Alle neuzen in dezelfde richting?

Hoe stellen huisartsen een gemeenschappelijke visie- en missietekst op en welke plaats neemt het hierna in in de huisartsenpraktijk?

Sophie Petit, K.U. Leuven

Promotor: Prof. Jo Goedhuys, K.U. Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

INHOUDSOPGAVE

Dankwoord 4

Abstract 5

Concepten 6

Inleiding 6

Methode 8

Resultaten 9

Literatuuronderzoek 9

Kwalitatief onderzoek 9

Resultaten kwalitatief onderzoek 10

Eigenschappen huisartsen / praktijken 10

1. Definitie visie / missie 10
2. Hoe verloopt het opstellen van een visie- en missietekst bij huisartsen in een samenwerking? 11
3. Welke invloed heeft het opstellen van een visie- en missietekst op de werking van een huisartsenpraktijk 13
4. Kritische reflectie / aandachtspunten 14
5. Advies 15
6. Andere thema's 16

Discussie 17

Besluit 19

Referenties 20

Bijlagen 21

Informatiebrief 21

Informed consent 22

Vragenlijst versie 1 23

Vragenlijst versie 2 24

Goedgekeurd protocol 25

Goedkeuring ethische commissie 33

DANKWOORD

Om te staan waar ik vandaag sta en te hebben neergeschreven wat hieronder geschreven staat, heb ik veel mensen te danken.

Ten eerste wil ik graag Laetitia bedanken voor het aanreiken van dit onderwerp. Deze masterpaper heeft me ongelooflijk geïnspireerd en me geholpen te ontdekken wat ik nodig heb om gelukkig te zijn als huisarts.

Ik wil graag mijn promotor bedanken voor de geduldige en gestructureerde begeleiding. Ook een bijzonder woord van dank aan alle artsen die ik heb mogen interviewen. Ze hebben me meegenomen in hun professioneel en soms ook persoonlijk verhaal.

In dit werk staat samenwerking centraal. Ik wil dan ook heel graag alle collega's bedanken waarmee ik de afgelopen twee jaar heb samengewerkt om me de kracht en de schoonheid van samenwerking te laten zien. Dank aan Laetitia, Sieg, Ilke, Inge en Dominique voor alle opleidingsmomenten en woorden van bemoediging. Jullie hebben me allemaal mee gevormd tot de arts die ik vandaag ben. Speciale dank aan Kristien, Annick en Caroline voor de mentale steun tijdens de voorbije twee jaar. De rol van een praktijkassistente of verpleegkundige in het werkgeluk van een HAIO kan niet genoeg benadrukt worden.

Tot slot geniet ik elke dag van de onvoorwaardelijke steun van mijn vrienden en familie. Bedankt dat ik steeds op jullie mag rekenen.

ABSTRACT

CONTEXT

Huisartsen gaan steeds meer samenwerken. Om deze samenwerking succesvol te laten verlopen zijn er verschillende factoren van belang. Een belangrijke factor is het uitschrijven van een gemeenschappelijke visie en missie.

ONDERZOEKSVRAAG

In deze masterpaper wordt onderzocht hoe huisartsen een gemeenschappelijke visie- en missietekst opstellen en welke plaats het hierna inneemt in de huisartsenpraktijk.

METHODE

Er wordt naast een literatuurstudie een kwalitatief onderzoek uitgevoerd waarbij er semigestructureerde interviews worden afgenomen bij 10 Nederlandstalige huisartsen die als praktijk een visie- en missietekst hebben opgesteld of hiertoe de intentie hebben.

RESULTATEN

Er is een grote variatie in hoe huisartsen een visie- en missietekst opstellen. Globaal gezien is er een vorm van individuele voorbereiding gevolgd door één of meerdere gemeenschappelijke sessies. Een coach speelt een belangrijke rol in het hele proces. Andere disciplines worden voorlopig weinig betrokken in het schrijven van de tekst. Een regelmatige herziening is belangrijk.
De visie- en missietekst speelt een belangrijke rol in de huisartsenpraktijk. Ze wordt o.a. gebruikt als leidraad tijdens sollicitaties en voor het nemen van beleidsbeslissingen. Binnen de groep creëert de tekst verbondenheid waardoor hij kan beschermen tegen het uiteenvallen van associaties.

CONCLUSIE

In een geselecteerde groep huisartsen wordt een visie- en missietekst opgesteld en neemt het hierbij een belangrijke plaats in in de huisartsenpraktijk. De gemiddelde huisarts lijkt zich momenteel nog te weinig bewust van het belang van een visie- en missietekst. Het is belangrijk dat hier bewustwording in optreedt, jonge artsen zouden hier een drijvende kracht in kunnen zijn.

CONCEPTEN

Omdat er in de literatuur en in de praktijk verschillende definities over visie en missie circuleren, is er besloten de volgende definities in de rest van masterpaper te hanteren:

- Visie = de achterliggende waarden (“waarvoor staat men”)
- Missie = de uitvoering van de visie in de praktijk

Verder gebruiken we vooral de term “visie- en missietekst” in elkaar omdat zal blijken dat het moeilijk is deze twee uit elkaar te halen en het niet relevant is om ze op te splitsen in deze masterpaper.

INLEIDING

VERANDERING IN HET HUISARTSENLANDSCHAP MET MEER SAMENWERKING TOT GEVOLG

Een belangrijke verandering in het huisartsenlandschap is dat huisartsen steeds meer gaan samenwerken. Hierbij vermindert het aantal solo-artsen en neemt het aantal groepspraktijken toe (1). Momenteel werkt ongeveer de helft van de huisartsen in een duo- of groepspraktijk of een andere samenwerkingsvorm (2). Heyrman kondigde deze verschuiving aan in 2003 onder de term “operatie verruiming”: schaalvergroting, differentiatie, management en netwerking worden de fundamentele veranderingen van de huisartsenpraktijk (3). Niet enkel België is onderhevig aan deze verschuiving, maar heel Europa. We zien dan ook een vertaling van “operatie verruiming “ in de nieuwe definitie van huisartsgeneeskunde die in 2002 door WONCA Europe werd opgesteld. Naar samenwerking toe, legt deze definitie de nadruk op samenwerking met andere professionals uit de eerste lijn en op het uitoefenen van de huisarts zijn competities op de organisatie van de praktijkvoering (4), dit blijft behouden in de update van de definitie in 2011 (5). Op Belgisch niveau bevestigen zowel de Nederlandstalige huisartsen als de Franstalige huisartsen de toenemende samenwerking in de huisartsgeneeskunde en benadrukken ze het belang van de verdere uitbouw en ondersteuning hiervan (2) (6).

HET BELANG VAN VISIE EN MISSIE IN SAMENWERKING

Om deze samenwerking succesvol te laten verlopen zijn er verschillende factoren van belang. Een belangrijke factor is het uitschrijven van een gemeenschappelijke visie en missie (7-13) . In de bedrijfswereld is dit reeds een ingeburgerd concept (8) (9) en aangezien de huisartsenpraktijk kan vergeleken worden met een KMO moet ook hier deze stap gezet worden. Het opstellen van zo een gemeenschappelijke visie en missie gebeurt best is het begin van de samenwerking. *Grouwels, Heyrman en Goedhuys* beschrijven dit dan ook als één van de eerste stappen in hun 10-stappenplan voor goede samenwerking (10). Dit werd later bevestigd door Domus Medica in hun herwerkte 5-stappenplan (11). Ook *Hoerée et al* bevestigen in hun HAPO-model het belang van visie en missie in de huisartsenpraktijk en benoemen dit als een kerntaak van de huisarts (12).

De visie en missie hebben verschillende effecten op een groep. Ze vormen de motor van een groep en zijn een leidraad voor het nemen van beleidsbeslissingen en het aanwerven van nieuwe medewerkers (13) (14). Ze creëren een bedrijfscultuur van waaruit de medewerkers handelen. Ze zorgen voor een interne samenhorigheid en profilering van de organisatie naar de buitenwereld toe (14).

Hoe meer en intenser er wordt samengewerkt, hoe meer de verschillende visies verwoord moeten worden om misverstanden en conflicten te vermijden (12). Structurele problemen in een samenwerking zijn immers vaak symptoomgedrag over een onduidelijke visie (13) en samenwerkingen tussen huisartsen lopen soms stuk door een gebrek aan gedeelde visie (2).

In de praktijk zien we dat de huisartsen zelf een gemeenschappelijke visie en doelstellingen ook als belangrijke randvoorwaarde voor succesvol samenwerken zien (15) (16).

HUISARTSEN ZIJN TE WEINIG VERTROUWD MET EEN VISIE- EN MISSIETEKST

Huisartsen beseffen het belang van zo'n visie en missie, maar geven ze hier ook voldoende aandacht aan in de praktijk? Hierover zijn weinig gegevens terug te vinden in de literatuur.

Er is geen enkel artikel in de Vlaamse literatuur dat specifiek handelt over visie- en missieteksten in de Vlaamse huisartsenpraktijk. *Grouwels en Heyrman* snijden in *Randvoorwaarden voor een betere samenwerking tussen huisartsen* dit onderwerp wel aan, maar het onderzoek gaat over een breder thema dan enkel visie en missie. In deze studie verklaren 93.9% van de 80 ondervraagde huisartsen dat er in hun samenwerking een gemeenschappelijke visie rond huisartsgeneeskunde en praktijkvoering is. Slechts 77.5% van hen is tevreden over de kwaliteit van deze visie. Het is niet duidelijk of de visie in deze praktijken ook uitgeschreven is. Een belangrijke opmerking is ook dat een deel van de ondervraagde huisartsen opleiding gevolgd had rond samenwerking, dit is dus een groep huisartsen die intrinsiek al meer aandacht heeft voor samenwerking en weerspiegelt dus niet volledig de gemiddelde huisarts (15). In een andere studie hebben van de 33 ondervraagde praktijken 21 een visiedocument en 21 een missiedocument. Negentien praktijken hebben zowel een visie- als missiedocument. Opnieuw ging het hier om een geselecteerd groep geavanceerde praktijken die niet de gemiddelde huisartsenpraktijk weerspiegelen (9). Tot slot vermelden 2 Vlaamse praktijken bij het omschrijven van de oprichting en groei van hun groepspraktijk dat ze hierbij een gemeenschappelijke visie- en missietekst hebben opgesteld (17) (18).

Bij uitbreiding van de zoektocht naar de Nederland en naar de Engelstalige literatuur vinden we ook geen artikels terug die specifiek handelen over visie en missie in de huisartsenpraktijk. Wel wordt er net als in Vlaanderen het belang hiervan benadrukt in algemenere werken over management en praktijkorganisatie (19) (20).

Tot slot zijn in de Amerikaanse literatuur enkele artikels terug te vinden die specifiek gaan over het belang van een visietekst in de eerst lijn. Van de artikels in de huisartsenpraktijk waren helaas enkel het abstract beschikbaar, twee artikels in de tandheelkunde waren wel volledig beschikbaar. Hierbij omschrijft één artikel in detail hoe zo'n visietekst opgesteld kan worden en wat hierbij belangrijk is (21).

DOELSTELLING EN ONDERZOEKSVRAGEN

Het doel van deze masterpaper is een beeld te schetsen van hoe huisartsen een gemeenschappelijke visie- en missietekst opstellen en welke plaats het hierna inneemt in de huisartsenpraktijk.

Onderzoeksvragen:

1. Hoe verloopt het opstellen van een visie- en missietekst bij huisartsen in een samenwerking?
    a. Welke fasen worden doorheen dit proces doorlopen?
    b. Wie wordt er in dit proces betrokken?
2. Welke invloed heeft het opstellen van een visie- en missietekst op de werking van een huisartsenpraktijk?

METHODE

Er werd gekozen voor kwalitatief onderzoek gezien deze onderzoeksmethode het best geschikt is om de aard en de context van verschijnselen te bestuderen (22). Er werd gepland om semigestructureerde interviews af te nemen bij Nederlandstalige huisartsen werkzaam in Vlaanderen of Brussel die als praktijk een visie- en missietekst hadden opgesteld of hiertoe de intentie hadden. Gezien het om een studie rond samenwerking gaat, werden solo-praktijken uitgesloten, net als wijkgezondheidscentra gezien deze intrinsiek al een gedeelde visie en missie hebben. De huisartsen werden geselecteerd door middel van een doelgerichte steekproef, hierbij selecteert men personen met unieke kennis en overzicht van een bepaald fenomeen (23). Via de promotor van dit werk, bijscholingen en literatuur werd er zo contact gelegd met huisartsen die een professionele achtergrond hadden binnen het thema van de masterpaper. Er werd getracht een zo divers mogelijke steekproef te bekomen qua leeftijd en geslacht van artsen en qua ligging van de huisartsenpraktijken. Er werd op voorhand niet vastgelegd hoeveel artsen er geïnterviewd zouden worden, dit was afhankelijk vanaf wanneer datasaturatie bereikt werd. Datasaturatie wordt bereikt wanneer er geen nieuwe informatie optreedt in interviews. Deze open methodologie is eigen aan kwalitatief onderzoek (22). Vermoedelijk zou het om een 10-tal artsen gaan. Er werd op voorhand een vragenlijst opgesteld die als leidraad zou dienen tijdens de interviews (zie bijlage 3).
Alles wat de huisartsen tijdens het interview vertelden, zou via geluidsopname worden opgenomen en nadien worden uitgeschreven. Hierbij werden 6 transcripten extern uitbesteed en 4 door mezelf uitgeschreven. De analyse zou ik zelf uitvoeren, volledig met pen en papier.

RESULTATEN

LITERATUURONDERZOEK

Voor de literatuurstudie werden Engelstalige artikels gezocht via Pubmed. Hierbij werd gebruik gemaakt van de volgende mesh-termen: 'primary health care', 'general practice', 'practice management', 'organizational objectives' en de volgende losse termen: 'vision', 'mission'. Van 35 artikels werd het abstract gelezen, uiteindelijk werden er 9 artikels weerhouden waarvan er 2 in de masterpaper verwerkt werden.
Voor de Nederlandstalige literatuur werd gezocht via Limo en de sites van Huisarts Nu, Domus Medica, Huisarts & Wetenschap en NIVEL. Hierbij waren de gebruikte zoektermen: visie, missie, management, huisarts, huisarts en samenwerking. De namen van auteurs die frequent terugkwamen werden opnieuw in de zoekmachine ingegeven om een zo volledig mogelijk resultaat te krijgen. Hieruit kwamen 23 relevante artikels waar er uiteindelijk 13 verwerkt werden in de masterpaper. Er werd vervolgens geschreven naar 2 auteurs die veel over het onderwerp hadden gepubliceerd waarbij één nieuw boek werd aangereikt door één van de auteurs. Verder werden er twee boeken aangereikt door de praktijkopleider (PO) van mijn eerste opleidingsjaar. Ik volgde ook één bijscholing georganiseerd door het ICHO rond management.
De database van masterthesissen op de site van het ICHO werd doorlopen, 3 masterpapers werden weerhouden. Uiteindelijk zijn geen enkele van deze masterpapers verwerkt in dit onderzoek.
Tot slot werden artikels ook gevonden door de referentielijsten van andere relevante artikels te bestuderen.

KWALITATIEF ONDERZOEK

Uiteindelijk werd een steekproef van 10 huisartsen geselecteerd. Naast de geplande doelgerichte steekproef, werden er ook praktijken geselecteerd via sneeuwbalselectie, hierbij wordt er aan geselecteerde respondenten gevraagd om andere respondenten aan te brengen (22). De steekproef bestond uit 6 mannen en 4 vrouwen en had een mooie spreiding van leeftijd. Het helft van de praktijken bevond zich in de stadsrand, de rest was verdeeld over het platteland en de stadskern. Nadat het tijdstip van het interview was vastgelegd, hebben er geen artsen afgehaakt.
Datasaturatie werd uiteindelijk niet volledig bereikt, dit kan verklaard worden door de breedte van het onderwerp en omdat de artsen het onderwerp verbinden met verscheidene andere thema's zoals de geschiedenis van hun praktijk, hun praktijkorganisatie en visie over huisartsgeneeskunde in het algemeen, hierdoor kwamen er frequent nieuwe thema's aan bod.
Nadat de helft van de interviews waren afgenomen werd de vragenlijst aangepast, deze empirische cyclus van redeneren en observeren is typisch voor klinisch onderzoek (22) (bijlage 4). De interviews werden niet streng gestructureerd en duurden gemiddeld 61 minuten.
Bij het uitschrijven van de transcripten werden de 6 uitbesteedde transcripten door mij volledig nagelezen en aangepast indien ze onvoldoende gedetailleerd waren uitgeschreven. Tijdens de analyse werden de transcripten minstens 3 keer doorgenomen .

RESULTATEN ONDERZOEK

EIGENSCHAPPEN HUISARTSEN / PRAKTIJKEN

In de onderstaande tabellen worden relevantie karakteristieken van de bevraagde huisartsen en de praktijken waarin ze werkzaam zijn weergegeven.

Tabel 1: Eigenschappen bevraagde huisartsen	
Leeftijd (n=10)	**Aantal artsen**
26 – 35j	2
36 – 45j	2
46 – 55j	2
56 – 65j	2
> 66j	2*
Geslacht (n=10)	**Aantal artsen**
Man	6
Vrouw	4
PO indien opleidingspraktijk (n=7)	
Ja	5
Nee	2
Verbonden (geweest) aan universiteit / ICHO / Domus Medica (n=5)	**Aantal artsen**
Universiteit	2
ICHO	1
Domus Medica	3
* beide zijn op pensioen gegaan tijdens het schrijven van deze masterpaper	

Tabel 2: Eigenschappen praktijken	
Ligging (n=10)	**Aantal praktijken**
Stadskern	2
Stadsrand	3
Platteland	5
Praktijkvorm (n=10)	**Aantal praktijken**
Groepspraktijk	10
Opleidingspraktijk (n=10)	**Aantal praktijken**
HAIO	7
Geen HAIO	3
Andere medewerkers aanwezig (n=9)	**Aantal praktijken**
Praktijkassistente	6
Verpleegkundige	6
Paramedici	7
Financiële structuur (n=9)	**Aantal praktijken**
Prestatiegericht betalingssysteem:	8
- alle inkomsten poolen	1
- deel inkomsten poolen	7
Forfaitair betalingssysteem:	1

1. DEFINITIE VISIE / MISSIE

Het is voor huisartsen niet gemakkelijk om het onderscheid te maken tussen visie en missie. Ze omschrijven de termen zelf als verwant en overlappend en benoemen dat ze het verschil verwarrend vinden. De huisartsen voor wie het verschil wel duidelijk is hebben vaak een theoretische achtergrond in het onderwerp. Binnen deze groep zien we een opvallend verschil: sommige artsen omschrijven visie als de waarden waarvoor ze staan en missie als de uitvoering in de praktijk, terwijl andere artsen dit exact tegengesteld definiëren.

Inhoudelijk gaat de visie- en missietekst grotendeels over visie op huisartsgeneeskunde en visie op samenwerking. Visie wordt omschreven als iets persoonlijk waarbij eerdere ervaringen de visie van de arts vormen. De visie- en missietekst daarentegen is het gemeenschappelijke, dat waar ze het als groep over eens zijn.

Het belang van aandacht voor gevoelens wordt door meerdere artsen benadrukt. Hierbij zoeken visie en missie onder andere een antwoord op de vraag: wat heb ik nodig om gelukkig te zijn binnen deze job?

2. HOE VERLOOPT HET OPSTELLEN VAN EEN VISIE- EN MISSIETEKST BIJ HUISARTSEN IN EEN SAMENWERKING?

A. WELKE FASEN WORDEN DOORHEEN DIT PROCES DOORLOPEN?

INITIATIE

Bij 7 op de 10 praktijken werd de visie- en missietekst opgesteld voor de start van de samenwerking, bij 3 op de 10 praktijken tijdens de samenwerking.

Het initiatief om de tekst op te stellen kwam vaak van de arts in het team die buiten de praktijk professioneel met dit thema bezig was of vanuit de coach indien de praktijk extern werd gecoacht.

Tabel 3: Tijdstip opstellen visie- en missietekst

Tijdstip (n=10)	Aantal praktijken
Voor start samenwerking	7
Tijdens samenwerking	3

Redenen voor het opstellen van een visie- en missietekst en coaching in het algemeen zijn conflicten in de praktijk, eerdere fout gelopen samenwerkingen en het willen aftoetsen of samenwerking mogelijk is (voor de start van de associatie).

PROCES

Alle praktijken hebben hun visie- en missietekst anders opgesteld. Globaal kunnen we dit proces onderverdelen in 2 delen: individuele voorbereiding en gemeenschappelijke brainstormsessie(s).

De individuele voorbereiding kon gaan van het kort neerschrijven van enkele kernwoorden tijdens de gemeenschappelijke sessie(s) tot het op voorhand invullen van een gestructureerde vragenlijst of neerschrijven van een persoonlijke visietekst. Vanuit deze individuele voorbereiding vonden er één of meerdere brainstormsessies plaats die resulteerden in de opmaak van een gemeenschappelijke tekst waarin iedereen zich kon vinden. Ofwel werd deze tekst opgesteld tijdens de gemeenschappelijke sessie door alle deelnemers samen ofwel maakte één van hen later de tekst en gaven alle deelnemers hierop feedback. De tekst werd in beide gevallen meestal veelvuldig herschreven. Over de tijdspanne waarin de tekst werd opgesteld zijn er onvoldoende gegevens om hierover een uitspraak te doen.

Eén praktijk heeft ervoor gekozen hun finale visietekst te laten nalezen door verschillende externen (familie, vroegere collega's, manager uit persoonlijke kring). Dit heeft de inhoud van de tekst niet veranderd, maar wel de vertaling in de praktijk verder uitgediept.

Eén praktijk heeft geen gemeenschappelijke fase doorlopen. De arts die de praktijk heeft opgericht heeft individueel een visietekst geschreven en deze besproken met de collega's bij de sollicitatie. Bij één praktijk staat de gemeenschappelijke fase nog gepland, zij hebben enkel de individuele fase doorlopen en hebben dus nog geen uitgeschreven gemeenschappelijke tekst.

De huisartsen benadrukken dat het tijdens de gemeenschappelijke sessie(s) erg belangrijk is voldoende door te praten over de inhoud en betekenis van de woorden in de tekst. Op het einde van de gesprekken moet het voor iedereen duidelijk zijn wat de gekozen woorden betekenen en hoe ze deze vertaald zien in de praktijk. Indien dit niet voldoende wordt uitgeklaard kan dit later in de samenwerking mogelijks tot conflicten leiden.

Tot slot moet men tijdens het opstellen van een visie- en missietekst naast het zoeken van de gemeenschappelijk deler ook voldoende aandacht hebben voor de verschillen in visie tussen de verschillende betrokkenen. Men moet stil staan bij deze verschillen en indien men beslist ze mee te nemen moet men beseffen wat de gevolgen hiervan zijn op hoger niveau.

EINDPRODUCT

Zoals eerder al vermeld heeft één praktijk nog geen uitgeschreven eindproduct, de andere 9 praktijken hebben dit wel.

De teksten hebben verschillende vormen en verschillende namen in de praktijken. Ze worden schematisch weergegeven in tabel 4 hiernaast.

Tabel 4: Eindproduct

Eindproduct (n=10)	Aantal praktijken
Ja	9
Nee	1
Vorm (n=9)	Aantal praktijken
Eén tekst	4
Naamgeving:	
"visietekst"	2
"gemengde visie- en missietekst"	2
Twee aparte teksten	5
Naamgeving:	
"visie- en missietekst"	1
"visietekst en missionstatement (één zin)"	2
"beknopte en uitgebreide versie visietekst"	2

De huisartsen benadrukken het belang van het neerschrijven van de visie en missie in een tekst. Door ze te expliciteren wordt er namelijk meer verbondenheid gecreëerd en is het makkelijker om de visie te betrekken in de praktijkvoering dan wanneer ze enkel impliciet aanwezig is.

HERZIENING

Naast het opstellen van de tekst is het ook belangrijk om de tekst te herzien. Met herziening wordt bedoeld het in vraag stellen van de visie- en missietekst met de bedoeling aanpassingen aan te brengen indien nodig. De minderheid van de praktijken herzien de teksten op een vast moment, bijvoorbeeld tijdens een jaarlijkse praktijkevaluatie. De andere praktijken doen dit op een niet vastgelegd moment, al is er vaak wel de intentie om dit meer gestructureerd te doen.

We zien dat huisartsen de tekst herzien bij grote veranderingen in de praktijk zoals de komst van een nieuwe collega, veranderingen in organisatiemodel of verbouwingen. Zeker wanneer er een nieuwe arts associeert wordt de tekst vaak herzien. Het gebeurt echter niet altijd systematisch, zeker indien een voormalige huisarts in opleiding (HAIO) associeert wordt deze stap vaak overgeslagen.

Verder wordt de tekst ook herzien bij discussies of het herschrijven van een contract.

Twee praktijken hebben hun tekst nog nooit herzien sinds hij is opgesteld. Dit zijn telkens praktijken die minder dan twee jaar bestaan en beiden geven ze aan dat ze nog geen nood hebben gehad om de tekst aan te passen. Eén praktijk staat er momenteel ook nog niet voor open om de huidige visietekst aan te passen, de redenen hiervoor worden verderop besproken.

B. WIE IS BETROKKEN GEWEEST IN HET PROCES?

COACH

De meerderheid van de praktijken hebben hun visie- en missietekst opgesteld onder begeleiding van een coach. Van de praktijken die de tekst hebben opgesteld zonder coach was er telkens een arts in het team met een theoretische achtergrond over het onderwerp of met ervaring in het opstellen van een visie- en missietekst buiten de praktijk.

Huisartsen vinden de begeleiding door een coach een belangrijke meerwaarde. Ten eerste maakt een coach moeilijke onderwerpen bespreekbaar, onderwerpen waar men anders geneigd zou zijn ze te verzwijgen om elkaar bijvoorbeeld te sparen. Coaching brengt de verschillen tussen de groepsleden naar boven, hiervan is al eerder het belang aangetoond. Een coach creëert een neutraliteit, laat elk groepslid aan het woord en kan inspelen op de onderlinge relaties en de onderliggende emoties. Het proces verloopt onder een coach efficiënter omdat men verplicht wordt bezig te zijn met het onderwerp en deadlines gerespecteerd moeten

worden. Ten slotte heeft een coach de kennis en competentie om over visie en missie te praten, een onderwerp dat voor huisartsen soms vaag aanvoelt.

ANDERE DISCIPLINES

Tabel 5: Meeschrijven door andere disciplines aan visie- en missietekst	
Praktijkassistente (n=6)	**Aantal praktijken**
Initiële tekst	0
Herziening tekst	1
Verpleegkundige (n=6)	
Initiële tekst	1
Herziening tekst	0
Paramedici (n=7)	
Initiële tekst	1
Herziening tekst	0

Slechts drie praktijken hebben andere disciplines laten meeschrijven aan de visie- en missietekst. Indien ze al deel uitmaakten van het team wanneer de tekst werd opgesteld werden ze onmiddellijk betrokken, anders gebeurde dit achteraf bij een herevaluatie van de tekst.

Het is belangrijk te benadrukken dat hoewel andere disciplines voorlopig weinig hebben meegeschreven aan de tekst, ze wel op andere manieren bij dit thema betrokken worden. Zo nemen ze deel aan gesprekken waar visie en missie (on) rechtstreeks aan bod komt (bijvoorbeeld bij discussies over beleidsbeslissingen) en wordt de visie- en missietekst ook vaak gebruikt bij hun sollicitatie.
Naar de toekomst toe zou de meerderheid van de praktijken de andere disciplines meer betrekken bij het (her)schrijven van de visie- en missietekst. Vooral de praktijkassistente en verpleegkundige zouden ze hierbij meer willen betrekken, al vragen ze zich wel af hoe ze dit best aanpakken, bij welke onderwerpen ze wel en niet betrokken moeten worden. Naar paramedici toe zijn de meningen verdeeld, sommige praktijken zouden hen er volledig bij betrekken terwijl andere dit bewust niet zouden doen om de zelfstandigheid van het team te respecteren en andere huisartsenpraktijken niet af te schrikken patiënten te verwijzen naar dit team.

3. WELKE INVLOED HEEFT HET OPSTELLEN VAN EEN VISIE- EN MISSIETEKST OP DE WERKING VAN EEN HUISARTSENPRAKTIJK?

A. WAT BETEKENT DE VISIE- EN MISSIETEKST VOOR DE HUISARTS EN WANNEER WORDT HIJ GEBRUIKT?

Huisartsen omschrijven de visie- en missietekst als de basis, de fundamenten waarop ze verder bouwen. Ze vinden het belangrijk dat nieuwe collega's achter hun visie- en missietekst staan, ze gebruiken de tekst dan ook als leidraad tijdens sollicitaties. Daarnaast wordt de tekst ook gebruikt als leidraad voor het nemen van beleidsbeslissingen, de tekst biedt dan een kapstok om de problemen die zich stellen in de praktijk, op te lossen en helpt bij het nemen van de keuzes om trouw te blijven aan de kernwaarden van de praktijk.

De visie- en missietekst is een communicatietool voor patiënten en toekomstige collega's om weer te geven waar de praktijk voor staat.
Tabel 6 geeft weer dat de meerderheid van de praktijken (een deel van) de tekst weergeeft op hun website, enkele praktijken geven hem ook expliciet weer op hun profiel als opleidingspraktijk op de ICHO-site.

Tabel 6: Weergave visie- en missietekst	
Visie- en missietekst (n=9)	**Aantal praktijken**
Weergave op website	7
Geen weergave op website	2

Bij artsen die de visie- en missietekst opstellen voor de start van de samenwerking betekent de tekst vaak een fiat om de samenwerking aan te gaan.
Ten slotte omschreef één arts de visie- en missietekst als een tool om van reactief naar procesmatig te leren denken, om van individuele artsen met therapeutische vrijheid te evolueren naar een bedrijfscultuur.

B. WAT IS HET EFFECT VAN HET OPSTELLEN VAN EEN VISIE- EN MISSIETEKST?

We merken dat het opstellen van een visie- en missietekst verschillende effecten heeft op de groep. Het voornaamste effect is het ontstaan van een gevoel van verbondenheid en solidariteit. Dit kan bescherming bieden tegen coalities in de groep en de kans verminderen op het uiteenvallen van associaties. Het kan de leden van de groep ook beschermen tegen eenzaamheid. Specifiek creëert het herzien van de visie- en missietekst op een vast moment een gevoel van betrokkenheid, zeker bij de jongere collega's. Verder ontstaat er meer vertrouwen in de groep en groeit het respect en het begrip voor elkaar.
De visie -en missietekst creëert ook duidelijkheid, dit zowel binnen het team als naar de patiënten toe.
Of het opstellen van een visie- en missietekst de samenwerking ook verbetert is niet zo eenvoudig te stellen. Wel maakt het opstellen van de tekst duidelijk hoe (nauw) men wil gaan samenwerken. Dit is voor iedereen anders en wordt doorheen het proces aan elkaar getoetst. Als het voor iedereen duidelijk is hoe men wil samenwerken, verwacht men dat daardoor de samenwerking verbetert.
Tijdens het opstellen van de visie- en missietekst komen er ook verschillen naar boven, het belang hiervan is eerder al aangetoond. Indien de verschillen te groot zijn, kan er gekozen worden om de associatie te beëindigen.

4. KRITISCHE REFLECTIE / AANDACHTSPUNTEN

TE ALGEMEEN

Eén arts stelde dat indien de visietekst te algemeen blijft en de betekenis van de tekst in de praktijk te weinig geëxpliciteerd is, de visietekst weinig steun biedt en stelde hierbij de waarde van de tekst in vraag. Dit is een bemerking die we ook in de literatuur terugvinden (14). Deze stelling werd voorgelegd aan de andere artsen. Deze verklaarden dat een visietekst algemeen mag blijven en ze vinden dit ook belangrijk. Er moeten immers veel mensen met de tekst akkoord gaan en hij moet een zekere tijd van toepassing blijven, men wil vermijden dat hij te frequent aangepast moet worden. Het is voor hen niet de taak van een visietekst om in detail te gaan, dit kan (en moet) uitgewerkt worden in een andere tekst, zoals bijvoorbeeld een uitbreide versie van de visietekst of een huishoudelijk reglement.
Bij deze stelling wordt opnieuw het belang benadrukt om tijdens het opstellen van de tekst voldoende door te praten over de inhoud en betekenis van de waarden die vooropgesteld worden en de vertaling hiervan in de praktijk.

DYNAMISCH

Alle huisartsen zijn het erover eens dat visie- en missieteksten kunnen en moeten veranderen: gezien een huisartsenpraktijk dynamisch is, moet een visie- en missietekst dit ook zijn. De huisartsenpraktijk is immers onderhevig aan verschillende veranderende factoren, gaande van factoren die buiten de praktijk liggen (maatschappelijke veranderingen, organisatie van gezondheidszorg…) tot factoren binnenin de praktijk (groei van de praktijk, samenstelling van het team…). Een visie- en missietekst opstellen is een continu proces.
Binnen de praktijken wordt de verandering van visie- en missietekst anders ingevuld. Voor sommige praktijken staan zowel de visie als de missie ter discussie, terwijl bij andere praktijken de visie zelf niet kan veranderen, enkel de uitwerking ervan (missie volgens de gebruikte definitie in deze masterpaper). Het is immers die uitwerking die onderhevig is aan de bovengenoemde veranderingen.

BREDER MANAGEMENTBELEID

De huisartsen benadrukken dat het opstellen van een visie- en missietekst slechts het topje van de ijsberg is. Het is belangrijk dat er concreet gevolg gegeven worden aan wat er in de tekst geschreven staat.
Dit kadert in een managementbeleid waarbij een duidelijke organisatiestructuur met strategisch plan, doelstellingen, duidelijke taakverdeling en huishoudelijk reglement van belang zijn. Het belang van deze duidelijk structuur en regelgeving is groter in praktijken waar volledige gelijkwaardigheid nagestreefd wordt binnen het team. Ook bij de toename van het aantal artsen wordt dit belangrijker, zeker bij de overgang van 2 naar 3 artsen.
Bij de opbouw van deze praktijkorganisatie benadrukken enkele artsen ook het belang van de volgorde waarin dit allemaal wordt opgesteld. Hierbij is het opstellen van een visie- en missietekst de eerste stap waaruit alle andere stappen volgen (zoals aankoop gebouw, opstellen van contract e.d.). Zo zijn conflicten in deze verdere stappen vaak een teken van een onvoldoende uitgeklaarde visie.

ANDERE FACTOREN BELANGRIJK VOOR SAMENWERKING

Zoals hierboven aangehaald omschrijven huisartsen een duidelijke managementstructuur als belangrijk, ook voor een goede samenwerking. Hierin vermelden ze specifiek het belang van een goede vergaderstructuur en van functioneringsgesprekken.
Daarnaast benadrukken ze het belang van informeel contact tussen collega's voor een goede samenwerking. Dit kan expliciet ingepland worden onder de vorm van een teambuildingsmoment of door samen te eten tijdens de middagpauze.
De huisartsen geven ook aan dat het belangrijk is voor een goede samenwerking om tot op het persoonlijk niveau van collega's te gaan. Het is belangrijk om hierbij aandacht te hebben voor hoe een persoon zich voelt en wat de persoonlijke redenen achter bepaald gedrag of standpunten zijn.

> *"Als je een discussie punt hebt van waarom doe je zo of zo, als je niet tot dat persoonlijk niveau gaat, kan je nooit echt begrijpen waarom iemand een bepaalde mening over dat bepaald iets heeft."*
> *(I10 -leeftijdscategorie 1)*

Vervolgens benadrukken de huisartsen ook het belang om tijd te maken voor samenwerking, dit kan o.a. zijn onder de vorm van coaching, wat voor enkele artsen duidelijk verbonden is met samenwerking. Enkele praktijken hebben ook een maximaal aantal artsen binnen de praktijk vastgelegd om goed te kunnen samenwerken. Ten slotte worden er nog factoren vermeld zoals open communicatie, luisteren, vertrouwen, flexibiliteit, respect en plezier maken.

5. ADVIES

De huisartsen bevestigen dat er in de huisartsgeneeskunde te weinig aandacht is voor het opstellen van een visie- en missietekst en management in het algemeen. Ze benadrukken dan ook het belang hiervan en de noodzaak om hier voldoende tijd in te steken. Ze zien een duidelijk voordeel in het neerschrijven een visie en missie, al benadrukt één arts ook de relativiteit van de tekst in een goed draaiende praktijk. Indien er andere prioriteiten zijn, mogen deze voorgaan, de visie- en missietekst is dan een hulp maar mag geen last worden.
Naar de praktische uitwerken van een visie- en missietekst benadrukken de huisartsen ten eerste het belang van een coach bij het opstellen deze tekst. Ook praktijken die zelf de tekst hebben opgesteld zonder coach benadrukken dit belang. Bij uitbreiding benadrukken ze ook het belang van coaching in het algemeen voor de goede werking van een huisartsenpraktijk. Hierbij worden de coaches van het ECHTT enkele malen vernoemd.
Ten tweede adviseren de huisartsen ook de visie- en missietekst op een vast tijdstip te herzien, bijvoorbeeld jaarlijks.

Ten slotte wordt het belang van het betrekken van het gevoelsmatige naast het rationele benadrukt. De artsen raden aan om meer te vertrouwen te hebben in wat er gevoelsmatig goed aanvoelt en hiernaar aanpassingen te doen in de praktijk. We zien dit vooral bij jonge artsen, maar ook bij oudere artsen die terugkijken op hun carrière en reflecteren dat ze hiermee te weinig rekening hebben gehouden.

"Je hebt het rationele natuurlijk […] maar ook, ik zou veel meer het gevoelsmatige erbij doen. Waar voel je je goed bij?"
(I3 – leeftijdscategorie 6)

6. ANDERE THEMA'S

Deze thema's werden niet specifiek bevraagd, maar kwamen spontaan aan bod in meerdere interviews.

FINANCIEEL

Huisartsen vertellen dat het een uitdaging kan zijn om een financieringssysteem te vinden dat ondersteunt wat er beoogd wordt door samenwerking en hieraan geen afbraak doet. Hierbij kan het prestatiegerichte financieringssysteem een goede samenwerking met het opstellen van een visie- en missietekst en een uitgebouwd managementbeleid tegenhouden. Een oplossing hiervoor zou het poolen van de inkomsten kunnen zijn, dit kan zowel in een prestatiegerichte als een forfaitaire financieringssysteem. Hierbij benadrukken twee artsen dat binnen een forfaitair systeem de neuzen intrinsiek meer in dezelfde richting staan, omdat de mensen die voor zo'n structuur kiezen vaak al gelijkaardige waarden delen.

JURIDISCH

Er wordt door meerdere artsen aangegeven dat een contract een weergave is van wat er in die visie- en missietekst gezegd wordt. Een contract is dus maatwerk op basis van visie en missie.

MANAGEMENTWERELD

Tijdens verschillende interviews wordt samenwerking met mensen uit de managementwereld aangehaald. Zo hebben twee artsen advies gevraagd aan managers tijdens de opstartfase van hun praktijk. Een andere arts stelt ook dat er input nodig is vanuit deze managementwereld om huisartsen meer te begeleiden in het managen van hun praktijk.

DISCUSSIE

In dit onderzoek wordt aangetoond dat de visie- en missietekst een belangrijke plaats inneemt in de huisartsenpraktijk. Via deze tekst zoeken huisartsen een antwoord op de vraag: wat heb ik nodig om gelukkig te zijn binnen deze job? Dit werken ze zowel uit op het vlak van samenwerking als op persoonlijk vlak.
Doordat men ten eerste weet wat men nodig heeft binnen een samenwerking kan men een betere en duurzamere samenwerking opzetten. Doordat men ten tweede weet wat men nodig heeft om persoonlijk goed te functioneren als arts kan een visie- en missietekst beschermen tegen burn-out. Dit zien we in de literatuur (7), maar schemert ook door in dit onderzoek. Op meerdere domeinen benadrukten de artsen het belang van aandacht voor emoties en het belang om hiernaar te handelen.
Deze twee effecten zijn belangrijk in het huidige huisartsenlandschap want we zien dat burn-out een belangrijk probleem vormt en dat jonge huisartsen het beroep verlaten omwille van problemen met collega's (24, 25). Ze geven hierbij ook aan dat een betere samenwerking met collega's één van de voorwaarden zou zijn om terug in het huisartsenberoep te stappen (25).
Ondanks de duidelijke meerwaarde van een visie- en missietekst en het aangetoonde belang, lijken huisartsen momenteel te weinig aandacht te hebben voor dit onderwerp. Dit zagen we in het literatuuronderzoek waarbij er weinig gegevens werden teruggevonden over het gebruik van de visie- en missietekst in de huisartsenpraktijk en bijna geen gegevens over het gebruik van de tekst door de gemiddelde Vlaamse huisarts.
Hieronder geven we enkele suggesties om dit probleem op te lossen.

IN DE OPLEIDING

Als bijna afgestudeerd huisarts, blik ik graag kritisch terug op de 9 jaar opleiding die ik heb doorlopen. Ik geloof namelijk dat een groot stuk van de oplossing kan zitten in hoe we huisartsen afleveren aan de start van hun carrière.
Zowel in de opleiding geneeskunde als de vervolgopleiding tot huisarts is er nog te weinig aandacht voor mentale (zelf)zorg en praktijkmanagement. Graag ga ik hieronder verder in op wat mijn aanbevelingen zouden zijn voor de vervolgopleiding tot huisarts.
Ten eerste ben ik van mening dat men HAIO's moet leren nadenken over thema's als visie en missie waarbij zij op het einde van het traject een persoonlijke visie- en missietekst hebben die hen leert wat ze nodig hebben om goed te functioneren als huisarts. Dit kan hen beschermen tegen de mentale uitdagingen van het beroep en kan daarnaast een leidraad bieden in de verdere opbouw van hun carrière. Zeker tijdens sollicitatiegesprekken kan deze tekst een houvast bieden om een samenwerking aan te gaan die hun waarden respecteert.
Om dit te realiseren is het belangrijk dat praktijkopleiders (PO's) en stagecoördinatoren (STACO's) opgeleid worden in het thema visie en missie waardoor zij dit gesprek met hun HAIO's kunnen aangaan en hen begeleiden in hun zoektocht naar antwoorden.
Ten tweede ben ik van mening dat HAIO's momenteel te weinig worden opgeleid in praktijkmanagement. Hoewel de huisarts als manager erkend wordt in één van de CanMEDS rollen, krijgen HAIO's hier nog te weinig concrete handvaten in aangeboden vanuit de opleiding en is dit momenteel teveel afhankelijk van de opleidingsplaats waar ze terecht komen. Naar mijn mening moet hen o.a. concreet geleerd worden hoe ze een sollicitatie- en functioneringsgesprek moeten afnemen, hoe er efficiënt vergaderd wordt en welke verschillende juridisch en financiële constructies er mogelijk zijn in de huisartsenpraktijk. Dit is een engagement naar HAIO's toe, maar ook naar alle collega's waar ze mee gaan samenwerken.

IN DE PRAKTIJK

Naast de rol van de HAIO is het ook belangrijk dat de gemiddelde huisarts meer aandacht besteedt aan visie en missie en dat hij hierin de opleiding en ondersteuning krijgen die hij nodig heeft.
Om verder uit te werken hoe we dit zouden kunnen realiseren gebruik ik graag de cirkel van verandering van Prochaska en Diclemente.
Momenteel lijken er nog teveel huisartsen in de precontemplatie fase, dit is de fase waarin er geen bewustzijn is van een probleem en er dus ook geen intentie is tot verandering. Het is dus belangrijk dat we huisartsen bewust maken van het belang van visie en missie. Dit is geen eenvoudige opdracht en ik denk dat jonge huisartsen hier een belangrijke drijvende kracht in kunnen zijn. Vandaar dat het ook belangrijk is hen voldoende op te leiden in dit onderwerp zoals hierboven beschreven. Eens de huisartsen zijn overgegaan naar de contemplatiefase of voorbereidende fase is het belangrijk dat zij voldoende geïnformeerd worden. Dit kan aan de hand van opleidingen, bijscholingen en artikels, hierin speelt Domus Medica (nu al) een belangrijke rol.
Wanneer de huisartsen tot slot tot actie willen overgaan wordt een coach erg belangrijk. Deze kan hen begeleiden in alle volgende stappen van de cirkel: actie, onderhoud en eventueel herval.
Het is belangrijk dat we stilstaan bij de invulling van deze coach. Wat voor iemand is dit? Is dit een huisarts of komt hij uit de bedrijfswereld? Of is het best een psycholoog? En welke kwaliteiten moet deze coach hebben?
Er zijn momenteel verschillende drempels voor huisartsen om beroep te doen op een coach. Ik denk dat het belangrijk is dat we deze drempels in beeld brengen en ze verlagen. Al begint alles natuurlijk bij de gewaarwordingen van het belang van coaching.

BETREKKING VAN DE BEDRIJFSWERELD

Bij beide bovenstaande aanbevelingen vind ik het belangrijk om mensen uit de bedrijfswereld te betrekken. Principes vanuit de bedrijfswereld kunnen niet zomaar geëxtrapoleerd worden naar de huisartsenpraktijk, dus het is belangrijk dat deze 2 werelden met elkaar in gesprek gaan. Ik denk dat wij als huisartsen hier een belangrijke stap naar hen moeten zetten.

BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Er werd gewerkt met een doelgerichte steekproef, dit was noodzakelijk om het onderzoek mogelijk te maken. De steekproef is dus niet representatief voor de gemiddelde huisartsenpopulatie. Er werd wel getracht diversiteit na te streven qua leeftijd, geslacht en ligging van praktijk, dit is gelukt. Op vlak van praktijkvorm en de plaats van opleiding in de praktijk was er weinig diversiteit, dit heeft mogelijks tot vertekening van de resultaten geleid.
Het is een beperking dat er geen volledige datasaturatie bereikt werd. Dit kunnen we onder andere verklaren doordat visie en missie een breed thema is dat door de respondenten met veel andere onderwerpen werd verbonden en doordat er geen strikte structuur werd aangehouden tijdens de interviews. Dit heeft wel gemaakt dat er veel verschillende onderwerpen zijn aangesneden en het thema dus breed behandeld is.
Visie, missie en coaching zijn voor de huisartsen erg met elkaar verbonden, daardoor was het niet altijd duidelijk bij de analyse om deze van elkaar te onderscheiden en is overlap in de resultaten mogelijk. Eén van geïnterviewde artsen was ook coach van een andere praktijk die geïnterviewd werd. Dit gaf dus mogelijks ook overlap in resultaten.
Tot slot werd de gepubliceerde literatuur van de geïnterviewde artsen gebruikt voor het literatuuronderzoek. Hierdoor is er overlap tussen het literatuuronderzoek en het uitgevoerde onderzoek.

BESLUIT

Een visie- en missietekst wordt opgesteld in een geselecteerde populatie praktijken en neemt hier een belangrijke plaats in. Het ondersteunt samenwerking en kan bij uitbreiding ook beschermen tegen burn-out.
De gemiddelde huisarts lijkt zich momenteel nog te weinig bewust van het belang van een visie- en missietekst. Jonge artsen zouden een drijvende kracht kunnen zijn in deze bewustwording. Het is dan ook belangrijk dat we huisartsen in opleiding voldoende opleiden en begeleiden in dit thema. Eens huisartsen het belang van een visie- en missietekst inzien moeten ze voldoende geïnformeerd worden over het thema en best begeleid worden door een coach voor het opstellen van de tekst. Tot slot kan samenwerking tussen de huisartsenwereld en de bedrijfswereld helpen om tot nieuwe inzichten en oplossingen te komen.

REFERENTIES

1. Meeus P, Van Aubel X. Performantie van de huisartsgeneeskunde, een check-up. Health Services Research (HSR). Brussel: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). 2012. D/2012/0401/12: p 46.
2. De Maeseneer, J, Aertgeerts, B, Remmen, R, Devroey, D. (red) Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel, 9 December 2014.
3. Heyrman J. Schaalvergroting, differentiatie, management en netwerking. De groei naar meer samenwerking. *Huisarts Nu* 2003; 32(1): 5-8.
4. The European Definition of General Practice/ Family Medicine. London: WONCA Europe, 2002.
5. Mola E, Eiksson T, Ortiz Bueno MJ, Gay B, Kersnick J, Miftode R et al. The European Definition of General Practice / Family Medicine, short version, 2011. Beschikbaar via: https://www.woncaeurope.org/gp-definitions.
6. Forum des Associations de Généralistes ASBL. Note d'orientation sur le mode d'organisation de la médecine générale dans les soins de santé primaires. Bruxelles, FAG, 2014. *Beschikbaar via: http://www.forumag.be/pdf/note%20orientation.pdf*
7. Schoenmakers B, De Lepeleire J, Aertgeerts B. Praktijkmanagement voor de huisarts. Leuven: Acco; 2014.
8. Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. Doktoren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard Uitgeverij; 2008. p. 126-137.
9. De Lepeleire J, Grouwels D, Humblet F, Heyrman J. Naar een interdisciplinaire eerstelijnspraktijk (IELP). Kwalitatieve exploratie in 33 Vlaamse huisartsenpraktijken. *Huisarts Nu* 2009; 38(7): 260-266
10. Grouwels D, Heyrman J, Goedhuys J. Samenwerken in tien stappen. Beschrijving van een praktisch instrument. *Huisarts Nu* 2003; 32(1): 29-34.
11. Meul I, Thijs G. Samenwerken in vijf stappen. *Huisarts Nu* 2016; 45: 71-72.
12. Hoerée T, Grouwels D, Cuypers R, Heyrman J. De huisartspraktijk herbekeken: een visiedocument. Domus Medica, project HUSAM, 2006.
13. Grouwels D, Goedhuys J. Van solo-arts naar team-arts. Samenwerking en management in duo- en groepspraktijken. *Huisarts Nu* 2001; 30(1): 22-27.
14. Decruynaere F. Zorgcommunicatie in verandering. Hoe communicatie de slagkracht van organisaties in zorg en welzijn versterkt. Leuven: Acco; 2016. p72-91.
15. Grouwels D, Heyrman J, Goedhuys J. Randvoorwaarden voor een betere samenwerking tussen huisartsen. Wat is de mening van een beroepsgroep? *Huisarts Nu* 2003; 32(1): 9-15.
16. Grouwels D, Heyrman J, Goedhuys J: De ideale context om huisartsen te doen samenwerken. Een brainstorm in dertien lokale kwaliteitskringen. *Huisarts Nu* 2003; 32(1): 16-22.
17. De Lepeleire J, Hillemans K, Van Tichelt K, Creemers M, Cuypers R. Van solohuisartsen naar huisartsen onder één dak (HOED). Een praktijkervaring. *Huisarts Nu* 2009; 38(2): 63-69.
18. Hoe een nieuwe interdisciplinaire eerstelijnspraktijk (IELP) organiseren? Het gezondheidscentrum Alpe in Herent. *Huisarts Nu* 2009; 38(7): 267-269.
19. De Bruijn JHB, Van Beek CC, Weggeman MCDP. Basics management voor medici. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000.
20. Davies HTO, Nutley SA. Developing Learning Organisations in the new NHS. *BMJ* 2000; 320: 998-1001.
21. Zakariasen KL, Zakariasen KA, Lodding D. The practice of your future. Creating a vision. *American Dental Association* 2002; 133: 213-218.
22. Philipsen H, Vernooy-Dassen M. Kwalitatief onderzoek: nuttig, onmisbaar en uitdagend. *Huisarts en wetenschap* 2004; 47(10): 454-457.
23. Bijleveld C.C.J.H. Methoden en technieken van onderzoek in de criminologie. 4de druk. Den Haag: Boom Juridisch Uitgevers; 2009.
24. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M et al. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. Beguin C, Desmedt M. Organisation of palliative care in Belgium Health Services. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE reports. 2011, 165A.
25. Verraes A, Ryssaert L, Termote L, Avonts D. Waarom verlaten jonge huisartsen het huisartsenberoep? Enquête bij afgestudeerde haio's en hun partner. *Huisarts Nu* 2014; 43(3): 123-125.

BIJLAGEN

INFORMATIEBRIEF

Informatiebrief voor het onderzoek:

'Wat is de praktijkvisie en –missie van artsen en verpleegkundigen in een multidisciplinaire groepspraktijk?'

Wat is het doel van de studie?

Succesvol samenwerken begint met het uitklaren van een visie en missie van de groep. Ondanks het bewezen belang van het opstellen van zo'n praktijkvisie en –missie zien we echter dat deze stap vaak wordt overgeslagen bij de start van een samenwerking. Vandaar het belang om deze onder de aandacht te brengen.

Via mijn masterpaper wil ik een beeld schetsen van praktijken die zo'n visie en missie hebben opgesteld. Ik wil hierbij onderzoeken hoe zij dit proces hebben ervaren. Hierbij zal worden ingegaan op de concrete organisatie, maar evengoed op de oorspronkelijke doelstellingen als de uiteindelijke gevolgen van dit proces.

Wat houdt de deelname in?

Het betreft een interview van +- 1 uur. Dit interview zal via geluidsopname worden opgenomen.

Wat als ik toestemming geef en mij later toch bedenk?

Deelname is geheel vrijwillig. Je hebt het recht om de toestemming voor deelname in te trekken zonder verdere gevolgen, of zonder hier een reden voor op te moeten geven.

Vertrouwelijkheid en gebruik van onderzoeksgegevens

De onderzoeker slaat de gegevens op met een code en de naam wordt weggelaten. In rapporten over het onderzoek wordt enkel die code gebruikt. Privacy zal zo dus worden gewaarborgd en er zal dus nooit, ook niet in publicaties, worden gerefereerd naar de deelnemers.

Wilt u verder nog iets weten?

Neem gerust contact op indien er verdere vragen zijn of indien je meer informatie wenst!

Met vriendelijke groet,

Sophie Petit
Tel: +32 4 75 62 77 04
Email: sophie.petit@student.kuleuven.be

Promotor: Jo Goedhuys

INFORMED CONSENT

Toestemmingsverklaring voor het onderzoek:

'Wat is de praktijkvisie en –missie van artsen en verpleegkundigen in een multidisciplinaire groepspraktijk?'

- Ik heb de schriftelijke informatie over bovengenoemd onderzoek gelezen en de gelegenheid gehad om vragen te stellen. Ik begrijp wat de aard en het doel van dit onderzoek is. Ik heb voldoende bedenktijd gehad.

- Ik geef uit vrije wil mijn toestemming om deel te nemen aan dit onderzoek. Ik mag mij elk moment uit het onderzoek terugtrekken zonder verdere gevolgen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

- Ik geef toestemming dat de resultaten van dit onderzoek gepubliceerd mogen worden in een erkend vaktijdschrift, mits de anonimiteit gewaarborgd blijft.

Naam; ……

E-mailadres; ……..

Datum; ……...

Handtekening,

Naam onderzoeker; ……

Handtekening onderzoeker,

VRAGENLIJST VERSIE 1

Leidraad interview – versie 1

- Wat was het initieel doel om aan dit proces te beginnen?

- Was er externe begeleiding tijdens het proces? Door wie?
- Wie is wanneer in het proces betrokken geweest (artsen, verpleegkundigen, andere disciplines)? Zijn patiënten betrokken geweest in het proces?
- Was er een vorm van individuele voorbereiding op de sessies in groep?
- Hoe vaak is er samengekomen in groep?

- Op welke moeilijkheden is men gestoten? Wat zou er volgende keer anders aangepakt kunnen worden? Welke lessen kunnen er getrokken worden uit dit proces?
- Wat zijn de positieve gevolgen van dit proces?
- Wordt de uiteindelijke visie gedragen door heel de groep?

VRAGENLIJST VERSIE 2

Leidraad interview – versie 2

1) Start
   - Wat verstaat u onder visie en missie?

2) Hoe werd de visie en missie opgesteld?
   a) Welke fasen worden doorheen dit proces doorlopen?
      - Wie heeft het initiatief genomen? Wat was de motivatie?
      - Wat is de eerste stap die jullie gezet hebben?
      - Hoe werd dit proces opgevolgd?
      - Was er een vorm van individuele voorbereiding? Zoja, dewelke?
      - Over welke tijdspanne vond dit proces plaats? Hoe frequent werd er samengekomen?
      - Was er een eindproduct? Zo ja, onder welke vorm?

   b) Welke actoren worden in dit proces betrokken?
      - Wie is er allemaal betrokken geweest?
        - *Artsen / verpleegkundigen / secretaressen / andere paramedici /patiënten*
        - *Externe coach?*

3) Betekenis / gevolgen
   - Wat betekent zo'n visie en missie voor jullie?
   - Wat is het effect van het opstellen van een visie en missie?
     - Wat is het effect op de samenwerking binnen de groep?
       - *Betere samenwerking? Meer duidelijkheid over hoe (nauw) men wil samenwerken?*
       - *Positief effect op samenhang van de groep*
   - Welke andere factoren zijn er naast visie en missie nog belangrijk voor een goede samenwerking?
       - *Bvb breder managementkader*
       - *Bvb Informele contacten*

   - Welke stappen volgden uit dit proces?
     - *Strategisch plan of huishoudelijk regelement, takenverdeling, vaste overlegstructuur…*

4) Kritische reflectie:
   - Wat zouden de valkuilen kunnen zijn van een visie(tekst)?
     - *Te algemeen*
     - *Te statisch terwijl een huisartsenpraktijk dynamisch is (en de tekst dit dus ook zou moeten zijn bijgevolg)*

5) Slot
   - Wat adviseer je andere artsen over het opstellen van een visie en missie?
   - Wat zou dit proces helpen vergemakkelijken? Wat zou ondersteuning kunnen bieden?

GOEDGEKEURD PROTOCOL

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

APPLICANTS

*Alhoewel het formulier in het Engels is, kan de aanvraag zowel in het **Nederlands** als in het **Engels** worden voorbereid. De blauwe tekstvakken die uitleg bieden bij elk onderdeel mogen verwijderd worden bij het indienen van de aanvraag. Bekijk de website voor voorbeelden en tekstsuggesties bij de verschillende onderdelen. Elke **herindiening of amendement** moet in **'track changes'** of in **highlight** worden gemaakt zodat aanpassingen duidelijk zijn.*
*This application can be prepared in **Dutch** or in **English**. The blue text boxes with explanation can be deleted when submitting the application. See the website for examples and text suggestion for the various sections. **Every resubmission or amendment** should be done in **'track changes' or in 'highlight'** in order to identify the changes.*

Protocol - full title	Wat is de praktijkvisie en –missie van artsen en verpleegkundigen in een multidisciplinaire groepspraktijk?
Version 1: Date submission	Date:1/05/2019
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promoter	Name: Goedhuys Jo
	Telephone: 0474 388 318
	E-mail: jo.goedhuys@kuleuven.be
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES x NO □	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name:
	Telephone:
	E-mail:
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	Name:
	Student number:
	Telephone:
	E-mail:
	Name:
	Student number:
	Telephone:

	E-mail:
	Name:
	Student number:
	Telephone:
	E-mail:

1. BACKGROUND AND RATIONALE

Succesvol samenwerken begint met het uitklaren van een visie en missie van de groep (1). Deze visie en missie vormen de motor van een groep en zijn een leidraad voor het nemen van beleidsbeslissingen en het aanwerven van nieuwe medewerkers. Ze creëren een bedrijfscultuur van waaruit de medewerkers handelen, hierdoor is er minder nood aan expliciete regels en ontstaat er merkidentificatie. Ze zorgen voor een interne samenhorigheid en profilering van de organisatie naar de buitenwereld toe (2).

Ondanks het bewezen belang van het opstellen van zo'n praktijkvisie en –missie wordt deze stap vaak overgeslagen bij de start van een samenwerking. Vandaar dat ik deze praktijkvisie en –missie onder de aandacht wil brengen.

2. STUDY OBJECTIVES

Om praktijkvisie – en missie onder de aandacht te brengen wil ik via mijn masterpaper beginnen met een beeld te schetsen van huidige praktijken die zo'n visie en missie hebben opgesteld.

Via interviews met de huisartsen uit deze praktijken wil in onderzoeken hoe zij dit proces ervaren hebben. Hierbij hou ik de onderwerpen bewust breed. Zo plan ik onder andere in te gaan op wat de oorspronkelijke doelstelling waren, hoe dit proces georganiseerd werd en wat de uiteindelijke gevolgen waren.

3. RESEARCH METHODE

Het betreft kwalitatief onderzoek. Ethische implicatie zijn beperkt gezien het niet gaat om een onderzoek met patiënten.

De interviews zullen plaatsvinden in semigestructureerde vorm. De vragenlijst die dient als leidraad doorheen het interview bevindt zich in bijlage.

4. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

4.1 INCLUSION AND EXCLUSION CRITERIA

Inclusiecriteria: artsen werkzaam in praktijken in Vlaanderen of Brussel die als groep een praktijkvisie en –missie hebben ontwikkeld. Solopraktijken zijn uiteraard uitgesloten, verder zijn alle praktijkvormen toegestaan.

4.2 EXPECTED DURATION

08/2018 tot en met 12/2018

4.3 RECRUITMENT

Ik zal de artsen via mail uitnodigen tot deelname. Wanneer deze personen toezeggen zal er telefonisch een moment gepland worden waarbij het interview zal plaatsvinden.

5. ANALYSIS

Describe the measures taken to avoid, or at least minimize, biases. Give the number of participants to be enrolled, together with the rationale for the sample size. Describe also methods for data analysis.

Het betreft een kwalitatief onderzoek. Het aantal huisartsen dat zal worden geïnterviewd ligt nog niet vast. Dit is afhankelijk vanaf wanneer datasaturatie bereikt wordt, vermoedelijk zal het om een tiental huisartsen gaan.

6. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

6.1 DATA STORAGE AND MANAGEMENT

Alle data zullen tijdens het project met vertrouwelijkheid behandeld worden. Alles wat de respondenten tijdens het interview vertellen, zal via geluidsopname worden opgenomen. Transcripts van de interviews zullen volledig geanonimiseerd worden. In de eigenlijke masterproef zullen enkele fragmenten van de interviews mogelijks worden geciteerd op een volledig anonieme wijze. Tijdens het onderzoek zullen de geluidsopnames en de transcripts op een beveiligde manier bewaard worden. Ik zal deze bestanden bewaren op een persoonlijke computer die beveiligd is met een paswoord. Identificerende gegevens zullen niet op dezelfde locatie bewaard worden als de datafiles. Na het afronden van de data-analyse zullen de interviewopnames, de dagboekgegevens en de persoonlijke notities worden vernietigd. Na afloop van het project zullen de bestanden met de transcripts aan de

promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden nog voor minstens vijf jaar bewaard worden

6.2 DECLARATION OF CONFIDENTIALITY AND CAREFUL MANAGEMENT OF INFORMATION AND PERSONAL DATA

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents, including personal data which is not exclusively limited to patient data (the "Information"). In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis, in particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data, requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is relevant and necessary for his / her Master's thesis;*
- *He / she will not share information with persons not directly involved within the framework of his / her research;*
- *He / she will take all necessary steps to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with care and responsibility the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' health and medical information, is subject to compliance with applicable personal data protection legislation.

7. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

8. APPROVAL

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place.

9. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the requirements published by the International Committee of Medical Journal Editors and in accordance with the requirements of the respective journal.

10. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

11. REFERENCES

1. Grouwels D, Goedhuys J. Van solo-arts naar teamarts: samenwerking en management in een duo-en groepspraktijk. Huisarts Nu 2001;30: 22-7

2. Decruynaere F. Zorgcommunicatie in verandering. Acco; 2016

12. ANNEXES

Bijlage 1. Leidraad semi-gestructureerd interview:

- Wat was het initieel doel om aan dit proces te beginnen?

- Was er externe begeleiding tijdens het proces? Door wie?
- Wie is wanneer in het proces betrokken geweest (artsen, verpleegkundigen, andere disciplines)? Zijn patiënten betrokken geweest in het proces?
- Was er een vorm van individuele voorbereiding op de sessies in groep?
- Hoe vaak is er samengekomen in groep?

- Op welke moeilijkheden is men gestoten? Wat zou er volgende keer anders aangepakt kunnen worden? Welke lessen kunnen er getrokken worden uit dit proces?
- Wat zijn de positieve gevolgen van dit proces?
- Wordt de uiteindelijke visie gedragen door heel de groep?

Bijlage 2: Toestemmingsformulier

Toestemmingsverklaring voor het onderzoek:

'Wat is de praktijkvisie en –missie van artsen en verpleegkundigen in een multidisciplinaire groepspraktijk?'

- Ik heb de schriftelijke informatie over bovengenoemd onderzoek gelezen en de gelegenheid gehad om vragen te stellen. Ik begrijp wat de aard en het doel van dit onderzoek is. Ik heb voldoende bedenktijd gehad.

- Ik geef uit vrije wil mijn toestemming om deel te nemen aan dit onderzoek. Ik mag mij elk moment uit het onderzoek terugtrekken zonder verdere gevolgen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

- Ik geef toestemming dat de resultaten van dit onderzoek gepubliceerd mogen worden in een erkend vaktijdschrift, mits de anonimiteit gewaarborgd blijft.

Naam; ……
E-mailadres; ……...
Datum; ……...
Handtekening,

Naam onderzoeker; ……
Handtekening onderzoeker,

Bijlage 3: Informatiebrief

Informatiebrief voor het onderzoek:

'Wat is de praktijkvisie en –missie van artsen en verpleegkundigen in een multidisciplinaire groepspraktijk?'

Wat is het doel van de studie?
Succesvol samenwerken begint met het uitklaren van een visie en missie van de groep. Ondanks het bewezen belang van het opstellen van zo'n praktijkvisie en –missie zien we echter dat deze stap vaak wordt overgeslagen bij de start van een samenwerking. Vandaar het belang om deze terug onder de aandacht te brengen.

Via mijn masterpaper wil ik een beeld schetsen van praktijken die zo'n visie en missie hebben opgesteld. Ik wil hierbij onderzoeken hoe zij dit proces hebben ervaren. Hierbij zal worden ingegaan op de concrete organisatie, maar evengoed op de oorspronkelijke doelstellingen als de uiteindelijke gevolgen van dit proces.

Wat houdt de deelname in?
Het betreft een interview van +- 1 uur. Dit interview zal via geluidsopname worden opgenomen.

Wat als ik toestemming geef en mij later toch bedenk?
Deelname is geheel vrijwillig. Je hebt het recht om de toestemming voor deelname in te trekken zonder verdere gevolgen, of zonder hier een reden voor op te moeten geven.

Vertrouwelijkheid en gebruik van onderzoeksgegevens
De onderzoeker slaat de gegevens op met een code en de naam wordt weggelaten. In rapporten over het onderzoek wordt enkel die code gebruikt. Privacy zal zo dus worden gewaarborgd en er zal dus nooit, ook niet in publicaties, worden gerefereerd naar de deelnemers.

Wilt u verder nog iets weten?
Neem gerust contact op indien er verdere vragen zijn of indien je meer informatie wenst!
Met vriendelijke groet,

Sophie Petit
Tel: +32 4 75 62 77 04
Email: sophie.petit@student.kuleuven.be

Onder begeleiding van promotor Jo Goedhuys

GOEDKEURING ETHISCHE COMMISSIE

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

Ons kenmerk: MP005269
Uw kenmerk: Masterproef studie: Wat is de praktijkvisie -en missie van artsen en verpleegkundigen in een multidisciplinaire groepspraktijk? **Leuven,** 28-08-2018

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Jo Goedhuys
Geachte Sophie Petit

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 28-08-2018

De Commissie keurt de aanvraag goed.
Wij vragen nog om te controleren of volgende elementen zeker opgenomen zijn in de informatiebrief:
• De informatiebrief moet de naam en contactgegevens van de promotor vermelden, zodat

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 17-08-2018 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter

Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.