De drie onvoldoendes van de huisarts: onvoldoende tijd, onvoldoende geld, onvoldoende kennis

[Naomi Schreurs, KULeuven]

Promotor: [Prof. Dr. Jan De Lepeleire, KULeuven]

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2016 – 2018]

Abstract

Titel: De drie onvoldoendes van de huisarts: onvoldoende tijd, onvoldoende geld en onvoldoende kennis

HAIO: Naomi Schreurs, KULeuven, e-mail: naomi.schreurs@outlook.com

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire

Praktijkopleider: Dr. Rita Vanobbergen (1ste jaar) en Dr. Peter Loos (2de jaar)

Context

Als huisarts word je geconfronteerd met een breed scala aan vragen en problemen die de patiënt je voorlegt. Het omzetten van theoretische kennis naar de praktijk is niet altijd eenvoudig. Deze masterproef gaat in op drie vaak voorkomende problemen in de huisartsenpraktijk: een gebrek aan tijd, geld of kennis.

Onderzoeksvragen

A. Hoe definieert men kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg?
B. Hoe verloopt de opstart en implementatie van een kwaliteitsverbeterend project?
C. Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: welke interventies kunnen een gedragsverandering in de gezondheidszorg bewerkstelligen?
D. Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: wat is de balans van tien jaar kwaliteitsverbeterende projecten in de eerste lijn?
E. Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: wat is het perspectief voor de toekomst?

Methode

Om op de onderzoeksvragen te antwoorden werden drie onderzoeken uitgevoerd: een literatuuronderzoek, database-onderzoek en veldonderzoek. In het literatuuronderzoek werd de relevante literatuur rond kwaliteitsverbetering nagelezen. In het database-onderzoek werd een steekproef gemaakt van alle kwaliteitsverbeterende projecten van de afgelopen tien jaar in de database van het interuniversitair centrum huisartsgeneeskunde (ICHO). Kwaliteitsverbeterende projecten die als hindernis onvoldoende tijd, geld of kennis rapporteerden werden geselecteerd. De praktijken van de geselecteerde masterproeven werden gecontacteerd met de vraag welke van deze projecten tot op heden nog uitgevoerd werden en of de hindernis onvoldoende tijd, geld of kennis hierbij een rol speelde.

Resultaten

Er werden in totaal 39 masterproeven beoordeeld. Een gebrek aan tijd werd als voornaamste hindernis aangehaald (n=20)(51%). Onvoldoende kennis werd net iets minder vaak vernoemd als hoofdreden om een bepaalde richtlijn niet naar behoren uit te voeren in de dagdagelijkse praktijk (n=18)(46%). Het financiële aspect werd beduidend minder als hoofdreden aangehaald (n=1)(3%). De grote meerderheid van de projecten werd niet meer uitgevoerd (n=17/26)(65%). Een minderheid van de projecten is wel nog actief (n=9/26)(35%). Bij de overige projecten was er geen respons (n=13/39)(33%).

Conclusie

Tijd en kennis vormen de belangrijkste hindernissen voor de continue uitvoering van een kwaliteitsverbeterend project. Gebrek aan geld wordt slechts zelden als belemmerende factor aangehaald. De combinatie van de opstelling van een praktijkrichtlijn, de organisatie van educatieve bijeenkomsten, de verspreiding van onderwijsmateriaal, een goede ondersteuning vanuit het elektronisch medisch dossier, regelmatige feedback en een regelmatige herziening van het project lijken effectief te zijn in de implementatie van kwaliteitsverbeterende projecten. Voor de verderzetting van een praktijkverbeterend project zijn regelmatige educatie en actualisering van de praktijkrichtlijn belangrijk.

ICPC-code: O 01 opleiding/ levenslang leren (CANMEDS ROL)

Inhoudsopgave

Abstract 2

Voorwoord 4

Hoofdstuk 1 – Inleiding 5

Hoofdstuk 2 – Literatuuronderzoek 8

Inleiding 8

Methodologie 8

Resultaten 9

Hoe definieert men kwaliteitsverbetering in gezondheidszorg? 9

Hoe verloopt de opstart en implementatie van een kwaliteitsverbeterend project? 9

Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: welke interventies kunnen een gedragsverandering in de gezondheidszorg bewerkstelligen? 11

Discussie 14

Hoofdstuk 3 – Database-onderzoek 16

Inleiding 16

Methodiek 16

Resultaten 19

Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: wat is de balans van tien jaar kwaliteitsverbeterende projecten in de eerste lijn? 19

Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: wat is het perspectief voor de toekomst? 23

Discussie 29

Hoofdstuk 4 – Veldonderzoek 32

Inleiding 32

Methodiek 32

Resultaten 33

Welke projecten werden tot vandaag verdergezet? 33

Welke hindernissen speelden een rol bij het verderzetten of stoppen van een project? 33

Discussie 35

Hoofdstuk 5 - Algemene discussie en besluit 37

Hoofdstuk 6 - Referenties 40

Hoofdstuk 7 – Bijlagen 44

BIJLAGE A 44

Introductie vragenlijst 44

BIJLAGE B 45

Goedkeuring aanvraag masterproefonderwerp 45

BIJLAGE C 48

Goedkeuring Ethische Begeleidingscommissie 48

Voorwoord

Ik wil graag mijn promotor Prof. Dr. Jan De Lepeleire bedanken voor zijn gerichte feedback en inzichten waarmee hij mijn masterproef zowel qua inhoud als structuur vorm gaf.

Verder wil ik graag mijn praktijkopleider Rita Vanobbergen bedanken voor het luisterend oor en ondersteuning tijdens het eerste jaar van mijn huisartsenopleiding.

Ook mijn praktijkopleider Peter Loos wil ik bedanken voor zijn begeleiding en het aanstippen van leerkansen tijdens het tweede jaar mijn van opleiding.

Tot slot een bedanking voor mijn familie en vrienden en voor mijn echtgenoot Willem Raat voor al hun warmte en steun.

Hoofdstuk 1 – Inleiding

De innerlijke motivatie om een goede huisarts te zijn voor je patiënt, de samenwerking met collega's en je continue nieuwsgierigheid om bij te leren, functioneren als drijfveer voor een enthousiaste beroepsuitoefening als arts. Voor ik begon te werken als HAIO (huisarts-in-opleiding) bereidde ik me voor met de studie van richtlijnen. Deze theoretische kennis is een goede basis om op een wetenschappelijk gefundeerde manier kwaliteitsvolle zorg te verlenen. Ze is echter niet altijd eenvoudig te vertalen naar de dagelijkse praktijk. Welke hindernissen zorgen ervoor dat we niet altijd volgens deze richtlijnen handelen? De voorbije jaren werkten verscheidene HAIO's een praktijkverbeterend project uit als masterproef. Hierbij werd nagegaan hoe de richtlijnen in de praktijk toegepast kunnen worden. Bij de implementatie van deze projecten werden vaak meerdere hindernissen geïdentificeerd. De promotor van mijn masterproef, professor dokter Jan De Lepeleire, begeleidde reeds vele masterproeven. Het viel hem op dat de beschreven hindernissen herhaaldelijk binnen de cluster 'onvoldoende tijd, onvoldoende geld, onvoldoende kennis' vielen. Zo ontstond het idee om deze masterproeven na te lezen, te selecteren op basis van de eerder vermelde hindernissen en na te gaan of er oplossingen werden voorgesteld om deze hindernissen te overwinnen. Het is de bedoeling van dit database-onderzoek als besluit een overzichtsdocument te formuleren van de aanbevolen interventies voor het overwinnen van deze hindernissen en daarnaast een overzicht van aanbevolen vervolgonderzoeken op te stellen. Bij het nalezen van de masterproeven vroeg ik me ook af welke projecten vandaag nog uitgevoerd werden en welke niet. Ik bevroeg de betrokken praktijken om dit na te gaan. De verdere opzet van dit veldonderzoek beschrijf ik verderop. Als volgende stap verfijnde ik de formulering van de onderzoeksvragen. Ten slotte voerde ik een literatuuronderzoek uit om meer achtergrondinformatie te vinden over de gebruikte termen en de gestelde vragen in deze masterproef.

De onderzoeksvragen zijn de volgende:

A. Hoe definieert men kwaliteitsverbetering in gezondheidszorg?
B. Hoe verloopt de opstart en implementatie van een kwaliteitsverbeterend project?
    a. Wat is een goede methodiek om hindernissen te identificeren?
    b. Wat is een kwaliteitsindicator?
C. Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: welke interventies kunnen een gedragsverandering in de gezondheidszorg bewerkstelligen?
D. Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: wat is de balans van tien jaar kwaliteitsverbeterende projecten in de eerste lijn?

a. Wat is de thematische verdeling van de kwaliteitsverbeterende projecten in de ICHO database?
b. Wat is de verhouding onvoldoende tijd, geld of kennis in de geïdentificeerde hindernissen? Welke methode werd gebruikt om deze hindernis te identificeren?
c. Welke types van interventies werden voorgesteld in de kwaliteitsverbeterende projecten?

E. Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: wat is het perspectief voor de toekomst?
    a. Welke tips werden voorgesteld voor het maken van een toekomstig kwaliteitsverbeterend project?
    b. Welke vervolgonderzoeken werden voorgesteld (per thema) voor toekomstige kwaliteitsverbeterende projecten?
F. Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: wat is de balans van tien jaar kwaliteitsverbeterende projecten in de eerste lijn?
    a. Welke projecten werden tot vandaag verdergezet?
    b. Welke hindernissen speelden een rol bij het verderzetten of stoppen van een project?

In hoofdstuk 2 wordt een verkennend literatuuronderzoek uitgevoerd. De terminologie van de onderzoeksvragen wordt geduid. Er wordt gekeken naar een overzicht van manieren of interventies om kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg te implementeren. Er wordt een antwoord geformuleerd op hoofdvragen A, B en C.

In hoofdstuk 3 wordt een database-onderzoek uitgevoerd van de beschikbare masterthesissen huisartsgeneeskunde in de ICHO-database. Er wordt gekeken naar de balans van tien jaar kwaliteitsverbeterende projecten: de thematische verdeling van projecten uit het verleden, de verhouding van geïdentificeerde hindernissen volgens het model onvoldoende tijd, geld of kennis en de types interventies die werden voorgesteld. Er wordt ook gekeken naar het perspectief dat deze database biedt voor de toekomst: welke aandachtspunten werden geformuleerd voor toekomstige kwaliteitsverbeterende projecten en welke vervolgonderzoeken werden (per thema) voorgesteld voor toekomstige projecten. Er wordt een antwoord geformuleerd op hoofdvragen D en E.

In hoofdstuk 4 wordt een veldonderzoek uitgevoerd. Praktijken waar in het verleden kwaliteitsverbeterende projecten werden uitgevoerd, werden gecontacteerd. Er werd nagevraagd of het project tot op heden nog actief was. Er werd onderzocht welke hindernissen een rol

speelden bij het verderzetten of stoppen van een project. Er wordt een antwoord geformuleerd op hoofdvraag F.

In hoofdstuk 5 wordt een samenvattend besluit geformuleerd.

Hoofdstuk 2 – Literatuuronderzoek

Inleiding

Deze masterproef vertrekt vanuit de eerder genoemde onderzoeksvragen. Er werd bij de aanvang een verkennend literatuuronderzoek uitgevoerd met een tweeledig doel. Enerzijds werd getracht de terminologie van de onderzoeksvragen duidelijk te definiëren. Anderzijds werd de beschikbare literatuur rond de **opstart**, **implementatie** en **evaluatie** van kwaliteitsverbeterende projecten onderzocht. Ten eerste proberen we een bondig en overzichtelijk overzicht te geven van de methoden die *voor het opstarten* noodzakelijk zijn. Ten tweede kijken we naar de in de literatuur beschreven interventies die nodig zijn om gedragsverandering in de gezondheidszorg te *implementeren*. Ten slotte kijken we naar kwaliteitsindicatoren die noodzakelijk zijn voor een correcte *evaluatie*.

De onderzoeksvragen behandeld in dit hoofdstuk zijn de volgende:

A. Hoe definieert men kwaliteitsverbetering in gezondheidszorg?
B. Hoe verloopt de opstart en implementatie van een kwaliteitsverbeterend project?
    a. Wat is een goede methodiek om hindernissen te identificeren?
    b. Wat is een kwaliteitsindicator?
C. Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: welke interventies kunnen een gedragsverandering in de gezondheidszorg bewerkstelligen?

Methodologie

Eerst werd het handboek *Doktoren met kwaliteit* (1) nagelezen. Vervolgens werd het handboek *Implementating Change in Primary Care* (2) bestudeerd. Van beide boeken werd de literatuurlijst bekeken. De bronnen die in de bovenvermelde literatuurlijsten vernoemd werden, werden via Pubmed opgezocht (3) (4) (5). Indien ze via Pubmed niet terug te vinden waren, werden ze via de Google-zoekmachine opgezocht. Zo werd het artikel “Interventions that change clinician behaviour: mapping the literature” (6) gevonden. In de methodiek van dit artikel werden ‘behaviour change’, ‘professional practice’ en ‘interventions’ als zoektermen beschreven. Deze termen werden in de Pubmed-zoekmachine samen ingegeven. Vanaf dit moment in het literatuuronderzoek werden enkel artikels weerhouden die de voorbije tien jaar gepubliceerd werden en waarvan de volledige tekst vrij beschikbaar was. Deze zoektocht resulteerde in 85 artikels. Op basis van titel en abstract werden achttien artikels uitgezocht en nagekeken op referenties. Er werden uiteindelijk vier artikels geselecteerd (6) (7) (8) (9).

Resultaten

Hoe definieert men kwaliteitsverbetering in gezondheidszorg?

Grol (1995) (1) schrijft hierover: 'Samengevat is kwaliteitsbevordering een complex van activiteiten gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Het is een samenhangend geheel van acties en activiteiten met name:

- het identificeren van mogelijke problemen in de kwaliteit van de zorg
- het definiëren van het gewenste niveau van kwaliteit in de vorm van kwaliteitseisen, standaarden of richtlijnen
- het beoordelen of de beoogde kwaliteit gerealiseerd is
- de stappen die ondernomen worden om de kwaliteit te verbeteren
- het scheppen van de voorwaarden om de beoogde kwaliteit te realiseren

Het is belangrijk dat ze op een continue en systematische wijze plaatsvinden als een steeds herhaald (cyclisch) proces van onderlinge continue toetsing en verbetering van zorg (1).'

Hoe verloopt de opstart en implementatie van een kwaliteitsverbeterend project?

Het handboek *Doktoren met kwaliteit* beschrijft de **FOCUS-procedure** en de **PDCA-cyclus** als mogelijke manieren om een kwaliteitsverbeterend project op te starten en te implementeren. Deze masterproef geeft enkel een beknopt overzicht. Voor verdere uitleg kan steeds het handboek *Doktoren met kwaliteit* (1) nagelezen worden. Er wordt enkel dieper ingegaan op de methode om hindernissen te identificeren (4.2) en op de beschrijving van kwaliteitsindicatoren (stap 1 P).

Hieronder volgt een schematisch overzicht van de FOCUS-procedure en PDCA-cyclus (1):

1. ***FOCUS***

Stap 1 F: Find. Leg een onderwerp vast.

Stap 2 O: Organise a meeting. Ga samenzitten met alle betrokkenen.

Stap 3 C: Clarify. Een goede probleemdefinitie is de volgende stap.

Stap 4 U: Understand/Uncover. Waar(om) loopt het mis? Hoe groot is het probleem?

4.1 Een dataverzameling

4.2 Een brainstorm d.m.v. de visgraatanalyse

4.3 Een nominale groepstechniek

4.4 Denken in processen

Stap 5 S: Start. Voer een verbetering/verandering in via de PDCA-cyclus.

2. ***PDCA***

Stap 1 P: Plan. Plan verbeteringen.

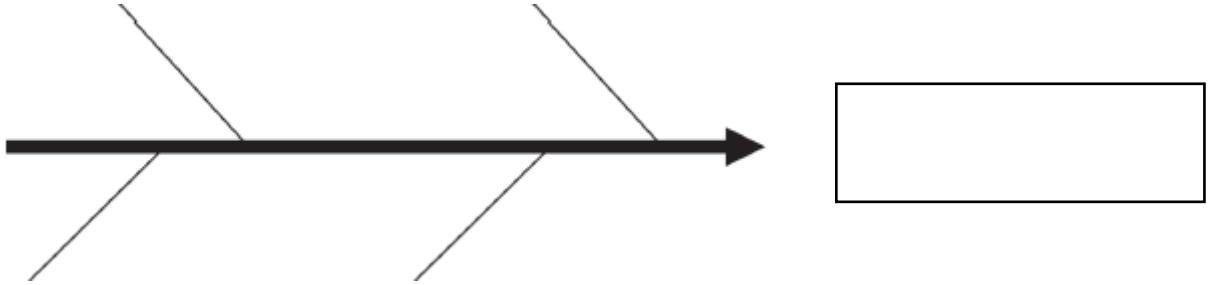
Stap 2 D: Do. Voer uit wat gepland werd.

Stap 3 C: Check (Deming) (ook S: Study (Nolan et al.) (1). Evalueer het lopende project.

Stap 4 A: Act. Bekijk wat je met het project doet: abandoning/ adjusting/ adopting.

Understand: identificatie van hindernissen door de visgraatanalyse

Een vaak gebruikte techniek om de hindernissen die een beoogde gedragsverandering in de weg staan te identificeren, is de visgraatanalyse, ook wel de Ishikawatechniek genoemd (1).

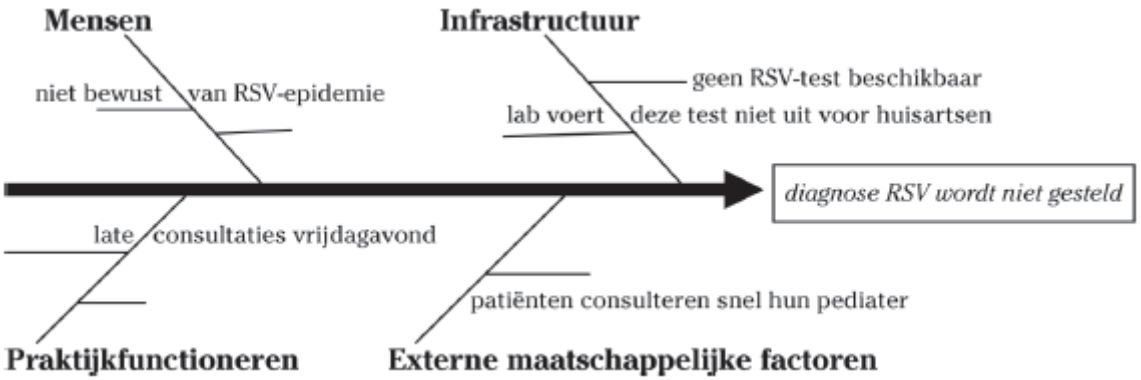


In een kader wordt het probleem kort samengevat. In een volgende stap bekijkt men wat de oorzaken van dit probleem kunnen zijn en worden die oorzaken volgens vier domeinen gerangschikt: mensen, infrastructuur, functioneren van de praktijk en maatschappelijke oorzaken (1).

Wanneer men de oorzaken van het probleem gerelateerd aan 'mensen' wil beschrijven dan heeft men het over oorzaken die te maken hebben met de persoonlijke eigenschappen van de arts, de patiënt of andere medewerkers in de praktijk. De oorzaken die te maken hebben met de 'infrastructuur' zijn problemen in verband met het medische materiaal of de praktijkruimte. Wanneer het gaat over 'functioneren van de praktijk' dan identificeert men oorzaken zoals fouten die terug te brengen zijn tot de afspraken die gemaakt zijn, de communicatie en de procedures of routines in de praktijk. Onder het laatste domein 'externe factoren', wat vaak minder beïnvloedbaar is, bespreekt men factoren zoals het milieu waarin artsen en patiënten moeten werken en factoren eigen aan het gezondheidssysteem in België (1).

De besproken factoren vult men op het schema per domein aan als verdere aftakkingen of visgraten.

Hieronder volgt een voorbeeld van een ingevulde visgraatanalyse (1).



Zo kan men de visgraatanalyse toepassen wanneer een bepaalde richtlijn niet correct uitgevoerd wordt. Via de visgraatanalyse identificeert men de hindernissen die de implementatie van de richtlijn in de praktijk in de weg staan. Daarvoor bestaan heel wat redenen (1):

- Financiële redenen
- Organisatorische redenen bv. gebrek aan apparatuur of medicijnen of tijd
- Individuele inzichten of gebrek aan competentie bv. kennis
- Moeilijkheden met de communicatie van bepaalde door richtlijnen geadviseerde handelingen
- Collega-artsen, specialisten met afwijkende diagnostische en therapeutische gewoonten

Deze masterproef gaat dieper in op de hindernissen onvoldoende tijd, geld of kennis.

Plan verbetering. Wat is een kwaliteitsindicator?

Binnen de planning is het absoluut noodzakelijk stil te staan bij de evaluatie van het project. Welke indicatoren zijn relevant? Voortgaand op de indeling die Donabedian (1980) maakte om kwaliteit van zorg te evalueren wordt er een onderscheid gemaakt tussen structuur-, proces- en resultaatsindicatoren (1).

Hieronder volgt een korte omschrijving van elk van de indicatoren. Enkele voorbeelden van een structuurindicator zijn voorzieningen, personeel, middelen, materialen, organisatie of opleidingsniveau. Een procesindicator kan men omschrijven als de manier waarop de zorg precies gerealiseerd wordt. Een resultaatindicator meet aspecten die te maken hebben met de uitkomst van zorg zoals mortaliteitsindicatoren, gezondheidsindicatoren, tevredenheid van de patiënt en kosten gerelateerde aspecten (1).

Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: welke interventies kunnen een gedragsverandering in de gezondheidszorg bewerkstelligen?

De opstart van een kwaliteitsverbeterend project is één van de mogelijke interventies om gedragsverandering in de gezondheidszorg te implementeren. Deze interventie werd hierboven beschreven en zal in deze masterproef verder opgenomen worden in het database- en veldonderzoek. Naast deze interventie bestaan er echter andere interventies om gedragsverandering, met het oog op

kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg, te bewerkstelligen. In de literatuur werd hiervan een overzicht opgezocht. Deze masterproef bespreekt enkel de interventies met betrekking tot de gezondheidswerkers. Er wordt niet verder ingegaan op de interventies met betrekking tot de patiënten of de overheid.

Hieronder volgt een opsomming van tien mogelijke interventies (9) (8) voorzien van een beschrijving waar mogelijk (6).

1) Distributie van onderwijsmateriaal:
Onder onderwijsmateriaal verstaan we een richtlijn op papier of als elektronische versie, kleine gelamineerde kaarten, affiches en weergave van een verkorte versie van een richtlijn (9).
Distributie van onderwijsmateriaal wordt over het algemeen als niet effectief beschouwd, maar het kan een onderdeel vormen van een veelzijdige strategie waarbij gedragsverandering beoogd wordt. Zo speelt distributie van onderwijsmateriaal een voorname rol in het verhogen van het bewustzijn rond de gewenste gedragsverandering (6).

2) Educatieve bijeenkomsten:
Educatieve bijeenkomsten in grote groepen waarbij de deelnemers passief informatie ontvangen, zoals lezingen en conferenties, hebben geen invloed op het praktijk functioneren.
Actieve onderwijsstrategieën op kleine schaal lijken succesvoller om veranderingen teweeg te brengen zoals bijvoorbeeld de organisatie van een workshop of een training in kleine groep.
De kosteneffectiviteit van deze interventie is niet bekend en het is ook niet duidelijk of de effecten op korte termijn zich ook op lange termijn bestendigen (6).

3) Lokaal consensusproject:
Samen met alle betrokken zorgverleners wordt er een relevant, klinisch probleem uitgekozen en wordt de strategie van aanpak bepaald. Een concreet voorbeeld hiervan is de aanpassing van een bestaande richtlijn naar een specifieke praktijkcontext. Hierbij kunnen vergaderingen georganiseerd worden en er kan specifiek materiaal voorzien worden (9).

4) Artsenbezoeken:
Een opgeleid persoon stelt tijdens een bezoek in het kabinet van de arts informatie voor met als doel het gedrag van de zorgverlener te veranderen. De gegeven informatie kan bestaan uit feedback over de geleverde prestaties van de zorgverlener (9).

Deze interventie wordt als effectief beschouwd, vooral wanneer het gaat over verandering van voorschrijfgedrag, maar ook met betrekking tot preventieve geneeskunde en het beleid van alledaagse problemen in de huisartsgeneeskunde. Het effect op complexere gedragingen is onduidelijk. Deze interventie kan bijzonder effectief zijn in combinatie met sociale marketingtechnieken (zie infra). De kosteneffectiviteit is niet gekend, maar deze interventie kan duur en tijdrovend zijn om te implementeren. Het is ook onduidelijk hoeveel de resultaten met de tijd afnemen, of wat het optimale aantal bezoeken is (6).

5) Lokale opinieleiders:

Lokale opinieleiders zijn individuen die gezien worden als autoriteiten binnen een bepaald kennisdomein en die hun gerespecteerde invloed gebruiken om gedragsverandering te bevorderen. Ze kunnen op verschillende manieren betrokken zijn bij het veranderen van gedrag, variërend van het rondzenden van een ondertekende brief, het geven van toespraken of lezingen en het brengen van een bezoek aan de praktijk. Het effect van het gebruik van lokale opinieleiders om informatie te verspreiden is gemengd. (6)

6) Patiënt gemedieerde interventies:

Het gaat hier om nieuwe klinische informatie (dus niet eerder beschikbaar), die rechtstreeks via de patiënt verzameld werd bijvoorbeeld een ingevulde vragenlijst rond depressie (9).

7) Audit en feedback:

De audit- en feedbackprocedure omvat een retrospectieve weergave of informatie over de geleverde prestaties van een individu of een organisatie. De informatie wordt uit de dagdagelijkse praktijk verzameld om zo het inzicht in eigen functioneren te vergroten. Gegevens kunnen verzameld worden door middel van een interne audit, waarbij de zorgverleners zelf instaan voor de datacollectie of door middel van een externe audit, waarbij anderen de data verzamelen (6). De informatie kan verkregen worden uit de medische dossiers, geautomatiseerde databases of ondervragingen van patiënten (9). De gegeven feedback kan betrekking hebben tot uitkomstmaten van de geleverde zorg, kosten of andere elementen van de klinische prestatie. In de feedback kunnen prestaties van de verschillende groepsleden onderling vergeleken worden of niet. Audit en feedback hebben kleine tot matige effecten (6).

8) Reminders:

Deze interventie betreft de communicatie van een stukje informatie om een zorgverlener eraan te herinneren een bepaalde actie te ondernemen of te vermijden. De reminder kan voor of tijdens het

contact met de patiënt gegeven worden. Het kan onder de vorm van stickers op medische notities, posters op de werkplek of een computerondersteuningssysteem dat tijdens een raadpleging patiënt specifieke reminders of aanbevelingen geeft. Reminders kunnen matig effectief zijn bij de gedragsverandering, met name wanneer deze interventie gebruikt wordt om het voorschrijfgedrag of de uitvoering van preventieve geneeskunde te beïnvloeden. Reminders zijn effectiever wanneer ze ontworpen worden om specifieke hindernissen in een gedragsverandering te overwinnen. De vraag die zich stelt is of de computerondersteuningssystemen tegemoet kunnen komen aan de beslissingen die de arts moet maken bij een meer complexe pathologie of context (6).

Zorgverleners zouden weigerachtig staan tegenover het gebruik van reminders wanneer ze het gevoel hebben dat de reminders aan hen opgedrongen worden. Wanneer ze echter het gevoel hebben zelf te kunnen beslissen om de reminder al dan niet te gebruiken, dan is het veel waarschijnlijker dat ze deze zouden gebruiken.
Het is waarschijnlijker dat de zorgverleners de aanwijzing zal volgen indien de bron van de aanbeveling geloofwaardig is en niet in strijd is met andere richtlijnen.
Deze reminders zouden met name nuttig kunnen zijn voor onervaren zorgverleners of wanneer de zorgverlener anderen opleidt (7).

9) Marketing:
Hieronder valt het gebruik van persoonlijke interviews, groepsbespreking (focusgroep) of een bijeenkomst met zorgverleners om de hindernissen van de gewenste gedragsverandering te identificeren en vervolgens een interventie te ontwerpen om de geïdentificeerde hindernissen te overwinnen (9).

10) Groepsmedia:
Het doorgeven van informatie aan patiënten via groepsmedia, zoals televisie, radio, kranten, posters, folders en boekjes, kan effectief zijn voor de verandering van gedrag hoewel het onduidelijk is of dit effect door de patiënten of de zorgverleners zelf wordt bereikt. Bovendien is de methodologische kwaliteit van studies binnen dit domein erg laag. Het effect van het gebruik van het internet om informatie voor patiënten te verstrekken, werd nog niet vaak onderzocht (6).

Discussie

In de literatuur werd een antwoord gevonden op de gestelde vragen:

A. Hoe definieert men kwaliteitsverbetering in gezondheidszorg?
B. Hoe verloopt de opstart en implementatie van een kwaliteitsverbeterend project?

a. Wat is een goede methodiek om hindernissen te identificeren?
b. Wat is een kwaliteitsindicator?

C. Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: welke interventies kunnen een gedragsverandering in de gezondheidszorg bewerkstelligen?

Kwaliteitsverbetering werd gedefinieerd en de opstart van een kwaliteitsverbeterend project werd samengevat aan de hand van de FOCUS-procedure en de PDCA-cyclus. Binnen de FOCUS-procedure werd de visgraatanalyse besproken om hindernissen die de gewenste gedragsverandering in de weg staan te identificeren. Binnen deze masterproef zal verder ingegaan worden op drie hindernissen namelijk onvoldoende tijd, geld of kennis. Binnen de PDCA-cyclus werd er verder ingegaan op de bespreking van kwaliteitsindicatoren ter evaluatie van het opgestarte kwaliteitsverbeterend project.

De opstart van een kwaliteitsverbeterend project is slechts één mogelijke interventie. De masterproef geeft een overzicht van tien interventies die in de literatuur beschreven worden om gedragsverandering, met het oog op kwaliteitsverbetering, te bewerkstelligen. Het is echter moeilijk om conclusies te trekken over de effectiviteit van de interventies en de vergelijking van de interventies onderling. In de literatuur werd er geen informatie gevonden over de effectiviteit van de interventie 'lokaal consensusproject' , m.a.w. de opstart van een kwaliteitsverbeterend project. Dit zou interessant geweest zijn. De zoektocht naar interventies om het gedrag van de zorgverlener te veranderen, is een zeer breed onderwerp waardoor het moeilijk was alle relevante artikels te selecteren. Dit probleem wordt meermaals beschreven in de discussie van de doorgenomen artikels (6).

Algemeen gesteld lijkt een veelzijdige strategie het meest succesvol om gedragsverandering te realiseren. De meest frequent gebruikte interventies zijn verspreiding van onderwijsmateriaal, educatieve bijeenkomsten en audit en feedback. Bij de studies waarbij gebruik gemaakt werd van lokale opinieleiders, reminders en audit en feedback werden er bij tachtig procent van de studies significante bevindingen gevonden (9). Ook artsenbezoeken zouden effectief zijn (8). De implementatie van interventies die gedragsverandering beogen lijkt beter te zijn in groepspraktijken dan in solopraktijken (9).

Er is nood aan verder onderzoek: vooral naar de kosteneffectiviteit en naar studies van betere methodologische kwaliteit. Maar ook naar een vergelijking van de verschillende interventies onderling, naar de specifieke kenmerken die ervoor zorgen dat een bepaalde interventie beter geïmplementeerd wordt, en of de kort termijneffecten zich ook op langere termijn voortzetten (6).

Hoofdstuk 3 – Database-onderzoek

Inleiding

Na de opstart en implementatie van een kwaliteitsverbeterend project ligt de meerwaarde vooral in de verbetering van zorg die behaald wordt door een vervolg van het kwaliteitsverbeterend project. De voortzetting van dergelijke projecten struikelt meestal over een van de drie reeds eerder genoemde hindernissen: onvoldoende tijd, geld of kennis. Het leek interessant te kijken naar de kwaliteitsverbeterende projecten die de laatste tien jaar in de online ICHO-database werden verzameld. De interesse kwam voort uit een dubbel tijdsperspectief. Enerzijds werd er naar het verleden gekeken en werden de masterproefprojecten geselecteerd waarbij één of meer van de drie hindernissen genoemd werden. Anderzijds werd er ook naar de toekomst gekeken en werden er tips rond kwaliteitsverbetering en voorstellen voor vervolgonderzoek verzameld. Dit overzicht kan als ondersteuning dienen voor de toekomstige collegae HAIO's in hun keuze van een masterproefonderwerp. Indien er systematisch voortgebouwd wordt op de reeds opgestarte kwaliteitsverbeterende projecten dan hoop ik dat dit de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde ten goede zal komen. De onderzoeksvragen behandeld in dit hoofdstuk zijn de volgende:

D. Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: wat is de balans van tien jaar kwaliteitsverbeterende projecten in de eerste lijn?
    a. Wat is de thematische verdeling van de kwaliteitsverbeterende projecten in de ICHO database?
    b. Wat is de verhouding onvoldoende tijd, geld of kennis in de geïdentificeerde hindernissen?
    c. Welke methode werd gebruikt om deze hindernis te identificeren?
    d. Welke types van interventies werden voorgesteld in de kwaliteitsverbeterende projecten?
E. Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: wat is het perspectief voor de toekomst?
    a. Welke tips werden voorgesteld voor het maken van een toekomstig kwaliteitsverbeterend project?
    b. Welke vervolgonderzoeken werden voorgesteld (per thema) voor toekomstige kwaliteitsverbeterende projecten?

Methodiek

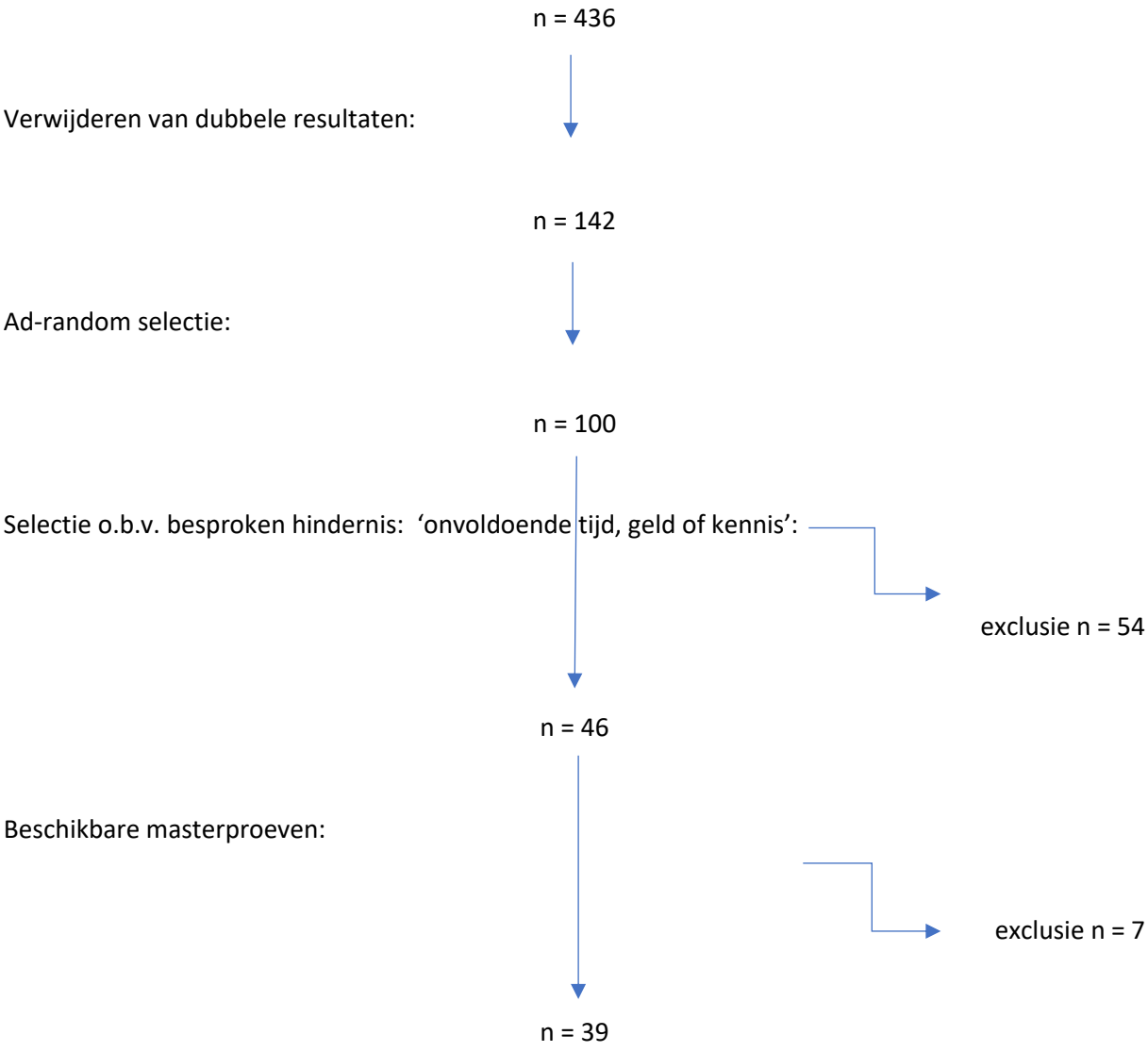
Op basis van de zoekterm 'praktijkverbeterend project' werd er een preselectie gemaakt van alle abstracten van masterproeven die over de voorbije tien jaar op de ICHO-website gepubliceerd werden. Dit leverde 142 abstracten op. Van deze preselectie werd een at random steekproef van honderd

abstracten gemaakt. Bij deze honderd geselecteerde abstracten werd nagegaan of er minstens één van volgende hindernissen aangehaald werd namelijk onvoldoende tijd, onvoldoende geld of onvoldoende kennis. Op basis van deze selectie werden 39 masterproeven nagelezen op volledige inhoud. Deze masterproeven werden vervolgens gescoord op methodologische kwaliteit. Dit wordt hieronder verder uitgelegd bij 'stap 5'. De inhoud van de bestudeerde masterproeven werd overzichtelijk geordend in een Excel-bestand in enkele kolommen met de volgende subtitels: 'jaartal', 'auteur', 'titel', 'onderwerp', 'onvoldoende tijd', 'onvoldoende geld', 'onvoldoende kennis', 'identificatiemethode hindernissen', 'type interventie', 'tips bij implementatie' en 'voorstel vervolgonderzoek'.

De steekproef werd uitgevoerd in december 2016. De masterproeven die nadien op de ICHO-website gepubliceerd werden, worden niet in deze masterproef besproken.

Schematische voorstelling van de weerhouden masterproeven

ICHO-database: 'praktijkverbeterend project' + 'kwaliteitsbevorderend project':



Stap 1

De eerste stap was het opstellen van een aangepast zoekalgoritme om de masterproefdatabase op de ICHO-website te doorzoeken. Ik gebruikte als zoekmotor de publiek beschikbare Google Custom Search Engine (CSE) en doorzocht de url 'http://www.icho-info.be/masterproeven/' op de termen 'praktijkverbeterend project' en 'kwaliteitsbevorderend project'. CSE toont slechts de eerste honderd resultaten per query. De query 'praktijkverbeterend project' toonde echter 337 resultaten. Daarom werden om meerdere data te bekomen de annexen "-2016, -2015, -2014, -2013, -2012, -2011, -2009, -2008, -2007" aan de zoektermen toegevoegd. Deze filteren elk resultaat dat de genoemde jaartallen in de index heeft staan.

Stap 2

De dubbele resultaten werden verwijderd. Dit reduceerde het totale aantal resultaten aanzienlijk aangezien telkens zowel het abstract als de bijhorende masterproef apart als zoekresultaat opgegeven werden. Er was bovendien een grote overlap tussen de zoekresultaten op basis van de term 'praktijkverbeterend project' en 'kwaliteitsbevorderend project'. De gevonden masterproeven werden geïndexeerd volgens auteur en jaartal van minder naar meest recent. In totaal werden 142 verschillende praktijkverbeterende projecten geïdentificeerd, daterend uit de periode van 2007 tot en met 2016.

Stap 3

Vervolgens werden de bekomen masterproeven gerandomiseerd. Het streefdoel was het nalezen van honderd proeven. Alle papers ingediend van 2007 tot en met 2011 (n=25) werden weerhouden om een maximaal representatieve hoeveelheid masterproeven uit elke periode te behouden. De papers tussen 2012 en 2016 werden per jaartal gerandomiseerd. Randomisatie gebeurde met de RAND-functie in Excel 2016, waarna ranking van groot naar klein werd doorgevoerd met behulp van de RANK.AVG-functie. Van 2012 tot en met 2016 werden telkens de vijftien laagst scorende papers per jaar geselecteerd (n=75).

Stap 4

Bij deze honderd geselecteerde abstracten werd nagegaan of er minstens één van volgende hindernissen aangehaald werd: onvoldoende tijd, onvoldoende geld of onvoldoende kennis. Op basis van deze selectie werden er 46 abstracten geselecteerd. Van deze selectie waren er zeven abstracten waarvan enkel het abstract en niet de masterproef op de ICHO-database te lezen was. Er werd ook geen contactadres vermeld om de masterproeven alsnog op te vragen of indien er wel een e-mailadres vermeld was, bleef het antwoord uit. Deze masterproeven konden bijgevolg niet nagelezen worden. Zo bleven er 39 masterproeven over.

Stap 5

De 39 masterproeven werden vervolgens gescoord op methodologische kwaliteit. Hierbij werd telkens één punt toegekend per criterium dat in de masterproef in kwestie besproken werd: een richtlijn, een praktijkverbeterend project, een identificatiemethode van de hindernissen, kwaliteitsindicatoren, een voormeting, een nameting, de toegepaste interventie en een voorstel tot vervolgonderzoek. De maximumscore bestaat dus uit acht punten. De meeste masterproeven behaalden de maximumscore (n=23). De score zeven werd aan negen masterproeven toegekend. Een minderheid kreeg een lagere score toegediend van zes (n=4), vijf (n=2) of vier (n=1).

Stap 6

De inhoud van de geselecteerde masterproeven werden volgens enkele criteria overzichtelijk geordend in een Excel-bestand. De volgorde van de kolommen is als volgt: 'jaartal', 'auteur', 'titel', 'onderwerp', 'onvoldoende tijd', 'onvoldoende geld', 'onvoldoende kennis', 'identificatiemethode van de hindernissen', 'type interventie', 'tips bij implementatie' en 'voorstel tot een vervolgonderzoek'. De resultaten worden hieronder besproken.

Resultaten

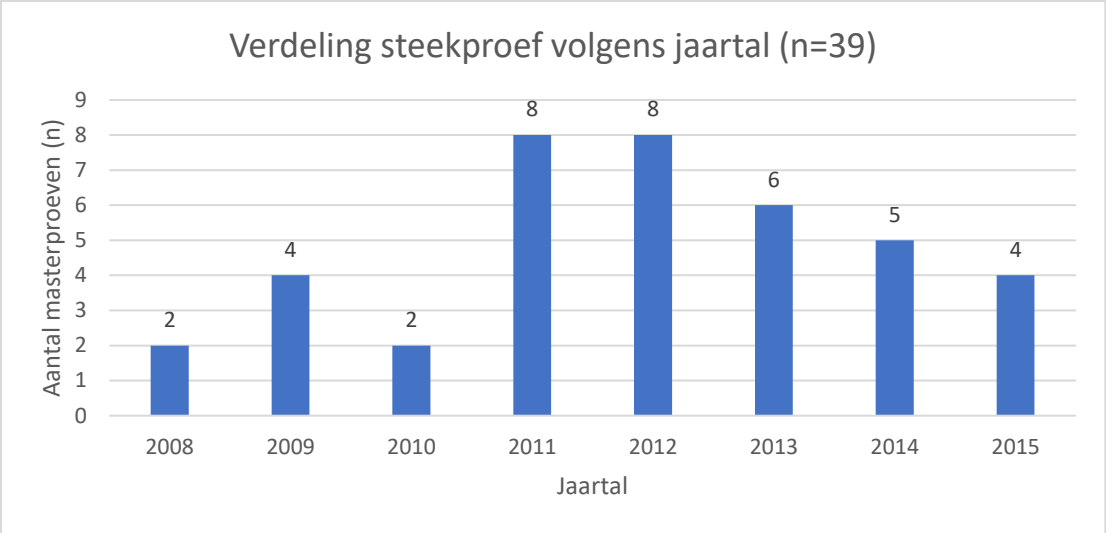
Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: wat is de balans van tien jaar kwaliteitsverbeterende projecten in de eerste lijn?

Wat is de thematische verdeling van de kwaliteitsverbeterende projecten in de ICHO database?

Jaartal

De meeste bestudeerde masterproeven dateerden uit het jaartal 2011 en 2012. Een HAIO heeft twee jaar de tijd om een masterproef te schrijven. Het jaartal in de grafiek verwijst steeds naar het jaartal van de aanvang van het academiejaar waarin de masterproef voltooid werd.

Enkel de masterproeven die via de eerder beschreven zoekstrategie gevonden werden, kwamen in aanmerking voor de selectie van de willekeurige steekproef.



Figuur 1 - de X-as verwijst naar het jaartal van de aanvang van het academiejaar waarin de masterproef voltooid werd en de Y-as geeft het aantal masterproeven weer.

Onderwerp

De richtlijnen worden volgens thema voorgesteld in figuur 2.



Figuur 2 - de X-as geeft het onderwerp van de masterproef weer en de Y-as het aantal masterproeven.

De onderverdeling volgens specifiek onderwerp staat in figuur 3.

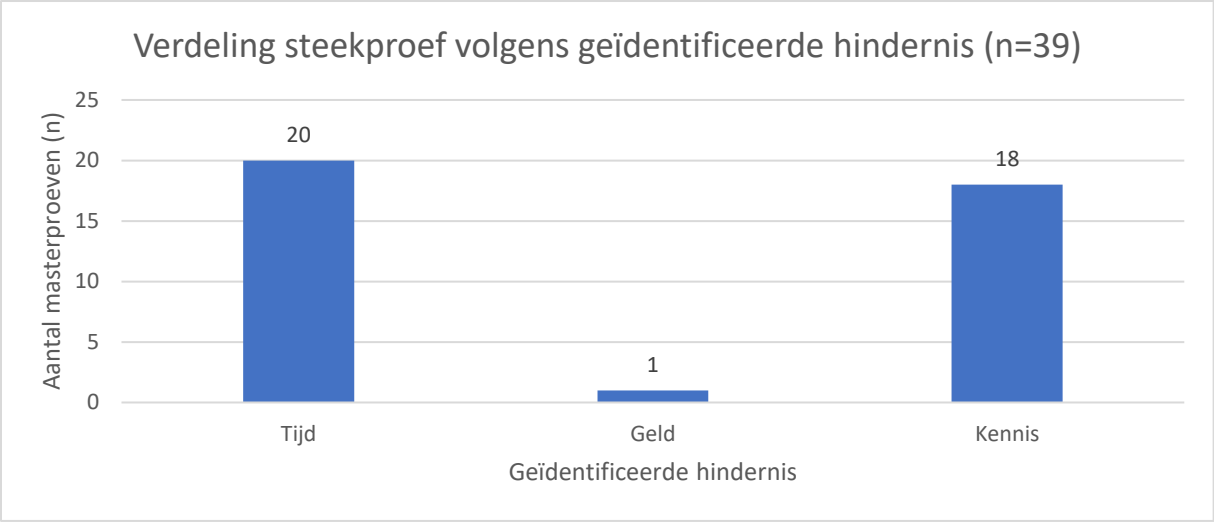
Onderwerp	**Aantal**	**Jaartal**
Aanvraag laboratoriumtesten	3	2011; 2013; 2014
Anticonceptie	1	2013
Arteriële hypertensie	1	2015
Astma	1	2008
Boostrixvaccinatie	1	2015

Gecodeerd registeren	2	2009; 2011
Chlamydia trachomatis	1	2013
Chronische nierinsufficiëntie	1	2010
Colorectale kanker	1	2012
COPD	4	2011; 2x2012; 2014
Diabetes mellitus type 2	6	2009; 3x2011; 2x2012
Orale anticoagulantia	2	2010; 2012
Osteoporose	1	2014
Pneumococcenvaccinatie	1	2015
Polyfarmacie	3	2008; 2014; 2015
Preventieconsult	3	2x2012; 2014
Rookstopbegeleiding	1	2012
Schildklierproblemen	1	2009
Slaapproblemen	2	2011; 2013
Spirometrie	1	2009
Thuiszorg	1	2013
Vaginale fluor	1	2011
Totaal	39	

Figuur 3 - de eerste kolom geeft het onderwerp van de masterproeven weer, de tweede kolom geeft het aantal masterproeven weer en de derde kolom geeft het jaartal van de aanvang van het academiejaar waarin de masterproef voltooid werd weer.

Wat is de verhouding onvoldoende tijd, geld of kennis in de geïdentificeerde hindernissen?

Een gebrek aan tijd werd als voornaamste hindernis aangehaald, met een gebrek aan kennis op een dichte tweede plaats. Er was maar één masterproef die gebrek aan geld als voornaamste hindernis aanhaalde. Het resultaat wordt voorgesteld op figuur 4.

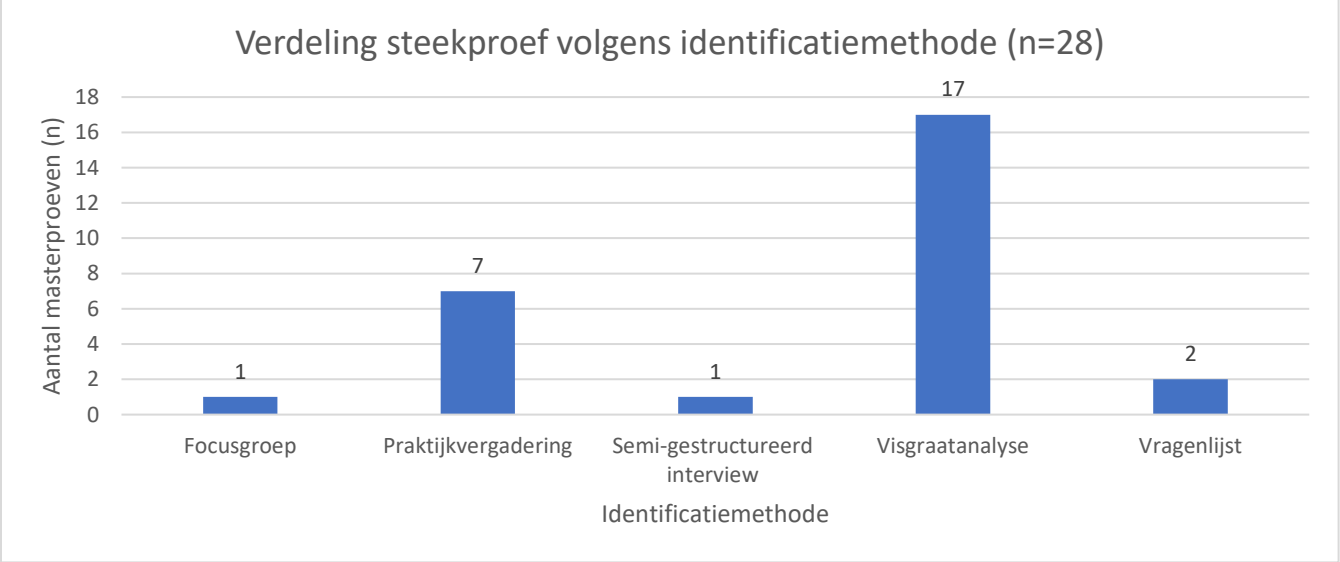


Figuur 4 - de X-as geeft de voornaamste hindernis weer en de Y-as het aantal masterproeven.

Welke methode werd gebruikt om deze hindernis te identificeren?

De mees gebruikte identificatiemethode van hindernissen die de uitvoering van de theoretische richtlijn in de praktijk of de implementatie van het praktijkverbeterend project in de weg staan, is de visgraatanalyse. Een andere frequent gebruikte methode is de organisatie van een vergadering met de artsen of alle medewerkers van de praktijk. Minder populaire technieken zijn de opstart van een focusgroep met artsen, het gebruik van een vragenlijst opgesteld door de HAIO voor de collegae artsen of de uitvoering van een semigestructureerd interview bij de artsen door de HAIO.

Bij elf van de 39 masterproeven werd er geen identificatiemethode besproken.



Figuur 5 - de X-as geeft de identificatiemethode van de ondervonden hindernissen weer en de Y-as het aantal masterproeven.

Welke types van interventies werden voorgesteld in de kwaliteitsverbeterende projecten?

Hieronder volgt een lijst met interventies die uitgevoerd werden in de bestudeerde masterproeven. Deze lijst kan als inspiratie dienen voor de toekomstige collegae HAIO's die als uitwerking van hun masterproefproject een interventie willen opstarten.

Mogelijke interventies:

- een praktijkrichtlijn opstellen
- een focusgroep opstarten
- een informatieve presentatie en/of quiz maken
- een interactieve workshop organiseren zoals een korte educatiesessie aan de hand van casussen en rollenspelen
- schriftelijke en mondelinge feedback geven bv. op het voorschrijfgedrag
- een enquête afnemen bij artsen bv. in verband met het gebruik van vragenlijsten zoals de CAT-vragenlijst bij COPD-patiënten
- een enquête afnemen bij patiënten bv. rond de behandeling van slaapproblemen
- een uitnodigingsbrief voor patiënten opstellen bv. voor het preventieconsult
- een patiënten brochure of posters opstellen bv. rond rookstop
- een internetmodule uitwerken bv. rond de aanpak van slaapproblemen
- een module in het elektronisch medisch dossier aanmaken zoals een invulscherm of een alert systeem bv. een invulscherm voor het diabetesconsult of een alert systeem voor de preventiemodule
- een correctie aanbrengen in het elektronisch medisch dossier bv. zorgen voor een correcte codering van de huidige diagnoses en medicatie
- het gebruik van een specifiek toestel implementeren bv. het gebruik van een COPD-6 meter
- een praktijkverpleegkundige inschakelen bv. bij het diabetesconsult
- de sociale kaart aanvullen

Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: wat is het perspectief voor de toekomst?

Welke tips werden voorgesteld voor het maken van een toekomstig kwaliteitsverbeterend project?

Hieronder volgt een lijst met tips bij de implementatie van een kwaliteitsverbeterend project. Deze lijst kan als ondersteuning dienen voor de toekomstige collegae HAIO's die als uitwerking van hun masterproefproject een kwaliteitsverbeterend project willen opstarten. Wanneer de tip enkel van toepassing is op een concreet project dan wordt dit onderwerp op voorhand tussen haakjes vermeld.

Enkele tips:

- Het is aangeraden om via de ICHO-databank masterproeven met gerelateerde onderwerpen te raadplegen alvorens zelf een project op te starten (10).
- Uit literatuuronderzoek blijkt dat een schriftelijke uitnodiging meer patiënten bereikt, maar dat een mondelinge uitnodiging meer patiënten overtuigt (11). Toevoegen van een reminder bij een uitnodiging per brief, lijkt de responsgraad gevoelig te verhogen (12).
- Drempels voor de patiënt zo laag mogelijk maken bv. door te werken met het derdebetalerssysteem (13).
- Computergestuurde beslissingsondersteunende systemen gebaseerd op richtlijnen zijn nuttig gebleken in Nederland (14).
- Gedragsverandering wordt zelden bereikt door educatie, feedback of implementeren van richtlijnen alleen. Wanneer men twee of meer strategieën combineert, dan wint men duidelijk aan doeltreffendheid (14).
- Het is belangrijk om regelmatige educatie te voorzien (15). Een bestendige implementatie vergt constante aanpassing van de inhoud aan meer recente richtlijnen, revaluatie en aanhoudende motivatie van artsen, praktijkverpleegkundige en de patiënt (16).
- Er zijn een aantal randvoorwaarden die het succes van een implementatie positief kunnen beïnvloeden. Zo is het belangrijk om de patiënt mee te betrekken in de kennis en opvolging van zijn ziekte. Er zijn een aantal randvoorwaarden nodig om een grotere slaagkans te hebben van een interventie. Eerst en vooral dienen artsen zelf op de hoogte te zijn van de laatste nieuwe richtlijnen. Daarnaast is het belangrijk dat één persoon binnen de praktijk instaat voor het project en de drijvende kracht vormt om de anderen te blijven motiveren (17).
- Een samenspel van enkele factoren komt de implementatie van een project ten goede namelijk een mix van passieve informatie overdracht, regelmatige feedback in groep en individueel, een handige elektronische tool, betrokkenheid van alle artsen bij elke fase van het proces, een haalbaar tijdsschema en een nabije opvolging van het project door iemand die fysiek aanwezig is op de praktijk (18). De feedback kan een combinatie zijn van schriftelijke en mondelinge feedback (19). Een handige elektronische tool krijgt vorm in een gebruiksvriendelijk elektronisch medisch dossier (20) waarin gecodeerd geregistreerd wordt (21). Een sjabloon (bv. van het preventieconsult) dat goed geïntegreerd is in het EMD, geeft de arts meer structuur en houvast (12).
- Het opgestelde praktijkprotocol door alle artsen zo goed mogelijk laten opvolgen om de continuïteit van zorg te verzekeren. Met een vast loon werken voor alle zorgverleners werkzaam in de praktijk. Ongeacht wie welke zorgtaken uitvoert, de verloning blijft hetzelfde. Zo is er geen financiële drempel om bepaalde zaken uit handen te geven. De infrastructuur

van de praktijk voorzien op de samenwerking met een verpleegkundige. Zo kunnen technische, tijdrovende zaken gedelegeerd worden naar de verpleegkundige (22).

- [aanvraag laboratoriumtesten] Het KCE beveelt volgende interventies aan om een meer rationeel test aanvraaggedrag in eerste lijn te stimuleren: feedback op basis van aanbevelingen, elektronische besliskundige ondersteunende systemen, veranderingen in het aanvraagformulier (bv. beperkt aanvraagformulier) en financiële interventies. (23) Het aanpassen van het aanvraagformulier leidt vrijwel altijd tot de gewenste gedragsverandering (14).
- [pneumococcenvaccinatie] Reductie van de kostprijs van pneumococcenvaccinatie kan de vaccinatiegraad verhogen (24).
- [preventieconsult] Een mogelijke oplossing voor tijdsgebrek is om samen te werken met een praktijkassistent. Een andere suggestie kan zijn om de tarieven per consultatie te verhogen, om de tijd die verloren gaat aan preventie financieel te compenseren (25).
- [vaccinatie] Enkele EMD-software programma's bieden tijdbesparende maatregelen aan: de vaccinatiestatus van alle patiënten met 1 zoekopdracht uitvoeren, e-tarificatie en automatisch registreren van vaccinatie op Vaccinnet (26).

Welke vervolgonderzoeken werden voorgesteld (per thema) voor toekomstige kwaliteitsverbeterende projecten?

Hieronder volgt een lijst van de vervolgonderzoeken die voorgesteld werden in de nagelezen masterproeven. Er wordt steeds gerefereerd naar de masterproef in kwestie en het jaartal. Deze lijst vormt een aansluiting op het document 'wist je dat' dat terug te vinden is via de ichowebsite > brochures > masterproef > wist je dat. In dit document worden enkele conclusies van de reeds geschreven masterproeven aangehaald met de bijhorende link naar de masterproef. Deze lijst kan helpen ter inspiratie bij de opstart van een nieuwe masterproef.

Er werd bij vier masterproeven geen vervolgonderzoek voorgesteld (27) (28) (29) (30).

<u>Een overzicht van voorgestelde vervolgonderzoeken</u>:

Diabetes mellitus

- Een diëtiste inschakelen in het team, een oproepingssysteem invoeren bij patiënten die onvoldoende langskomen, standaard verwijsbrieven opstellen voor de verwijzing naar oogarts of naar andere zorgverleners (20).
- Invulschermen opstellen voor hartfalen en chronische nierinsufficiëntie. Op p. 29 worden in een tabel de bevorderende en belemmerende factoren voor het gebruik van het invulscherm opgesomd. Er zouden verdere oplossingen gezocht kunnen worden voor de belemmerende

factoren. Het invoeren van preventieconsultaties. Onderzoek naar eenvoudig coderen in het elektronisch medisch dossier (17).

- Verderzetting van het project. Registratie van andere chronische ziekten in het elektronisch medisch dossier (31).
- Inschakelen van een facilitator die de artsen kan helpen om de opstart van het Zorgtraject Diabetes te volbrengen. Werken met een opstartkaft met handleiding en stappenplan, waarin alle papieren die moeten ingevuld worden gebundeld zitten. Meer praktijkondersteuning en omkadering voorzien voor de opstart van een Zorgtraject Diabetes in een huisartsenpraktijk. Oppuntstellen van computersysteem om het Zorgtraject Diabetes te ondersteunen. Centralisatie van eerstelijnszorg in een paramedisch huis waar huisartsen, educatoren en diëtisten samen zitten. Opstellen van een duidelijke richtlijn omtrent ieders takenpakket binnen het zorgtraject. Verder informeren van patiënten via bijvoorbeeld het tijdschrift van de Vlaamse Diabetesvereniging (32).
- Het project zou in andere praktijken overgenomen kunnen worden. Dergelijk project zou opgestart kunnen worden voor andere chronische ziekten zoals chronisch nierinsufficiëntie (33).
- Optimalisatie van de ondersteuning van het elektronisch medisch dossier bij de opvolging van diabetespatiënten. Verdere opleiding in motivatietechnieken. Samenwerking met een verpleegkundige/ praktijkassistente (10).

Schildklierstoornissen

- Opstellen van een probleem-georiënteerd aanvraagformulier met een beperkte lijst, een integratie bewerkstelligen van het aanvraagformulier met het elektronisch medisch dossier en de richtlijn (34).

COPD

- Integratie van een symptomenvragenlijst aan het GMD+ voor patiënten die roken om zo de vroegdiagnostiek van COPD te bevorderen (35).
- Onderzoek naar optimalisatie van uitvoering van post-bronchodilatatie spirometrieën (36).
- Verder onderzoek naar de implementatie van CAT en CCQ. Onderzoek naar hoe artsen omgaan met resultaten van CAT-vragenlijst. Vragenlijst bij huisartsen op grotere schaal herhalen en artsen op een andere manier rekruteren (37).
- Vereenvoudiging van het sjabloon van het consult in het softwareprogramma. Verdere oppuntstelling van de zorg voor COPD-patiënten in de opleidingspraktijk kan gebeuren op het vlak van onderdiagnostiek en misdiagnostiek (16).

Astma

- Opstellen van een richtlijn over de diagnosestelling van astma en COPD. Opstart van een project om de therapietrouw van de patiënt te verbeteren. Een richtlijn opstellen over een correcte uitvoering van het longfunctieonderzoek. Uitwerking van een samenwerkingsprotocol tussen 1ste en 2de lijn. Uitvoering van een regelmatige update van de praktijkrichtlijn (18).

Spirometrie

- Verder onderzoek naar de impact van onvoldoende kwaliteitsvolle spirometrieën op de diagnostiek en behandeling van de patiënt, naar de mogelijkheden om de kwaliteit te verbeteren a.d.h.v. educatieprogramma's of gespecialiseerde verpleegsters die huisartsenpraktijken bezoeken voor spirometrie en naar de haalbaarheid en definitie van bruikbare curves in de eerste lijn (12).

Preventieve gezondheidszorg

- Implementatie van preventieve consultaties in praktijken met vrije raadpleging. Verder onderzoek naar bevolkingseducatie in verband met gezonde levensstijl (38).
- Onderzoek naar het verhogen van de participatiegraad bij patiënten met een lagere socio-economische klasse. Verder onderzoek naar taakdelegatie in de Belgische huisartsenpraktijk (11).
- Verdere digitalisering van de preventiemodule in het elektronisch medisch dossier. Peiling naar dagelijkse stress en sociaaleconomische en arbeidsgerelateerde determinanten bij de uitvoering van de preventiemodule. In de toekomst moeten er dus verder strategieën worden gezocht om op een systematische, laagdrempelige en multidisciplinaire manier meer mensen te motiveren voor preventie en hierbij ook de groep patiënten te bereiken die momenteel nog gemist wordt. Een uitnodiging in briefvorm of via de telefoon zou meer mensen kunnen bereiken, maar is dan weer arbeids- en kostenintensiever. Aangezien 'tijd' over het algemeen een struikelblok is bij de implementatie van preventie in de dagelijkse praktijk, zou ondersteuning vanuit de overheid onder de vorm van mediacampagnes en een algemene oproepbrief met eventueel doorverwijzing naar een preventiecentrum een oplossing kunnen zijn (12).

Pneumococcenvaccinatie

- Implementatie van patiënt- en artsreminders i.v.m. pneumococcenvaccinatie (24).

Boostrixvaccinatie

- Taakdelegatie naar een praktijkassistent. Verbetering van het gebruik van het elektronisch medisch dossier (26).

Orale anticoagulatie

- Onderzoek naar manieren om het stappenplan te verspreiden in andere praktijken (39).

- Aanpassen van de praktijkrichtlijn en de opvolgfiche voor de opvolging van rivaroxaban. Samenvoegen van opvolgfiche en de handleiding en aangename lay-out voorzien. Opstart van éénkaartjessysteem met vermelding van de bloedverdunner. Afspraken met tweede lijn maken in verband met de communicatie bij opstart van bloedverdunner. Afspraken maken rond berekening nierfunctie. Opvolgfiche regelmatig updaten. Integratie van opvolgfiche in het elektronisch medisch dossier (40).

Arteriële hypertensie

- Blijvende uitvoering van het project en verzameling van gegevens van alle hypertensiepatiënten in de praktijk en niet enkel van de patiëntenpopulatie betrokken bij het huidig uitgevoerde praktijkverbeterende project (22).

Farmacotherapie en polyfarmacie

- Analyse van de medicatielijst van thuiswonende bejaarden. Een vergelijking maken van het voorschrijfgedrag tussen de verschillende RVT's/ROB's onderling. Een vergelijking maken van het voorschrijfgedrag tussen artsen onderling. Een onderzoek naar verbanden tussen de bemerkingen uit de kwaliteitsanalyse en de kenmerken van de studiepopulatie. De ontwikkeling van een eenvoudige en gebruiksvriendelijke tool waarmee huisartsen hun eigen voorschrijfgedrag kunnen screenen (19).
- Integratie van een digitale versie van de STOPP/START-criteria in het elektronisch medisch dossier. Verwijdering van evidente stellingen uit de criteria en op basis hiervan een praktijklijst maken die korter is dan de huidige criteria. Implementatie van een jaarlijkse controle van de medicatielijst. Opstart van een project rond het gebruik van de RASP-lijst en van een tweede versie van de STOPP/START criteria . Uitwerken van een praktijkrichtlijn rond osteoporose. Project organiseren rond medicatienazicht bij 65-plussers die enkel huisbezoeken krijgen of in een rusthuis wonen (41).
- Herhaling van project met uitbreiding van het multidisciplinair overleg. Regelmatige herhaling van het project (42).

Thuiszorg

- Aanpassing van de vragenlijsten. Organisatie van GMD-75-plus consultaties (43).

Aanvraag laboratoriumtesten

- Een geschreven samenvatting van de richtlijnen zou zeker een meerwaarde geweest zijn. Het beperkte probleemgeoriënteerde formulier is hier immers geen toereikend alternatief voor gebleken. Integratie van het opgestelde probleemgeoriënteerde formulier in het elektronisch medisch dossier. Bovendien lijkt het nuttig verder onderzoek te verrichten naar financiële motieven om het aanvragen van laboratoriumtesten te beperken (14).

- Verdere ondersteuning van de sjablonen via het elektronisch medisch dossier ontwikkelen. Wijziging van weergavestructuur van de sjablonen (23).
- Er is nood aan kwalitatieve en duidelijke richtlijnen inzake eiwitelektroforese (44).

Chlamydia trachomatis

- Verdere onderzoeken zijn vereist om de screeningscriteria te valideren, de diagnostische protocollen en het screeningsinterval te optimaliseren en om de baten van screening op lange termijn te onderzoeken. Verder onderzoek naar middelen om de doelgroep te sensibiliseren. Ontwerpen van folders in de wachtzaal, informatie op de praktijkwebsite etc (45).

Gecodeerd registreren

- Onderzoek uitvoeren naar de werking van de preventiemodule in het elektronisch medisch dossier, opstellen van een praktijkrichtlijn i.v.m. gecodeerd registeren voor een nieuwe HAIO (21).
- Er is nog nood aan grotere kennis en vaardigheid met het medisch programma, zodat nog meer toepassingen kunnen gebruikt worden en het dagelijks gebruik van het elektronisch medisch dossier in de praktijk eenvoudiger en éénduidiger wordt (46).

Slaapproblemen

- Er moet meer nadruk gelegd worden op het inplannen van een opvolgconsult op korte termijn om zo meer inzicht te krijgen op de therapietrouw en de evolutie van het slaapprobleem (47).
- Aanpassen van internetmodule op basis van de enquête over patiëntentevredenheid. Herhaling van studie op grotere schaal (13).

Osteoporose

- Een computer meenemen op huisbezoeken en zo screening doen bij minder mobiele patiënten aan de hand van gegevens uit het elektronisch medisch dossier. Optimalisatie van de melding in het elektronisch medisch dossier. Verder onderzoek om enerzijds de vragenlijst in combinatie met het elektronisch medisch dossier te valideren en om anderzijds mogelijke strategieën voor het implementeren van preventie na te gaan. Uitwerken van suggesties: samenwerking met een praktijkassistent, tarieven per consultatie verhogen etc (25).

Chronische nierinsufficiëntie

- De lijst met medicatieaanpassingen in het kader van CNI dient verder aangevuld te worden. Opstart van zorgtrajecten bij patiënten die hiervoor in aanmerking komen (48).

Discussie

In deze masterproef wordt bestudeerd welke hindernissen men ondervindt bij de implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn. Als resultaat van het databaseonderzoek blijkt dat bij de meerderheid van de masterproeven een gebrek aan tijd als voornaamste hindernis aangehaald wordt. Onvoldoende kennis werd net iets minder als hoofdreden beschreven. Het financiële aspect werd

beduidend minder aangehaald. Bij de at random steekproef van honderd abstracten werd er nagegaan of er minstens één van de drie hindernissen vermeld werd. De selectie gebeurde steeds op basis van het duidelijkst vermelde argument. Indien tijdsgebrek als voornaamste reden aangehaald werd en in tweede instantie financiële drempels dan werd de masterproef onderbedeeld in de groep waarbij onvoldoende tijd de voornaamste hinderpaal was in een correcte implementatie van de richtlijn of het project. Soms was deze categorisatie aan persoonlijke interpretatie onderhevig. Wanneer een bepaald project te veel tijd in beslag nam met een verlies aan vergoeding tot gevolg dan behoorde de masterproef tot de categorie 'onvoldoende tijd'. Wanneer een kwaliteitsverbeterend project bestond uit het opstellen van een praktijkrichtlijn dan viel deze masterproef binnen de categorie 'onvoldoende kennis'. De redenering was dat indien de toepassing van de praktijkrichtlijn een positieve invloed had op de geleverde zorg dit impliceerde dat er voordien onvoldoende kennis was van de richtlijn. Natuurlijk zijn er andere verklaringen mogelijk. Zo zou het kunnen dat de positieve invloed voortkwam uit een efficiëntere aanpak van een probleem en dat door de tijdswinst de richtlijn meer uitgevoerd werd. Het zou ook kunnen dat de kennis er altijd al was, maar dat enkel de bewuste omgang met een praktijkrichtlijn een positieve evolutie met zich meedroeg. De selectie en de indeling van de abstracten werd dus mogelijks subjectief beïnvloed. Dit is niet zo erg. Via deze selectie werden relevante abstracten en de bijhorende masterproeven geselecteerd en bestudeerd.

Vervolgens werd nagegaan welke interventies succesvol gebleken zijn bij de implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn. De types van interventies vielen allen onder de categorie 'kwaliteitsverbeterend project' aangezien dit het voornaamste selectiecriterium was om de masterproeven in de databasestudie te includeren. Eerder in de masterproef werd een overzicht gegeven van tien interventies die in de literatuur beschreven worden om gedragsverandering, met het oog op kwaliteitsverbetering, te bewerkstelligen. De opstart van een kwaliteitsverbeterend project wordt in de literatuurstudie beschreven als 'lokaal consensusproject'. In het literatuuronderzoek werd beschreven dat de meest frequent gebruikte interventies de verspreiding van onderwijsmateriaal, educatieve bijeenkomsten en audit en feedback zijn. Bij het nalezen van de masterproeven viel het op dat verspreiding van onderwijsmateriaal en de organisatie van educatieve bijeenkomsten het frequents beschreven werden. Enkele concrete voorbeelden hiervan worden opgelijst in het overzicht van mogelijke interventies. Daarnaast werd er vaak een praktijkrichtlijn opgesteld en extra ondersteuning vanuit het elektronisch medisch dossier voorzien door een correcte codering aan te brengen of een specifieke module in het elektronisch medisch dossier te ontwerpen. Een andere veel gebruikte techniek was het geven van feedback op een bepaald gedrag bijvoorbeeld het voorschrijfgedrag. Minder frequent toegepaste interventies waren de implementatie van een specifiek toestel of een specifieke vragenlijst of de samenwerking met een praktijkassistente. In de literatuur

stelt men dat een veelzijdige strategie het meest succesvol lijkt om gedragsverandering te realiseren. Dit wordt ook in de databasestudie bevestigd. Een belangrijke tip bij de implementatie van het project die in de databaseonderzoek beschreven wordt, is dat het belangrijk is om regelmatige educatie te voorzien en de inhoud van de praktijkrichtlijn regelmatig aan te passen aan de recentste richtlijnen. Hierbij kan een rol weggelegd zijn voor een toekomstige HAIO in de praktijk waar reeds een kwaliteitsverbeterend project opgestart werd. In de databasestudie wordt er geen uitspraak gedaan over de effectiviteit van de aanbevolen interventies. Er werd ook geen onderlinge vergelijking gemaakt. De frequentst gebruikte methode om hindernissen die de uitvoering van de theoretische richtlijn in de praktijk of de implementatie van het praktijkverbeterend project in de weg staan te identificeren is de visgraatanalyse. Deze techniek werd beschreven in de literatuurstudie.

Er werd voor gekozen om een ad random steekproef uit te voeren om zo een maximaal representatieve hoeveelheid masterproeven uit elke periode te weerhouden en zo eventuele evoluties over de voorbije tien jaar vast te stellen. Het viel op dat doorheen de tijd drie onderwerpen frequent terugkomen: de richtlijn over diabetes, COPD en het preventieconsult. Tijdens het nalezen van de masterproeven was het opvallend dat er in de masterproeven die vanaf 2012 geschreven werden frequent melding gemaakt wordt van het nalezen van andere masterproeven op de ICHO-website. Er werd ook een overzicht van voorgestelde vervolgonderzoeken meegegeven. Van alle nagelezen masterproeven was er slecht één die een vervolgonderzoek was van een vorige masterproef (13). De opgestelde lijst van mogelijke vervolgonderzoeken kan als ondersteuning dienen voor de toekomstige collegae HAIO's in hun keuze van een masterproefonderwerp. Zoals reeds gezegd is het steeds interessant om voor de opstart van een project de reeds gepubliceerde masterproeven op de ICHO-website na te lezen. Indien bij het nalezen van deze masterproeven blijkt dat het vervolgonderzoek reeds is uitgevoerd dan is het raadzaam om te kijken of er een ander vervolgverzoek voorgesteld werd. Indien er systematisch voortgebouwd wordt op de reeds opgestarte kwaliteitsverbeterende projecten dan hoop ik dat dit de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde ten goede zal komen.

Uit het hierboven beschreven databaseonderzoek kunnen we besluiten dat zowel tijd en kennis een voorname hindernis vormen in de omzetting van de theoretische richtlijnen naar de praktijk. De combinatie van de opstelling van een praktijkrichtlijn, de organisatie van educatieve bijeenkomsten, de verspreiding van onderwijsmateriaal, een goede ondersteuning vanuit het elektronisch medisch dossier en regelmatige feedback en herziening van het project zouden effectief zijn in de implementatie van kwaliteitsverbeterende projecten.

Hoofdstuk 4 – Veldonderzoek

Inleiding

In deze masterproef wordt de implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn onderzocht. Hierbij wordt ook het verloop van kwaliteitsverbeterende projecten na een eerste implementatie bestudeerd. Ik vroeg met tijdens mijn nazicht van de masterproeven af welke projecten er vandaag nog uitgevoerd werden. Daarop werden de betrokken praktijken gecontacteerd om dit na te vragen. Er werd ook nagegaan of de hindernis onvoldoende tijd, geld of kennis hierbij een rol speelde. Er werd bevraagd of er voor de opstart van het project over deze hindernissen nagedacht was en of de hindernis al dan niet overwonnen was of onoverwonnen bleef.

De onderzoeksvragen waren de volgende:

Implementatie van kwaliteitsverbetering in de eerste lijn: wat is de balans van 10 jaar kwaliteitsverbeterende projecten in de eerste lijn?

c. Welke projecten werden tot vandaag verdergezet?

d. Welke hindernissen speelden een rol bij het verderzetten of stoppen van een project?

Methodiek

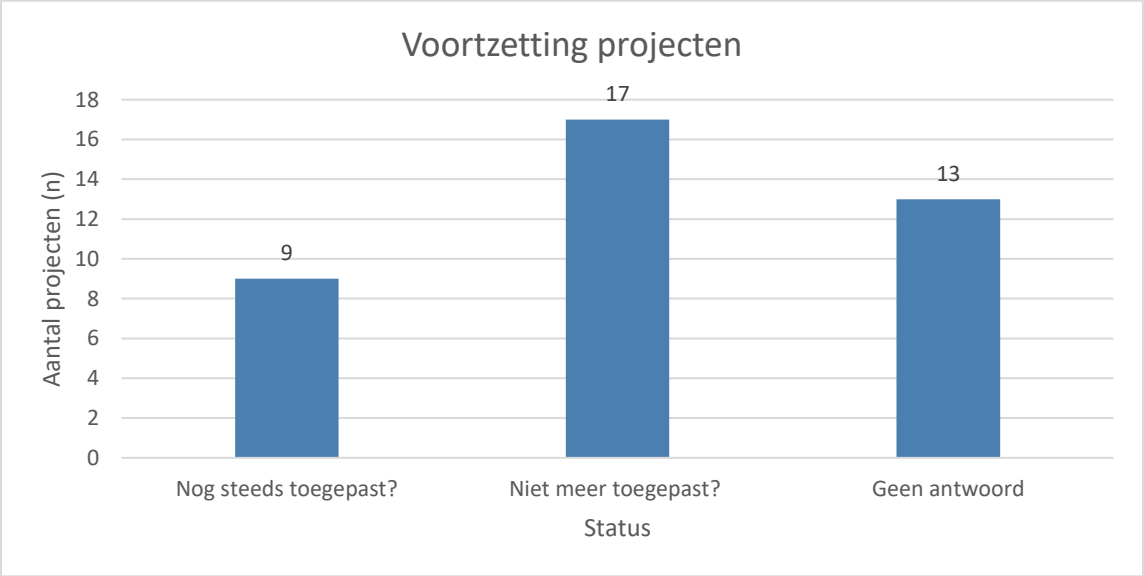
Via het ICHO werden de contactgegevens van de praktijken van de weerhouden praktijkverbeterende projecten opgevraagd. Vervolgens werden alle praktijken telefonisch gecontacteerd. Er werd gevraagd of ze een korte vragenlijst telefonisch wouden beantwoorden of de voorkeur hadden om via mail te antwoorden. De naam van de HAIO en de titel en jaargang van de betreffende masterproef werden steeds gespecifieerd.

Er werd een response ratio van 66% bekomen (n=26/39). Het merendeel van de vragenlijsten werd telefonisch afgenomen (n=17/26). De vragenlijst werd ook in de vorm van een invulbaar google formulier doorgestuurd naar de betrokken huisartsenpraktijken. Via mail werden er negen ingevulde vragenlijsten ontvangen. Er was één praktijkopleider die noch via telefoon noch via e-mail op de vragenlijst wenste te antwoorden. Van twaalf praktijken werd er na drie rappels geen antwoord ontvangen. De vragenlijst via mail werd voor de eerste keer verstuurd op 02/06/2017, voor de tweede keer op 22/06/2017 en voor de laatste keer op 16/07/2017. De vragenlijst is als bijlage A terug te vinden.

Resultaten

Welke projecten werden tot vandaag verdergezet?

De meerderheid van de projecten werd niet meer uitgevoerd (n=17/26)(65%). Een minderheid van de projecten wordt wel nog uitgevoerd (n=9/26)(35%). Van de overige projecten kwam geen respons (n=13/39)(33%).

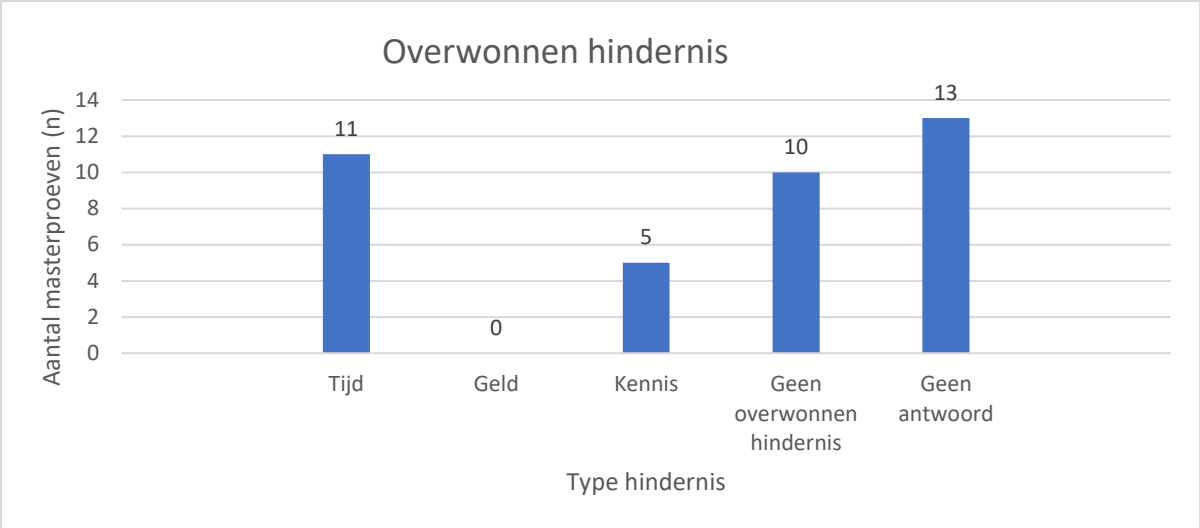


Figuur 6 - de X-as geeft informatie over de implementatie van de kwaliteitsverbeterende projecten weer en de Y-as geeft het aantal masterproeven weer.

Welke hindernissen speelden een rol bij het verderzetten of stoppen van een project?

Overwonnen hindernissen

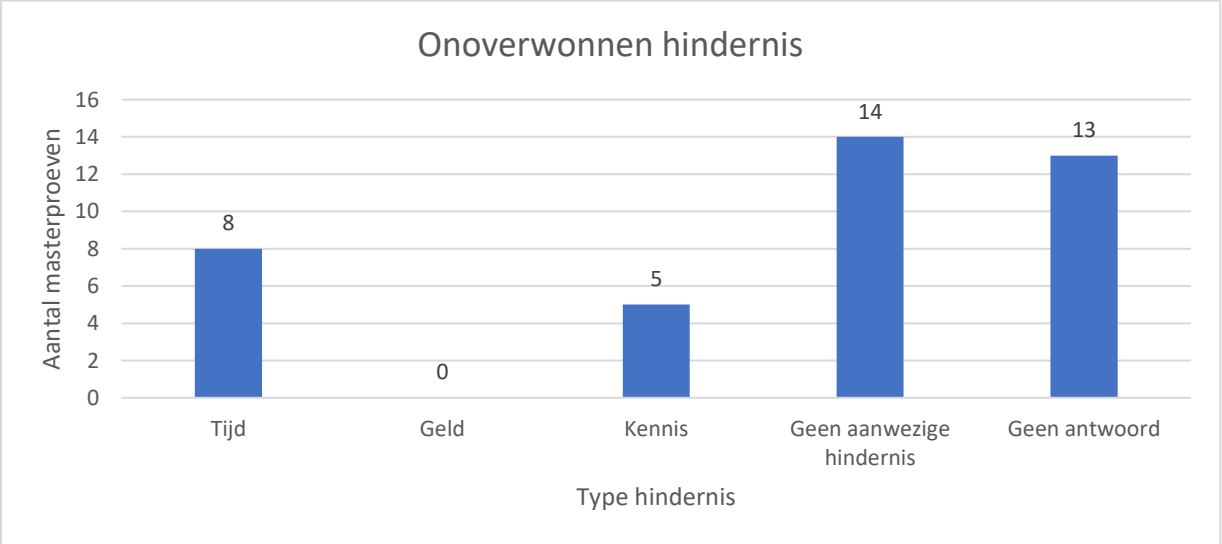
Zoals eerder vermeld werd er van dertien praktijken geen antwoord ontvangen. De meerderheid van de praktijken waarvan wel antwoord ontvangen werd, vermeldde dat de hindernis 'tijd' door de opstart van het kwaliteitsverbeterend project overwonnen werd. Bij een minderheid van de praktijken werd de hindernis 'kennis' overwonnen. In de rest van de gevallen werd geen enkele van de drie hindernissen overwonnen. Aangezien onvoldoende geld amper als voornaamste hindernis vermeld werd in de nagelezen masterproeven, werd deze ook nooit als overwonnen hindernis aangehaald door de gecontacteerde praktijken.



Figuur 7 - de X-as geeft de overwonnen hindernis weer en de Y-as het aantal masterproeven.

Onoverwonnen hindernissen

Er werd vaak vermeld dat het project dat destijds door de HAIO opgestart werd niet meer uitgevoerd werd. Wanneer nagevraagd werd of de hindernis onvoldoende tijd, geld of kennis mogelijks een rol speelde, was het antwoord bij de meeste praktijken dat dit niet het geval was. Bij de praktijken waar er wel sprake was van één van deze drie hindernissen, daar antwoordde de meerderheid dat onvoldoende tijd een hinderpaal was. De minderheid ervoer dat onvoldoende kennis de implementatie van het project verhinderde. Bij één masterproef werden beide hindernissen vermeld. De hindernis 'onvoldoende geld' werd door de gecontacteerde praktijken nooit expliciet vermeld.



Figuur 8 - de X-as geeft de onoverwonnen hindernis weer en de Y-as het aantal masterproeven

Discussie

Het merendeel van de praktijken die op de vragenlijst geantwoord hebben, bleek het kwaliteitsverbeterende project niet meer uit te voeren (65%). De hindernis onvoldoende tijd werd het meest frequent vermeld. Deze hindernis werd vaker als overwonnen hindernis beschreven dan als een onoverwonnen barrière. De hindernis onvoldoende kennis werd bij evenveel projecten beschreven als overwonnen dan wel onoverwonnen hindernis. De factor onvoldoende geld werd nooit expliciet vermeld door de gecontacteerde praktijken.

Er werden vijf soorten antwoorden gegeven: de twee meest voor de hand liggende scenario's zijn enerzijds dat het project niet meer toegepast wordt omdat er nog een hindernis aanwezig is en anderzijds dat het project wel nog toegepast wordt doordat de hindernis overwonnen werd zonder dat er nog andere hindernissen aanwezig zijn. Het kan ook zijn dat het project nog toegepast wordt en dat er een hindernis overwonnen werd, maar dat er nog een andere hindernis blijft bestaan. Omgekeerd kan het zijn dat het project niet meer toegepast wordt doordat er een welbepaalde hindernis overwonnen werd, maar dat er nog een andere hindernis aanwezig blijft. Een laatste optie is dat het project niet meer toegepast wordt ondanks het feit dat de hindernis overwonnen werd en er geen andere van de drie beschreven hindernissen aanwezig is.

In totaal werd van negen projecten bevestigd dat ze nog toegepast werden. Deze projecten dateren van 2011 (n=3), 2014 (n=3), 2015 (n=2), en 2013 (n=1). Het lijkt dus niet zo te zijn dat de meest recent opgestarte projecten meer kans maken om in het jaar 2017 nog uitgevoerd te worden. We zagen dat in alle gevallen het project wel nog toegepast wordt doordat de voornaamst vermelde hindernis overwonnen werd zonder dat er nog andere hindernissen aanwezig waren. De overwonnen hindernis was in zeven gevallen de hindernis 'onvoldoende tijd' en in twee gevallen de hindernis 'onvoldoende kennis'. In de meerderheid van de masterproeven werd de visgraatanalyse beschreven om de hindernissen te identificeren. Op twee projecten na werden al deze projecten in een groepspraktijk gelanceerd. De onderwerpen van de projecten waren zeer uitéénlopend: gaande van diabetes mellitus, COPD, de aanvraag van laboratoriumtesten, de preventiemodule, de boostrixvaccinatie, arteriële hypertensie tot de aanpak van slaapproblemen. In het literatuuronderzoek werd beschreven dat de meest frequent gebruikte interventies de verspreiding van onderwijsmateriaal, educatieve bijeenkomsten en audit en feedback zijn. Bij vijf van de negen projecten werd het gebruik van het elektronisch medisch dossier geoptimaliseerd. Bij drie masterproeven werd gebruik gemaakt van een combinatie van interventies waaronder de verspreiding van onderwijsmateriaal, de organisatie van educatieve bijeenkomsten en de opstelling van een praktijkrichtlijn. In de literatuur zagen we dat een veelzijdige strategie het meest succesvol lijkt om gedragsverandering te realiseren. Bij één masterproef

werd een interactieve internetmodule ontworpen. Dit was een vervolg op een eerder opgestart project door een collega HAIO.

Uit dit kleinschalige veldonderzoek kunnen geen harde eindresultaten vastgesteld worden. De resultaten die opgesomd worden in de discussie zijn louter beschrijvend. Oorspronkelijk was ik ook van plan om de karakteristieken van de ondervraagde praktijken te bestuderen naargelang postcode en praktijkorganisatie (solo, duo, groep, wijkgezondheidscentrum). Dit heb ik echter niet verder uitgewerkt aangezien ik deze vragen niet in de vragenlijst opgenomen had.

De antwoorden op de vragenlijsten werden deels telefonisch en deels via een vragenlijst die elektronisch verstuurd werd verkregen. Het was niet eenvoudig om de drukbezette huisarts aan de lijn te krijgen. De vragenlijst werd elektronisch doorgestuurd indien ze daar een voorkeur voor hadden. De antwoorden die op deze manier verkregen werden, kwamen van één van de artsen werkzaam in de gecontacteerde praktijken. De respondent was niet noodzakelijk de opleider van de HAIO die de masterproef publiceerde. De gegeven antwoorden en de interpretatie van deze antwoorden zijn natuurlijk subjectief van aard.

De bevindingen van dit veldonderzoek komen overeen met de bevindingen in de literatuuronderzoek en het databaseonderzoek. In de drie onderzoeken zagen we dat zowel tijd als kennis een voorname hindernis vormen in de omzetting van de theoretische richtlijnen naar de praktijk. De combinatie van de opstelling van een praktijkrichtlijn, de organisatie van educatieve bijeenkomsten, de verspreiding van onderwijsmateriaal, een goede ondersteuning vanuit het elektronisch medisch dossier, regelmatige feedback en een regelmatige herziening van het project zouden effectief zijn in de implementatie van kwaliteitsverbeterende projecten. Deze conclusie zou door de toekomstige HAIO's die zelf een kwaliteitsverbeterend project opstarten verder onderzocht kunnen worden.

Hoofdstuk 5: Algemene discussie en besluit

In het literatuuronderzoek werden de onderzoeksvragen A,B en C beantwoord. Kwaliteitsverbetering werd gedefinieerd en de opstart van een kwaliteitsverbeterend project werd samengevat aan de hand van de FOCUS-procedure en de PDCA-cyclus. Binnen de FOCUS-procedure werd de visgraatanalyse besproken om hindernissen die de gewenste gedragsverandering in de weg staan te identificeren. Binnen de PDCA-cyclus werd er verder ingegaan op de bespreking van kwaliteitsindicatoren ter evaluatie van het opgestarte kwaliteitsverbeterend project.

Kwaliteitsverbetering werd gedefinieerd als een samenhangend geheel van acties en activiteiten met name: het identificeren van mogelijke problemen in de kwaliteit van de zorg, het definiëren van het gewenste niveau van kwaliteit, het beoordelen of de beoogde kwaliteit gerealiseerd is, de stappen die ondernomen worden om de kwaliteit te verbeteren en het scheppen van de voorwaarden om de beoogde kwaliteit te realiseren. Het is belangrijk dat ze op een continue en systematische wijze plaatsvinden als een steeds herhaald (cyclisch) proces van onderlinge continue toetsing en verbetering van zorg (1).

In het databaseonderzoek werden de onderzoeksvragen D en E beantwoord. Er werd een balans na tien jaar kwaliteitsverbeterende projecten in de eerste lijn opgemaakt en nagedacht over een perspectief voor de toekomt. Op basis van de zoekterm ‘praktijkverbeterend project’ werd er een preselectie gemaakt van alle abstracten van masterproeven die over de voorbije tien jaar op de ICHO-website gepubliceerd werden. Dit leverde 142 abstracten op. Van deze preselectie werd een at random steekproef van honderd abstracten gemaakt. Bij deze honderd geselecteerde abstracten werd nagegaan of er minstens één van volgende hindernissen aangehaald werd namelijk onvoldoende tijd, onvoldoende geld of onvoldoende kennis. Op basis van deze selectie werden 39 masterproeven nagelezen op volledige inhoud. Een gebrek aan tijd werd als voornaamste hindernis aangehaald (n=20)(51%). Onvoldoende kennis werd net iets minder vaak vernoemd als hoofdreden om een bepaalde richtlijn niet naar behoren uit te voeren in de dagdagelijkse praktijk (n=18)(46%). Het financiële aspect werd beduidend minder als hoofdreden aangehaald (n=1)(3%).

In het veldonderzoek werd de onderzoeksvraag F beantwoord. De meerderheid van de projecten werd niet meer uitgevoerd (n=17/26)(65%). Een minderheid van de projecten wordt wel nog uitgevoerd (n=9/26)(35%). Van de overige projecten kwam geen respons (n=13/39)(33%).

Het is natuurlijk erg jammer dat de meerderheid van de projecten die opgestart werden met het oog op kwaliteitsverbetering niet meer uitgevoerd worden. Deze masterproef vertrekt vanuit de invalshoek dat onvoldoende tijd, geld of kennis hier een rol in zou kunnen spelen. In de masterproef

worden interventies en tips beschreven die succesvol lijken te zijn in het overwinnen van deze hindernissen. De combinatie van de opstelling van een praktijkrichtlijn, de organisatie van educatieve bijeenkomsten, de verspreiding van onderwijsmateriaal, een goede ondersteuning vanuit het elektronisch medisch dossier, regelmatige feedback en een regelmatige herziening van het project lijken effectief te zijn in de implementatie van dergelijke kwaliteitsverbeterende projecten. Voor de verderzetting van een praktijkverbeterend project zijn regelmatige educatie en actualisering van de praktijkrichtlijn belangrijk.

De HAIO zou ook voldoende tijd en begeleiding moeten krijgen voor de uitwerking van dergelijke projecten. Hiervoor moeten de (co-)promotor en collega's in de praktijk dan weer voldoende tijd hebben. Hoewel het nooit als voornaamste reden naar voorgeschoven wordt, zullen financiële motieven vermoedelijk een rol spelen. Het koppelen van een financiële verloning aan het uitwerken en implementeren van dergelijke projecten kan de slaagkans mogelijks wat verhogen. Door tijd te investeren in het uitwerken van een project wordt de kennis rond desbetreffende topic vergroot. De implementatie op lange termijn verhoogt dan weer de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. Er wordt ook een overzicht aangeboden met reeds opgestarte projecten waarbij nog een vervolgonderzoek voorgesteld werd. Indien er systematisch verder gebouwd wordt op de reeds opgestarte projecten dan hoop ik dat dit de implementatie en de gewenste kwaliteitsverbetering ten goede zal komen.

Er zijn natuurlijk andere hinderpalen die de implementatie van kwaliteitsverbeterende projecten beïnvloeden. Er zou verder onderzoek gedaan moeten worden naar de identificatie van deze hindernissen en mogelijke oplossingen. Kunnen we uit de vaststelling dat de meerderheid van de opstarte kwaliteitsverbeterende projecten niet meer uitgevoerd wordt concluderen dat de Vlaamse huisarts weinig bezig is met kwaliteitsverbetering? Er zou onderzoek gedaan kunnen worden naar andere manieren waarop huisartsen bezig zijn met kwaliteitsverbetering. Voor de opstart van een kwaliteitsverbeterend project worden er indicatoren vastgelegd om de kwaliteit voor en na het project te meten. Op welke manieren wordt de huidige kwaliteit van huisartsgeneeskunde geëvalueerd? Is er hier ruimte voor verbetering? Ook zou er verder onderzoek gedaan kunnen worden naar hoe onze collegae huisartsen in het buitenland kwaliteitsverbetering nastreven. In een masterproef van een collegae HAIO wordt het EPA concept aangehaald. Het "European Practice Assessment" (EPA) 2005 werd tussen 2001 en 2005 ontwikkeld door de TOPAS-Europe Association. Dit formele samenwerkingsverband van researchgroepen en - organisaties, ontwikkelde hiervoor een aantal kwaliteitsindicatoren en een evaluatie-instrument. De TOPAS-Europe Collaboration is van start gegaan met 9 leden, landen die het EPA-instrument en - indicatoren ontwikkeld hebben. Dit zijn partners uit Nederland, UK, Duitsland, België (Domus Medica), Zwitserland, Frankrijk, Slovenië,

Oostenrijk en Israël. EPA 2005 is een instrument dat moet toelaten de kwaliteit van de huisartspraktijk in Europa te evalueren en te verbeteren (49). Op Domus Medica is hier meer informatie over te vinden (50). Het EPA-instrument zou de kwaliteit van een individuele huisartsenpraktijk evalueren en verbeteren, maar ook de mogelijkheid geven om de kwaliteit van huisartsenpraktijken in een bepaalde regio en de kwaliteit van huisartsenpraktijken in verschillende landen met elkaar te vergelijken. Een praktijk heeft een externe coach nodig om met de gegevens van EPA daadwerkelijk aan de slag te gaan. Hieruit ontstond het POP-concept. Het Praktijk Ondersteunend Programma (POP) is een cyclus, waarbij de deelnemende huisartsenpraktijk gedurende drie jaar wordt ondersteund in het streven naar verbetering. De praktijk wordt eerst met behulp van EPA 2005 doorgelicht. Nadien, na de evaluatie, wordt werk gemaakt van het oplijsten van mogelijke verbeterpunten en het vastleggen van prioriteiten. In de tijd die daarop volgt, wordt de praktijk gecoacht in de realisatie van haar projecten ter verbetering van de praktijk. De externe ondersteuning van de praktijk brengt uiteraard kosten met zich mee. Er namen reeds een aantal huisartsenpraktijken deel aan dit POP-concept. Er wordt gesuggereerd dat de huisartsenkringen een rol zouden kunnen spelen in het verspreiden van informatie over dit concept naar andere huisartsenpraktijken (50). Bij dit project komen de verschillende elementen van de definitie van kwaliteitsverbetering die we in deze masterproef gebruikt hebben aan bod. Bij de toepassing van dit POP-concept blijken onvoldoende tijd, kennis en geld weer een rol te spelen. Tijdsgebrek zou deels kunnen opgelost worden door de ondersteuning van de huisartsenpraktijk door een externe coach, de huisartsenkringen en Domus Medica zouden een rol kunnen spelen in het verspreiden van de kennis omtrent dit project en over financiële tegemoetkoming zou nog verder nagedacht moeten worden om hieromtrent een oplossing te vinden.

Verdere initiatieven rond kwaliteit van zorg zijn ook terug te vinden in de beleidsnota 2014 - 2019 van minister Vandeurzen. In Vlaanderen werd er in overeenstemming met het regeerakkoord, een Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg in de steigers gezet. Deze vzw heeft als doel om de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in diverse sectoren van de Vlaamse gezondheidszorg en woonzorg transparant te maken en te verbeteren ten einde het Vlaams kwaliteitsbeleid in de zorg verder te ontwikkelen (51).

Ook deze masterproef is enkel een aanzet en biedt nog veel stof tot nadenken. Hopelijk heb ik de toekomstige collegae HAIO’s kunnen enthousiasmeren om hierop een vervolg uit te werken.

Hoofdstuk 6 - Referenties

1. Grouwels D, Seuntjes L, Vanden Bussche P. Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard Uitgeverij; 2008. 248 p.

2. Grol R. Implementating Change in Primary Care. In: De Lepeleire J, editor. Back to the Future Reflections on General Practice in a changing world. Antwerpen – Apeldoorn: Garant; 2008. p. 135–42.

3. Flottorp S, Håvelsrud K, Oxman AD. Process evaluation of a cluster randomized trial of tailored interventions to implement guidelines in primary care--why is it so hard to change practice? Fam Pract. 2003 Jun;20(3):333–9.

4. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet Lond Engl. 2003 Oct 11;362(9391):1225–30.

5. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. Med J Aust. 2004 Mar 15;180(6 Suppl):S57-60.

6. Robertson R, Jochelson K. Interventions that change clinician behaviour: mapping the literature. National Institute of Clinical Excellence (NICE); 2006.

7. McDermott L, Yardley L, Little P, Ashworth M, Gulliford M. Developing a computer delivered, theory based intervention for guidline implementation in general practice. BMC Family Practice. 2010;11:90.

8. Johnson MJ, May CR. Promoting professional behaviour change in healthcare: what interventions work, and why? A theory-led overview of systematic reviews. BMJ Open. 2015 Sep 30;5(9):e008592.

9. Medves J, Godfrey C, Turner C, Paterson M, Harrison M, MacKenzie L, et al. Systematic review of practice guideline dissemination and implementation strategies for healthcare teams and team-based practice. Int J Evid Based Healthc. 2010 Jun;8(2):79–89.

10. Sunaert A. Gerichte opvolging van diabetes type 2 patiënten in een gelabeld EMD. Opportuniteiten en beperkingen. [Internet]. 2012. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

11. Audenaert T. Technologische en verpleegkundige ondersteuning in het preventieconsult: baat het of schaadt het? [Internet]. 2013. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

12. De Cock S. Praktische implementatie van een preventiebeleid en GMD+ in de praktijk met behulp van pop-ups. [Internet]. 2014. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

13. Klaasen G, Helsen C. Ontwikkelen en toetsen van een interactieve en patiëntgerichte internetmodule als ondersteuningsmiddel voor het afbouwen van chronisch benzodiazepinegebruik. Een kwaliteitsverbeterend project. [Internet]. 2013. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

14. Bergé A, Mertens L. Rationeel aanvragen van laboratoriumtesten in de huisartsenpraktijk: levertesten. [Internet]. 2011. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

15. Vranken L. De kwaliteit van spirometrie in eerste lijn en de impact van educatie. [Internet]. 2009. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

16. Dieleman N. De introductie van een COPD-consult door de praktijkverpleegkundige: een optimalisering van de zorg bij gekende COPD-patiënten? [Internet]. 2014. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

17. Lefebure A. Optimalisering van de zorg voor Diabetes Mellitus Type 2-patiënten binnen de praktijk door optimaal gebruik te maken van het Elektronisch Medisch Dossier. [Internet]. 2011. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

18. Raats E. Astma: Van Guideline naar praktijkrichtlijn: geen vanzelfsprekende stap ... [Internet]. 2008. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

19. Verbeke M. Analyse van het voorschrijfgedrag bij RVT/ROB patiënten in een groepspraktijk. [Internet]. 2008. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

20. Comyn D. Evaluatie van de diabeteszorg bij diabetes mellitus type 2 patiënten in de huisartspraktijk: een praktijkverbeterend project. [Internet]. 2009. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

21. Sassen G. Actuele probleemlijst als hulp bij preventie en vroegdiagnose van DM, COPD en cardiovasculaire aandoeningen. [Internet]. 2009. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

22. Vynckier S. Een optimale hypertensiebehandeling, een uitdaging voor de praktijk. Een praktijkverbeterend project met nadruk op de rol van de verpleegkundige. [Internet]. 2015. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

23. Janssens M. Rationeel aanvragen van laboratoriumtesten door de huisarts: een praktijkverbeterend project. [Internet]. 2013. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

24. Monstrey M. Implementatieproject pneumokokkenvaccinatie bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. [Internet]. 2015. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

25. De Smet E. Een tijdsefficiënte osteoporosescreening: een analyse in de eigen praktijk. [Internet]. 2014. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

26. Sels B. Vaccinatie van Boostrix, een praktijkverbeterend project. [Internet]. 2015. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

27. Vanhee H. Microscopie van dichtbij bekeken: het onderzoek van vaginale fluor in de huisartspraktijk. [Internet]. 2011. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

28. Beerens G. Praktische implementatie van colorectale kanker screening in de eerste lijn: een kwaliteitsverbeterend project in een landelijke groepspraktijk. [Internet]. 2012. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

29. Borreman M. Registratie van rookgedrag en rookstopbegeleiding in een huisartspraktijk. [Internet]. 2012. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

30. Netrebko O. Implementatie van de richtlijn anticonceptie in de praktijk: een kwaliteitsverbeterend praktijkproject. [Internet]. 2013. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

31. Poels N. Nemen medicamenteus behandelde Diabetes Mellitus type II patiënten een statine? Een praktijkverbeterend project. [Internet]. 2011. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

32. Rigaux W. Diabetes zorgtraject in de (huisartsen)praktijk: kwalitatieve studie naar bevorderende en belemmerende factoren voor artsen en patiënten bij het instappen in een Zorgtraject Diabetes [Internet]. 2011. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

33. D'aes L. Praktijkproject: gestandaardiseerde diabeteszorg. [Internet]. 2012. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

34. Dekker N. Evidence based en rationeel aanvragen van schildkliertesten in de huisartsenpraktijk. [Internet]. 2009. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

35. Aerts J. Kwaliteitsbevorderend praktijkproject: vroegtijdige diagnose van COPD door middel van spirometrie. [Internet]. 2011. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

36. Buysschaert R. Implementatie van de COPD-6 meter in de huisartsenpraktijk ter screening naar obstructief longlijden. [Internet]. 2012. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

37. Eyckmans L. Implementatie van de CAT in de huisartspraktijk: gevolgen voor aanpak en beleid van COPD-patiënten. [Internet]. 2012. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

38. Strobbe T. Motivationele gespreksvoering over gezonde levensstijl bij personen met een matig of hoog cardiovasculair risico: zinvol of tijdverdrijf? [Internet]. 2012. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

39. Gesell A. Orale anticoagulatietherapie: Ontwerp en implementatie van een kwaliteitsverbeterende praktijkrichtlijn aan de hand van een gestandaardiseerd stappenplan. [Internet]. 2010. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

40. Saelemans M. Opvolging door de huisarts van patiënten met voorkamerfibrillatie behandeld met dabigatran: een praktijkverbeterend project. [Internet]. 2012. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

41. Yap J. De toepassing van de STOPP/START criteria bij de 65 - plussers in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsbevorderend project. [Internet]. 2014. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

42. T'Hooft S. Polyfarmacie bij ouderen: Implementatie van de Multidisciplinaire Richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG 2012) als een praktijkverbeterend project : een pilootstudie bij de woonzorgcentrum bewoner in Ruiselede. [Internet]. 2015. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

43. Bossier S. Betere chronische zorg door een brug tussen geriatrische evaluatie en patiëntenparticipatie. [Internet]. 2013. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

44. Spillebeen E. Eiwitelektroforese in de huisartspraktijk. Een praktijkverbeterend project. [Internet]. 2014. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

45. Geerts A. Kwaliteitsbevorderend project: Implementeren van de domus medica richtlijn 'Actieve opsporing van chlamydia trachomatis' in de huisartspraktijk'. [Internet]. 2013. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

46. Anné N. Registratie van essentiële gegevens voor de opvolging van patiënten met diabetes mellitus en arteriële hypertensie & redenen voor het ontbreken ervan in het elektronisch medisch dossier. [Internet]. 2011. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

47. Andries S. Knelpunten tussen praktijkrichtlijn en huidige aanpak van insomnia in de huisartsenpraktijk. Een praktijkverbeterend project. [Internet]. 2011. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

48. Ruche C. Opsporing en beleid van chronische nierinsufficiëntie in een huisartspraktijk. [Internet]. 2010. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

49. Schuerman E. Praktijkorganisatie voor dummies: Een leidraad bij de opstart van verpleegkundige zorgen in een huisartsenpraktijk. [Internet]. 2013. Available from: www.icho-info.be/masterproeven

50. Vanden Bussche P. Interview met Piet Vanden Bussche door Marleen Brems [Internet]. 2009. Available from: https://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/72-kwaliteit-nieuws/2373-interview-met-piet-vanden-bussche.html

51. Tussentijds rapport Kwaliteit en gegevensdeling [Internet]. 2016. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/20160811_Tussentijds%20rapport%20Kwaliteit%20en%20gegevensdeling_versie%20toetsing.pdf

Hoofdstuk 7 – Bijlagen

BIJLAGE A

Introductie vragenlijst

Beste collega,
In het kader van mijn masterproef huisartsgeneeskunde “Hindernissen in de uitoefening van een kwaliteitsvolle huisartsgeneeskunde: niet genoeg tijd, niet genoeg geld, niet genoeg kennis.”, contacteer ik alle huisartspraktijken die samen met een HAIO een praktijkverbeterend project uitgevoerd hebben.
Het doel van deze masterproef is een beeld te krijgen van het aantal praktijkverbeterende projecten dat wordt verdergezet, en de hinderpalen die een continuïteit in de weg staan.
Mag ik u dan ook vragen het korte formulier in onderstaande link in te vullen? Dit neemt hooguit drie minuten in beslag. Alvast hartelijk bedankt.

Met vriendelijke groeten,
Naomi Schreurs
HAIO

Vragenlijst

A) Wat was de naam van de HAIO die het praktijkverbeterende project opstartte?

B) Met betrekking tot het praktijkverbeterende project: welk van de drie volgende scenario's is van toepassing?

1. Het praktijkverbeterende project wordt nog steeds uitgevoerd
2. Het praktijkverbeterende project wordt niet meer uitgevoerd en er zijn geen positieve effecten meer merkbaar
3. Het praktijkverbeterende project wordt niet meer uitgevoerd, maar er zijn nog positieve effecten merkbaar
4. Heeft u hierbij nog aanvullingen? Zo ja, welke?

C) Indien het praktijkverbeterend project nog uitgevoerd wordt:
(indien niet mag u deze vraag overslaan)

Wat zijn de factoren die hierin een rol speelden?

1. Er werd op voorhand nagedacht over oplossingen voor de hindernis ‘niet genoeg tijd ’
2. Er werd op voorhand nagedacht over oplossingen voor de hindernis ‘ niet genoeg geld ‘
3. Er werd op voorhand nagedacht over oplossingen voor de hindernis ‘ niet genoeg kennis ‘
4. Anders:

Heeft u hierbij nog aanvullingen? Zo ja, welke?

D) Indien het praktijkverbeterend project niet meer uitgevoerd wordt:
(Indien het project wel nog uitgevoerd wordt, kan u deze vraag overslaan)

Welke factoren spelen hierin een rol?

1. Niet genoeg tijd
2. Niet genoeg geld
3. Niet genoeg kennis

4. Anders:

Heeft u hierbij nog aanvullingen? Zo ja, welke?

E) Indien het opgestarte praktijkverbeterend project niet meer toegepast wordt, maar wel nog positieve effecten heeft in de dagelijkse praktijkvoering:
(indien u 1 van de vorige vragen reeds beantwoordde, mag u deze vraag overslaan)

1. Op welke wijze ervaart u de positieve effecten van het vroeger opgestarte praktijkverbeterend project?
2. Werd het verderzetten van het praktijkverbeterende project verhinderd wegens 'niet genoeg tijd'?
   Ja
   Nee
3. Werd het verderzetten van het praktijkverbeterend project verhinderd wegens 'niet genoeg geld'?
   Ja
   Nee
4. Werd het verderzetten van het praktijkverbeterend project verhinderd wegens 'niet genoeg kennis'?
   Ja
   Nee

5. Heeft u nog aanvullingen bij het verloop van het praktijkverbeterend project?

Bedankt voor uw medewerking!
Naomi Schreurs

BIJLAGE B

Protocol - Goedkeuring aanvraag masterproefonderwerp -

Formulier : mededeling onderwerp masterproef

Stuur dit formulier ingevuld en voorzien van de nodige handtekeningen naar het ICHO-secretariaat vóór 1 december (of vóór 1 juni in geval van start opleiding in februari/maart)

Naam haio: Naomi Schreurs

Haio's waarmee ik zal **samenwerken**: /

Titel van het project :

Hindernissen in de uitoefening van een kwaliteitsvolle huisartsgeneeskunde: niet genoeg tijd, niet genoeg geld, niet genoeg kennis

Type onderzoek (aankruisen wat past):

- Kwaliteitsverbeterproject
- Kwalitatief onderzoek of kwantitatieve research
- **Systematisch literatuuronderzoek**
- Duodecim-project

Achtergrond/Aanleiding:

Het takenpakket van de huisarts is zeer uitgebreid en niet welomschreven. Waar eindigen de grenzen van onze competenties? De voorbije jaren werkten verscheidene huisartsen in opleiding een praktijkverbeterend project uit als masterthesis. Bij de implementatie van deze projecten werden vaak meerdere hindernissen geïdentificeerd. Deze vielen herhaaldelijk binnen de cluster 'niet genoeg tijd, niet genoeg geld, niet genoeg kennis'.

Concrete vraagstelling:

Wat is er terug te vinden over deze hindernissen in de masterthesissen van huisartsen in opleiding over de voorbije 10 jaar waarbij een praktijkverbeterend project voorgesteld werd?

Geplande methode:

1. Ik maak op basis van de zoekterm 'praktijkverbeterend project' een pre-selectie van alle abstracten van masterthesissen die over de voorbije 10 jaar op de ICHO-website gepubliceerd werden. Dit levert 142 abstracten op. Van deze pre-selectie maak ik een at random steekproef van 100 abstracten. Bij deze 100 geselecteerde abstracten zal ik nagaan of er minstens één van volgende hindernissen aangehaald wordt nl. niet genoeg tijd, niet genoeg geld, niet genoeg kennis.

2. Terugkoppeling van theorie naar de praktijk
    a. Opmerking: eigen interventie: nog verschillende mogelijkheden: afhankelijk van resultaten literatuuronderzoek

<u>Optie 1</u> = Zelf een richtlijn opstellen voor de toekomstige HAIO's [I] obv literatuurstudie [C]

- Een eenvoudig overzicht maken met de aangeboden vervolgonderzoeken [O]
    - Bespreking van de hindernissen

- Welke oplossingen werden er voorgesteld per hindernis
- Zijn deze oplossing makkelijk of moeilijk realiseerbaar in de praktijk
    - Dit is relevant omdat zo de nodige aandacht geschonken kan worden aan moeilijk te veranderen hindernissen voor opstart van eigen praktijkverbeterend project

Optie 2 =

De huisartspraktijken van de weerhouden thesissen contacteren, vragenlijst opstellen met de vraag of:

- Het praktijkverbeterend project dat door de HAIO opgestart werd [C] nog in de praktijk uitgevoerd wordt [I]
- Indien niet, navragen waarom [O]
    - Te weinig tijd
    - Te weinig geld
    - Te weinig kennis
    - Varia [vrije tekst]

Optie 3 =

Uit de literatuur een frequent besproken item selecteren, in de literatuur de praktijkverbeterende projecten en en eraan gekoppelde vervolgonderzoeken met bespreking van de hindernissen nalezen [C], op voorhand nadenken over de hindernissen die een invloed uitoefenen op de implementatie van het praktijkverbeterendproject, een praktijkverbeterendproject opstarten [I], een vervolgonderzoek voorstellen [O] om implementatie op lange termijn na te gaan aan de hand van de bespreking en evaluatie van de op voorhand aangehaalde hindernissen

Beste,

Hierbij bevestig ik u goede ontvangst van de aanmelding van uw masterproef:

Onderwerp: Hindernissen in de uitoefening van een kwaliteitsvolle huisartsgeneeskunde: niet genoeg tijd, niet genoeg geld, niet genoeg kennis

Type: SYS LIT

Promotor: DE LEPELEIRE Jan

De keuze voor een type onderzoek is bindend en bepaalt met welke blik naar jouw masterproef zal gekeken worden door je beoordelaars. Indien deze hier niet correct vermeld staat, gelieve dit dan onmiddellijk te melden

Legende type:

KWALVERB: kwaliteitsverbeterendproject

KWAL KWAN OND: kwalitatief onderzoek of kwantitatieve research

SYS LIT: systematisch literatuuronderzoek

DUO: duodecim-project

Als bijlage vindt u de laatste versie van de instructiebundel masterproef. Lees deze aandachtig door.

In opdracht van de Interuniversitaire Overleggroep Masterproef,

Prof. Dr. Dirk Avonts (UG); Prof. Dr. Jo Goedhuys (KU Leuven); Prof. Dr. Lieve Peremans (UA); Mevr. An Stockmans (ICHOvzw); Prof. Dr. Jan Vandevoorde (VUB)

BIJLAGE C

Goedkeuring Ethische Begeleidingscommissie

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingsspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Hindernissen in de uitoefening van een kwaliteitsvolle huisartsgeneeskunde: niet genoeg tijd, niet genoeg geld, niet genoeg kennis." onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

De OBC keurt de aanvraag goed, maar vraagt rekening te houden met volgende opmerking: - In brief vermelden dat alle gegevens vertrouwelijk zullen worden behandeld!

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)