilles T, Steckel S et al. Dissemination strategy for clinical practice guidelines in Belgium – Synthesis. Health Services Research Brussels: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2013.
14. S. Anthierens en T. Poelman. Hoe helpen praktijkrichtlijnen de huisarts in zijn medisch handelen? Minerva 2015; vol. 14, nr. 2: 14-15.
15. Regeerakkoord. 2014. Beschikbaar via: http://www.premier.be/nl/regeerakkoord. Laatst geraadpleegd 23 april 2017.
16. Agentschap Zorg en Gezondheid. Conferentie 'Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen'. Beschikbaar via: https://www.zorg-en-gezondheid.be/conferentie-reorganisatie-van-de-eerstelijnszorg-in-vlaanderen. Laatst geraadpleegd: 25 april 2017.

Bijlagen

Bijlage 1: Goedgekeurd studieprotocol





STUDIEPROTOCOL MASTERPROEF

MANAMA HUISARTSGENEESKUNDE

TITEL VAN HET ONDERZOEK:
Het standpunt van de huisarts omtrent kwaliteitsinitiatieven binnen de huisartsgeneeskunde.

ACHTERGROND / AANLEIDING:
Kwaliteit van zorg wordt in de literatuur op verschillende manieren en vanuit verschillende perspectieven omschreven. Een definitie van kwaliteit van zorg opgesteld door het Institute of Medicine is de volgende: "De mate waarin gezondheidszorg voor individuen en voor de bevolking de kansen verhoogt om de gewenste gezondheidsresultaten te verkrijgen en de mate waarin die consistent is met de huidige professionele kennis."
Binnen het begrip kwaliteit worden verschillende kwaliteitsdomeinen onderscheiden[1]: De zorg moet veilig, effectief, efficiënt, doelgroepgericht, tijdig, toegankelijk, continu en geïntegreerd zijn.
Het oordeel over de kwaliteit van zorg is sterk afhankelijk van het perspectief van waaruit een actor kijkt. Verschillende actoren hechten een verschillend belang aan de kwaliteitsdomeinen.

Het laatste performantierapport van het Belgische gezondheidssysteem van 2015 stelt dat de zorgkwaliteit van ons land zich op het Europese gemiddelde bevindt[2]. Wanneer we de criteria echter van naderbij bekijken, is het Belgische gezondheidssysteem gekenmerkt door een variatie in zorgkwaliteit en zijn er een aantal minpunten. Met betrekking tot de zorgkwaliteit is er voor verschillende indicatoren ruimte voor verbetering, nl. op vlak van aangepastheid, veiligheid en zorgcontinuïteit.

Om de performantie van het gezondheidssysteem in België te verbeteren, bestaan er reeds een groot aantal initiatieven die de kwalitatieve zorgverlening door artsen op verschillende manieren aanmoedigen.

- Accreditering is een engagement van artsen om kwalitatief hoogstaande dienstverlening te garanderen door erkende deelname aan navormingsactiviteiten en 'peer review'-sessies (Lokale kwaliteitsgroep – LOK) en een drempelactiviteit te bereiken van een minimumaantal patiëntencontacten.
- Online zijn er verschillende e-learningopleidingen beschikbaar.
- Het RIZIV stuurt individuele activiteitenverslagen en feedbacks betreffende de praktijk welke de arts toelaat zichzelf te situeren, door de praktijk te vergelijken met die van collega's.
- Zorgtrajecten coördineren de aanpak, de behandeling en de opvolging van een patiënt met een chronische ziekte.
- Met de Quality Award worden in totaal vier projecten beloond met een prijs van €5000. Deze projecten verbeteren de zorgkwaliteit in de huisartsgeneeskunde of bevorderen de samenwerking tussen huisartsen en specialisten.
- Er zijn heel wat Evidence based medicine (EBM) bronnen beschikbaar, gebaseerd op medische evidentie.
- Globaal medisch dossier (GMD) is een deel van het medische dossier waardoor individuele begeleiding van de patiënt en een beter overleg tussen artsen mogelijk is.
- e-health staat voor het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) – en meer bepaald internettechnologie – om de gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Voorbeelden zijn MyCareNet, Summarized Electronic Health Record (SUMEHR), Recip-e, eHealthbox, Vitalink en Vaccinet.

Initiatieven voor kwaliteitsverbetering zijn maar succesvol wanneer zij in de eerste plaats onderdeel zijn van een nationaal beleid dat door wetgeving wordt ondersteund. Het reeds bestaande kader van initiatieven inclusief de doelstellingen van het kwaliteitssysteem, de domeinen voor verbetering en de praktische instrumenten die gebruikt worden, bevorderen de verdere implementatie van het kwaliteitssysteem[3].

Deze implementatie hangt ook voor een groot deel af van de visie van de beroepsgroep, met name de huisartsen zelf. Er is echter weinig geweten over de mening van de huisarts omtrent al deze initiatieven voor kwaliteitsverbetering. Wat verstaat de huisarts zelf onder goede kwaliteitszorg in zijn/haar praktijk? Ziet de huisarts zelf een nood voor kwaliteitsverbetering van de geleverde zorg? Welke factoren van de verschillende kwaliteitsinitiatieven zetten de huisarts ertoe aan om de zorgkwaliteit te verbeteren? Zijn er factoren die de beoogde kwaliteit eerder negatief beïnvloeden?

DOEL VAN HET ONDERZOEK:
Het doel van dit onderzoek is om vanuit focusgroepen ideeën te vergaren omtrent de betekenis van kwaliteitszorg voor de huisarts. Hoe implementeert de huisarts deze kwaliteitsinitiatieven?
Welke factoren zorgen ervoor dat artsen gemotiveerd worden bij de implementatie van kwaliteitsinitiatieven? Welke factoren zorgen voor weerstand bij de implementatie van kwaliteitsinitiatieven?

De hypothesen die gevonden worden via dit kwalitatief onderzoek kunnen als basis worden gebruikt voor een enquête. Zo kunnen deze bevindingen in een volgend onderzoek ook kwantitatief worden onderzocht en kan een bredere generalisatie mogelijk worden gemaakt.
Hierdoor is het uiteindelijk mogelijk om rekening te houden met deze factoren wanneer men nieuwe kwaliteitsinitiatieven wilt opstellen of huidige initiatieven wilt verbeteren, waardoor kwaliteitsinitiatieven in de toekomst breder gedragen worden door huisartsen, hetgeen zorgt voor een betere implementatie in de praktijk.

ONDERZOEKSVRAGEN:
Wat betekent kwaliteitszorg voor de huisarts?
Welke factoren motiveert de huisartsen bij de implementatie van kwaliteitsinitiatieven?
Welke factoren zorgen voor weerstand bij de implementatie van kwaliteitsinitiatieven?

METHODOLOGIE:
Onderzoeksmethode:
Beschrijvend, hypothese-genererend kwalitatief onderzoek aan de hand van focusgroepen

Het onderzoek zal bestaan uit een groepsgesprek door middel van een focusgroep van 6 tot 9 huisartsen. We streven ernaar verschillende focusgroepen te houden tot er verzadiging is van informatie.

Selectie van respondenten:
De onderzoeker, tevens huisarts in opleiding, zal verschillende verantwoordelijken van LOK-groepen contacteren met de vraag of er interesse is in deelname aan het onderzoek. Hierbij zal gebruik gemaakt worden van het informatie- en toestemmingsformulier, welke hun toegezonden wordt.

Indien de leden van een LOK-groep overeen gekomen zijn tot deelname aan het onderzoek, wordt er via de verantwoordelijke van de LOK-groep gezocht naar een geschikt moment om het groepsgesprek te laten doorgaan.

Er wordt gevraagd aan de LOK-leden om hun deelname te bevestigen en het informatie- en toestemmingsformulier nogmaals aandachtig door te nemen ter voorbereiding op het groepsgesprek.

Sample size:
Er wordt gestreefd naar verzadiging van informatie. De eerste twee focusgroepen leveren vaak de meeste informatie op. Na de derde focusgroep wordt er geëvalueerd. Als er tijdens de derde focusgroep nog veel nieuwe inzichten naar voren komen, zal getracht worden om een vierde focusgroep te organiseren.

Inclusie criteria:
- Bij het FOD Volksgezondheid erkende huisartsen.
- Spreken vloeiend Nederlands

Exclusie criteria:
- Huisartsen zonder actieve beroepsuitvoering.

Datacollectie:
De gegevens worden verzameld door middel van drie tot vier focusgroepen. Door het werken met focusgroepen, kunnen de verschillende deelnemers in interactie treden met elkaar en een inspiratiebron zijn voor elkaar, waardoor de antwoorden vollediger worden.
Om de focusgroep te leiden zal de onderzoeker gebruik maken van een lijst met studie relevante gespreksonderwerpen. Dit zijn open vragen, waarop huisartsen kunnen reflecteren over het belang van kwaliteit en kwaliteitsinitiatieven. Afhankelijk van de antwoorden en de interesses van de deelnemers kan op bepaalde onderdelen meer of minder worden ingegaan en kunnen nieuwe vragen zich spontaan aanbieden.
De gesprekken zullen op video en auditief worden opgenomen met een videocamera en spraakrecorder zodat de gegevens achteraf makkelijker kunnen geanalyseerd worden. De focusgroepen zullen plaatsvinden in een neutrale ruimte welke reeds voorzien is voor de desbetreffende LOK-vergaderingen. Voor de groepsgesprekken wordt een duur van 60 à 90 minuten voorzien.

Data-analyse:
De gesprekken worden volledig uitgetypt. Hierbij worden de namen van de deelnemende huisartsen vervangen door een willekeurige letter. De afschriften worden gecodeerd om zo thema's te identificeren.

ETHISCHE OVERWEGINGEN:
Anonimiteit van de deelnemers wordt gegarandeerd. Beeld- en geluidsmateriaal die tijdens het interview worden gemaakt zal alleen worden gebruikt voor schriftelijke verwerking waarbij de namen van de deelnemende huisartsen worden vervangen door een willekeurige letter.
Informatie verkregen uit het groepsgesprek zal anoniem worden verwerkt en voor geen enkele andere reden worden gebruikt dan voor dit onderzoek.

De kandidaat deelnemers krijgen voldoende tijd om na te denken over deelname aan dit onderzoek. Bij vragen over eventuele deelname aan het onderzoek kan steeds contact opgenomen worden met de onderzoeker.

Deelnemers van dit onderzoek ontvangen geen geldelijke bijdrage of andere vergoeding. Wel zijn alle contactmomenten tussen onderzoeker en deelnemer kosteloos.

De verzekering van de Universiteit Antwerpen verzekert schade die eventueel door deelname aan dit onderzoek zou kunnen opgelopen worden.

Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig en de deelnemer is vrij om zijn/haar deelname, ten allen tijde en zonder het geven van redenen, te stoppen zonder hier nadelen van te ondervinden.

Het onderzoek wordt beoordeeld door het Ethisch Comité die de veiligheid, rechten, welzijn en waardigheid van de deelnemers beschermt.

Haio / onderzoeker: Simon Flies

Promotor: Prof. dr. Johan Wens
Praktijkopleider: Dr. Katy Embrechts

REFERENTIES:

[1] IOM, Institute of Medicine.Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academies Press, 2001.

[2] Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A et al. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2015. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 259A. D/2015/10.273/01.

[3] Remmen R, Seuntjens L, Pestiaux D, Leysen P, Knops K, Lafontaine J-B, et al. Kwaliteitsbevordering in de huisartsenpraktijk in België: status quo of quo vadis? Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE Reports 76A (D/2008/10.273/18)

Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. J. Wens
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Het standpunt van de huisarts omtrent kwaliteitsinitiatieven binnen de huisartsgeneeskunde (manama huisartsgeneeskunde Simon Flies)

Belgisch Registratienummer: B300201628045

datum	ons kenmerk	contactpersoon
14/03/2016	16/9/91	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 14/03/2016.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  dr. Flies
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 29/02/2016
  versie 1.0
- Protocol dd. 29/02/2016
  versie 1.0
- Diverse dd. 29/02/2016
  Thema's voor de focusgroepen, versie 1.0

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

datum
14/03/2016

ons kenmerk
16/9/91

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

datum
14/03/2016

ons kenmerk
16/9/91

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 4/01/2016.
Deze studie werd besproken op vergadering van 14/03/2016.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	-
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	-
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	-
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	-
HUIZING Manon	Oncoloog	V	+
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	+
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VAN GENECHTEN Nancy	Verpleegkundige	V	-
VAN REEMPTS Patrick	Neonatoloog	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
DECKERS Lara	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
Uitgenodigde Experten			
HENS Kristien	Ethicus	V	+
LEMMENS Katrien	Farmacoloog	V	+
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MAMPAEY Els	Psychologe	V	-
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	+
NORGA Koenraad	Pediater	M	-
STRUYF Filip	Kinesitherapeut	M	-
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN BOGAERT Peter	Docent UA - verpleeg- en vroedkunde	M	+

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

Bijlage 3: Vragenlijst

Het standpunt van de huisarts omtrent kwaliteitsinitiatieven binnen de huisartsgeneeskunde.
Geachte collega,
Hartelijk dank om alvast de link naar de enquête te hebben aangeklikt.
Met mijn thesis wil ik een beter beeld krijgen van wat er leeft onder huisartsen omtrent kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk en hoe de bestaande kwaliteitsinitiatieven hieraan bijdragen.
Mijn onderzoek bestaat uit 2 delen:

- een kwantitatief deel (deze enquête),
- en een kwalitatief deel.

De gegevens uit deze enquête zullen dienen om het kwalitatief luik (focusgroepen met huisartsen) te voeden. Deelname aan de enquête staat hier echter volledig los van.
Voor de enquête vraag ik 10 minuten van uw tijd. Alle verkregen gegevens zijn volledig anoniem en worden bijgevolg ook anoniem verwerkt.
U kan niet terugkeren naar voorgaande vragen, gelieve dus aandachtig te antwoorden. Alvast bedankt voor uw medewerking!

Vriendelijke groeten, Simon Flies Huisarts in Opleiding
Promotor: Prof. Dr. Johan Wens (UA)

Geïnformeerde toestemming
Ik ... heb voldoende informatie gekregen over dit onderzoek en vul deze vragenlijst vrijwillig in; begrijp goed wat er van me verwacht wordt in dit onderzoek; weet dat ik op elk moment mijn deelname aan de enquête kan stopzetten; ben me ervan bewust dat aan mijn deelname geen kosten verbonden zijn, en dat ik geen aanspraak maak op een financiële compensatie in ruil voor deelname; ben me ervan bewust dat mijn antwoorden die ik in het kader van deze enquête verschaf anoniem zijn;

- Akkoord
- Niet akkoord

Hoe belangrijk is voor jou “goede kwaliteit van zorg” in de huisartsenpraktijk?

- Scoor tussen 1 “Niet belangrijk” en 10 “Zeer belangrijk”

Ken je bestaande kwaliteitsinitiatieven binnen huisartsgeneeskunde?

- Ja
- Neen

Kan je er enkele benoemen?_____

Welke kwaliteitsinitiatieven herken je uit volgende lijst? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ❑ Accreditering
- ❑ Lokale kwaliteitsgroepen (LOK's)
- ❑ e-learningopleidingen
- ❑ Activiteitsverslagen en feedbacks van het RIZIV
- ❑ Zorgtrajecten
- ❑ Quality Awards
- ❑ CEBAM
- ❑ EBM Practice Net
- ❑ BCFI
- ❑ Farmaka
- ❑ BAPCOC-gids
- ❑ Globaal Medisch Dossier (GMD)
- ❑ MyCareNet
- ❑ SUMEHR
- ❑ Recip-e
- ❑ eHealthbox
- ❑ Vaccinnet
- ❑ Vitalink

Met welke kwaliteitsinitiatieven heb je reeds gewerkt? (meerdere antwoorden mogelijk)
Accreditering
- ❑ Lokale kwaliteitsgroepen (LOK's)
- ❑ e-learningopleidingen
- ❑ Activiteitsverslagen en feedbacks van het RIZIV
- ❑ Zorgtrajecten
- ❑ Quality Awards
- ❑ CEBAM
- ❑ EBM Practice Net
- ❑ BCFI
- ❑ Farmaka
- ❑ BAPCOC-gids
- ❑ Globaal Medisch Dossier (GMD)
- ❑ MyCareNet
- ❑ SUMEHR
- ❑ Recip-e
- ❑ eHealthbox
- ❑ Vaccinnet
- ❑ Vitalink

In welke mate helpen de onderstaande initiatieven u om in de praktijk de voor u beoogde kwaliteit van zorg te bereiken? Geef elk initiatief een waarde van 0 tot 4, 0 duidt u aan indien u vindt dat het initiatief geen enkele meerwaarde biedt aan uw kwaliteit van zorg. 1 duidt op heel weinig" en 4 "heel veel" meerwaarde. Kent u één van de onderstaande initiatieven niet, scoor dan "niet van toepassing" (nvt).
- ❑ Lokale kwaliteitsgroepen (LOK's)
- ❑ e-learningopleidingen
- ❑ Activiteitsverslagen en feedbacks van het RIZIV
- ❑ Zorgtrajecten
- ❑ Quality Awards
- ❑ CEBAM
- ❑ EBM Practice Net
- ❑ BCFI
- ❑ Farmaka
- ❑ BAPCOC-gids
- ❑ Globaal Medisch Dossier (GMD)
- ❑ MyCareNet
- ❑ SUMEHR
- ❑ Recip-e
- ❑ eHealthbox
- ❑ Vaccinnet
- ❑ Vitalink

Hoe belangrijk zijn volgende aspecten van kwaliteitszorg in de huisartsenpraktijk? Geef een score van 1 tot 4, waarbij 1 is "NIET belangrijk" en 4 is "ZEER belangrijk".

1. De patiënt het gevoel geven dat je tijd hebt voor hem/haar.
2. Uitleg geven omtrent de bedoeling van uw onderzoeken en behandeling.
3. Weten wat je tijdens voorgaande consultaties hebt verteld of gedaan.
4. De patiënt snel verlichten van zijn/haar klachten.
5. De patiënt een afspraak geven op het moment dat het hem/haar schikt.
6. Belangstelling tonen voor de persoonlijke situatie van de patiënt.
7. De patiënt voldoende hulp bieden om zijn/haar normale dagelijkse bezigheden te kunnen uitvoeren.
8. De patiënt alle informatie geven die hij/zij wilt weten over zijn/haar klacht.
9. De mogelijkheid voor de patiënt om u steeds persoonlijk te kunnen spreken.
10. Openheid creëren om de patiënt zijn/haar verhaal te laten vertellen.
11. Een zorgvuldige en degelijke aanpak.
12. Hulp aanbieden voor de emotionele problemen van uw patiënt.

13. De patiënt voorbereiden op wat hij/zij kan verwachten van de specialist of het ziekenhuis.
14. Het telefonisch bereikbaar zijn van de praktijk.
15. De patiënt betrekken bij medische beslissingen.
16. Het verlenen van hulp bij gezondheidsproblemen die onmiddellijk aandacht vragen.
17. De patiënt overtuigen van het belang inzake het opvolgen van uw advies.
18. Een korte wachttijd in de wachtzaal.
19. Het vertrouwelijk houden van de medische gegevens van de patiënt.
20. Het aanbieden van preventie aan uw patiënten.

Geslacht?
- ❍ Man
- ❍ Vrouw

Aantal jaar actief als huisarts?
- ❍ Ik ben HAIO
- ❍ < 5 jaar
- ❍ 5 - 15 jaar
- ❍ 15 - 30
- ❍ > 30 jaar

Financiëringssysteem?
- ❍ Forfaitair
- ❍ Per prestatie

Soort praktijkvoering?
- ❍ Solopraktijk
- ❍ Duopraktijk
- ❍ Groepspraktijk

Heeft u assistentie in de praktijk?
- ❍ Ja
- ❍ Neen

Zo ja, assistentie bestaande uit? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ❑ Administratief medewerker
- ❑ Praktijkassistent
- ❑ Verpleegkundige
- ❑ andere: _____

Heeft u naast uw beroep als huisarts een andere functie binnen de huisartsgeneeskunde?
- ❍ Ja
- ❍ Neen

Zo ja, welke functie? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ❑ als onderzoeker
- ❑ als onderwijzer
- ❑ als opleider
- ❑ in een huisartsenkring
- ❑ andere: _____

Hartelijk dank voor het vervolledigen van deze enquête. Ik wens u alvast veel plezier in uw verdere praktijkvoering! Indien u wenst, kan u onderstaand nog iets toevoegen aan de enquête.

Bijlage 4: Informatieformulier focusgroepen

ICHO VZW

INFORMATIEFORMULIER

Universiteit Antwerpen

Titel van het onderzoek: Het standpunt van de huisarts omtrent kwaliteitsinitiatieven binnen de huisartsgeneeskunde.

Geachte collega,

Mijn naam is Simon Flies. Ik ben huisarts in opleiding (HAIO) en in het kader van mijn masterproef huisartsgeneeskunde wil ik onderzoek doen naar de mening van de huisarts omtrent kwaliteit en de initiatieven voor kwaliteitsverbetering in de huisartsenpraktijk.

Dit wil ik doen aan de hand van groepsgesprekken (focusgroepen) onder huisartsen (LOK-groepen).

Graag nodig ik u uit om deze informatiebrief door te nemen zodat u de achtergrond en het doel van van het onderzoek beter begrijpt en u weet hoe het groepsgesprek verloopt.

Achtergrond:
Kwaliteit van zorg wordt in de literatuur op verschillende manieren omschreven en het oordeel over de kwaliteit van zorg is sterk afhankelijk van het perspectief van waaruit een actor kijkt.

Om de performantie van het gezondheidssysteem in België te verbeteren, bestaan er reeds een groot aantal initiatieven die de kwalitatieve zorgverlening door artsen op verschillende manieren aanmoedigen: accreditering dmv navormingsactiviteiten en lokale kwaliteitsgroep (LOK), e-learningopleidingen, individuele activiteitenverslagen en feedbacks betreffende de praktijk, zorgtrajecten, Quality Awards, op medische evidentie gebaseerde (EBM) bronnen, het globaal medisch dossier (GMD), e-health met voorbeelden zoals MyCareNet, Summarized Electronic Health Record (SUMEHR), Recip-e, eHealthbox, Vitalink en Vaccinet.

De implementatie van deze initiatieven hangt echter voor een groot deel af van de visie van de beroepsgroep, met name de huisartsen zelf. Er is echter weinig geweten over de mening van de huisarts omtrent al deze initiatieven voor kwaliteitsverbetering.

Doel van het onderzoek:
Het doel van dit onderzoek is om vanuit focusgroepen ideeën te vergaren omtrent de betekenis van kwaliteitszorg voor de huisarts. Ziet de huisarts zelf een nood voor kwaliteitsverbetering van de geleverde zorg en hoe implementeert men kwaliteitsinitiatieven? Welke factoren van de verschillende kwaliteitsinitiatieven zetten ertoe aan om deze te implementeren en welke factoren zorgen voor weerstand bij de implementatie ervan?

Als we een antwoord vinden op deze vragen, is het mogelijk om rekening te houden met deze factoren wanneer men nieuwe kwaliteitsinitiatieven wilt opstellen of huidige initiatieven wilt verbeteren.

Hoe zal het groepsgesprek verlopen?
Het onderzoek bestaat uit een groepsgesprek in een LOK-groep van 6 tot 9 deelnemende huisartsen. Het belangrijkste is dat de deelnemers open staan om in de LOK-groep over dit onderwerp te praten. Het samen leggen van de verschillende visies kan helpen om een beter inzicht te verkrijgen in de onderzoeksvragen. Het voordeel van een focusgroep is dat de deelnemers door het uitwisselen van gedachten een inspiratiebron zijn voor elkaar en in interactie kunnen treden met elkaar.

Ikzelf zal het gesprek leiden. Hiervoor zal ik gebruik maken van een aantal open vragen, waarop de deelnemers kunnen reflecteren over het belang van kwaliteit en kwaliteitsinitiatieven. Afhankelijk van de antwoorden en de interesses van de deelnemers kan op bepaalde onderdelen meer of minder worden ingegaan en kunnen nieuwe vragen zich spontaan aanbieden.

Het gesprek zal worden opgenomen met een video- en spraakrecorder zodat de gegevens achteraf gemakkelijker schriftelijk geanalyseerd kunnen worden. Uw naam of andere persoonlijke gegevens zullen nergens in het onderzoek worden weergegeven. Ik voorzie dat het groepsgesprek 60 tot 90 min in beslag zal nemen.

Deelname aan mijn onderzoek is volledig vrijwillig. U bent dan ook vrij om uw deelname, ten allen tijde en zonder het geven van redenen, te stoppen zonder hier nadelen van te ondervinden.

Het onderzoek staat onder toezicht van het Ethisch Comité die de veiligheid, rechten, welzijn en waardigheid van de deelnemers beschermt.

Praktisch:
Indien u geïnteresseerd bent om deel te nemen aan de focusgroep, mag u dit melden aan uw LOK-verantwoordelijke en/of rechtstreeks aan de onderzoeker via onderstaande gegevens.
Bij voldoende respons, zal ik samen met de LOK-verantwoordelijke een datum uitkiezen om het groepsgesprek te laten doorgaan en deze tijdig met u meedelen, waarna u uw deelname dient te bevestigen.

Als u verdere vragen heeft in verband met het onderzoek wil ik deze graag voor u beantwoorden.

Alvast bedankt om de informatie door te nemen en voor uw eventuele deelname aan mijn onderzoek.

Dr. Simon Flies, huisarts in opleiding (HAIO), Universiteit Antwerpen.

Contactgegevens:
[redacted]*@*[redacted]*com*
04[redacted]

Promotor: Prof. dr. Johan Wens, Professor huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen.

Bijlage 5: Toestemmingsformulier focusgroepen

ICHO VZW

TOESTEMMINGSFORMULIER

Universiteit Antwerpen

Titel van het onderzoek: Het standpunt van de huisarts omtrent kwaliteitsinitiatieven binnen de huisartsgeneeskunde.

In te vullen door de deelnemer:

Ondergetekende (naam en voornaam) _____:

1. Ik verklaar hierbij dat ik een klare en objectieve schriftelijke en mondelinge uiteenzetting heb gekregen van de aard en het doel van dit onderzoek.
2. Ik heb een exemplaar ontvangen en kennis genomen van het informatieformulier versie 1.0 met datum 29/02/2016 van het onderzoek.
3. Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken over mijn deelname aan dit onderzoek. Hierbij heb ik alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en heb ik een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.
4. Ik stem ermee in dat de informatie verkregen uit het groepsgesprek anoniem zal worden verwerkt en dat ze voor geen enkele andere reden zal worden gebruikt dan voor dit onderzoek.
5. Ik begrijp dat beeld- en geluidsmateriaal die tijdens het interview worden gemaakt alleen zal worden gebruikt voor de verwerking in het onderzoek en dat ze op geen enkele andere manier zal worden vrijgegeven. Dit gebeurt volledig anoniem.
6. Hierbij weet ik dat ik voor mijn deelname aan dit onderzoek geen geldelijke bijdrage ontvang en alle contactmomenten tussen onderzoeker en deelnemer kosteloos zijn.
7. Ik weet dat de verzekering van de Universiteit Antwerpen schade verzekert die eventueel door deelname aan dit onderzoek zou kunnen opgelopen worden.
8. Ik bevestig hierbij dat mijn deelname aan dit onderzoek vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname, ten allen tijde en zonder het geven van redenen, te stoppen zonder dat ik hier nadelige gevolgen van zal ondervinden.
9. Ik stem in met mijn deelname aan de bovenstaande studie.

_____	_____	_____
Naam van de deelnemer	**Handtekening**	**Datum (dag/maand/jaar)**

In te vullen door de onderzoeker:

Ik, ondergetekende, bevestig hierbij dat ik (naam deelnemer) _____ voldoende schriftelijke en mondelinge uitleg heb gegeven over de aard en het doel van mijn onderzoek en dat hij (zij) zijn (haar) toestemming heeft gegeven om deel te nemen aan het onderzoek. De deelnemer is vrij om ten allen tijde en zonder het geven van redenen zijn (haar) deelname aan het onderzoek te stoppen zonder hier nadelige gevolgen van te ondervinden.

SIMON FLIES _____	_____	_____
Naam van de onderzoeker	**Handtekening**	**Datum (dag/maand/jaar)**

Toestemmingsformulier: versie 1.0, 29/02/2016

Bijlage 6: Draaiboek focusgroepen

De vragenlijst zoals opgesteld, weerspiegelt de aard en de thema's van de vragen die in het groepsgesprek aan bod zullen komen. De volgorde van de vragen en de wijze waarop de vragen tijdens het groepsgesprek geformuleerd zullen worden, hangen af van het verloop van het gesprek.

Praktisch

Half uur op voorhand aanwezig zijn in lokaal om zaken klaar te zetten. Tafels en stoelen naargelang grootte van de groep aanpassen, zodat ruimte zo goed mogelijk toelaat om een groepsgesprek te bevorderen.

Benodigdheden

- Videocamera en statief (na te vragen bij Universiteit, lenen bij vrienden)
- Gsm inclusief oplader voor extra audio opname in het midden van de groep.
- Voldoende afgeprinte toestemmingsformulieren voor de deelnemers.
- Volledig studieprotocol, informatieformulier en draaiboek.
- Afhankelijk van locatie: aantal flessen plat- en bruiswater + bekertjes mee te brengen.
- Uurwerk
- Balpennen

Inleiding

Iedereen gezamenlijk welkom heten.

Mezelf, doelstellingen onderzoek, verloop en regels van het groepsgesprek voorstellen.

- Onderzoeker: Simon Flies, Huisarts in Opleiding.
- Doelstelling project:
  Het doel van mijn project is om via focusgroepen met huisartsen ideeën te verzamelen omtrent de visie van de huisarts inzake kwaliteitszorg. En aan de hand van deze ideeën, hypothesen op te stellen.
- Verloop en regels groepsgesprek:
  Overlopen en ondertekenen van het toestemmingsformulier.
  Daarna start van het groepsgesprek.
  Ikzelf als gespreksleider zal gedurende 1,5 uur een aantal open vragen stellen, waarbij ik jullie uitnodig om hier over in gesprek te treden met elkaar. Hierbij zijn geen foute meningen. Het is namelijk de bedoeling dat er bij verschillende ideeën over een bepaald onderwerp een groepsgesprek op gang komt waarbij zich misschien nieuwe ideeën aanreiken. Gelieve elkaar niet te onderbreken en het woord te vragen.

Vragen

Openingsvraag

Graag zou ik beginnen met een korte voorstellingsronde waarin elks het aantal jaar beroepsuitvoering vermeldt en een zeer korte beschrijving geeft van zijn/haar praktijk (solo, duo, groep, forfaitair of per prestatie).

Introductievragen

- Wat is jullie algemeen gevoel bij de kwaliteit van zorg in het Vlaams huisartsenlandschap? Is dit positief of negatief? En kan je dat wat argumenteren…

Transitievragen

- Wat verstaan jullie zelf onder goede kwaliteit van zorg in de (huisartsen)praktijk? Welke verschillende dimensies horen hier voor jullie bij en hoe verhouden deze zich ten opzichte van elkaar?
- Door de vrijheid die onze gezondheidszorg kenmerkt, is er veel variatie binnen de huisartsgeneeskundige gezondheidszorg. EBM focust op de “beste” zorg, waardoor elke huisarts eigenlijk hetzelfde zou moeten doen. Zien jullie dit als een bijdrage aan kwaliteit van zorg? Of zien jullie dat anders? En kan je dat even toelichten…
- Wat is jullie mening omtrent het coderen en delen van gegevens? Zien jullie dit als een verrijking om de kwaliteit van zorg te verbeteren of als een inmenging van de overheid? En kan je dat toelichten.

Kernvraag

- In hoeverre zijn huidige initiatieven voor jullie een stimulans om kwaliteit in de huisartsenpraktijk te verbeteren? Welke springen er voor jullie positief bovenuit, welke negatief? Wat zijn jullie argumenten?

Afrondende vraag

- Hoe zien jullie de kwaliteit van zorg in de toekomst veranderen binnen de huisartsgeneeskunde? Zijn er volgens jullie, rekening houdend met deze veranderingen, ook bepaalde aandachtspunten nodig bij toekomstige kwaliteitsinitiatieven?
- Stel dat je een minuut de tijd hebt om met Maggie De Block te praten over kwaliteit van zorg en de kwaliteitsinitiatieven in de huisartsgeneeskunde? Wat zou u dan zeker willen zeggen?

Afsluiting en dankwoord

Bijlage 7: Codeboek focusgroepen

Kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk:

- Praktijkorganisatie
- Patiënttevredenheid

Medisch handelen:

- Volgens EBM
- Klinisch onderzoek
- Diagnose
- Doorverwijzing
- Preventie

Communicatie:

- Vertrouwensband
- Opvolging
- Begrip
- Tijd nemen
- Informatie
- Patiëntencontact
- Gehele context
- Psychisch welzijn

Variatie onder huisartsen:

- Noodzakelijk
- Persoonlijkheid arts
- Elke patiënt anders
- Vrije keuze
- Zelfde medisch handelen
- Meerderheid goede kwaliteit
- Individuen

EBM:

- Steun
- Uniformiteit in beleid
- Maatschappelijk belang
- Beperkingen
- Persoonlijke situatie patiënt
- Niet als meting

Informatica:

eHealth:

- Noodzakelijk
- Niet op punt
- Veel veranderingen
- Softwarepakket
- Ongebruiksvriendelijk
- Proefpersonen
- Eerst testen
- Niet ondersteunend
- Frustrerend
- Verantwoordelijkheid
- Oude generatie

Sumehr:

- Dossiers bijwerken
- Uniformiteit groepspraktijk
- Belang patiënt
- Telematicapremie
- Onbetaalde werkuren
- Ballast uit verleden
- Overgangsperiode

Incentive:

- Noodzakelijk
- Kwantiteit vs kwaliteit
- Draagvlak creëren

Coderen:

- Gegevens terugvinden
- Gewenningsperiode
- Coderingslijsten
- Weinig return

Controle:

- Wantrouwen
- Big brother
- Bias
- Beleidsaanpassing

Factoren om kwaliteit te verbeteren:

- Individueel
- Arbeidsintensief
- Onvoldoende vergoed
- Stimulerende feedback

Samenwerking en overleg:

- Collega
- Lok-groep
- Haio/stagiair
- Huisartsenwachtpost

Bapcoc, BCFI, folia, Farmaka:

- EBM
- Objectief
- Toegankelijk
- Implementeerbaar

Feedback en activiteitsverslagen:

- Inschatting
- Vergelijken
- Moeilijke interpretatie
- Gedateerd

Kwaliteit van zorg in de toekomst:

Samenwerking:

- Grotere populatie
- Organisatie in groep
- Kennis delen
- Werk-privéleven
- Interessegebieden

Praktijkassistentie/-verpleging:

- Werkbelasting
- Preventie
- Grotere populatie
- Wegvallen charme
- Haalbaarheid

Financiële ondersteuning:

- Praktijkassistentie/-verpleegkundige
- Bijscholing
- Overleg
- Gesprek
- Preventie
- Psychotherapie

Maatschappelijk:

- Vraagstuk
- Investering in gezondheid
- Visie
- Eerste lijn