De ontwikkeling van een aangepaste sociale kaart voor de regio Oostende - Bredene

Dave Vanderputte, UGent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, UGent

Co-promotor: Prof. Dr. Griet Roets, UGent

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.

Dankwoord

Hierbij zou ik graag even iedereen bedanken die mij geholpen heeft bij mijn masterthesis.

Vooreerst wens ik mijn promotor, Prof. Dr. Sara Willems, en mijn co-promotor, Prof. Griet Roets, te bedanken voor de snelle reacties en constructieve feedback. Tevens wens ik mijn praktijkopleider, Dr. Leen Terryn, en collega's, Guido, Maarten, Dries en Sofie, te bedanken voor de opleiding en voor hun steun bij het verwezenlijken van dit project. Daarnaast gaat mijn dank ook uit naar het bestuur van de Huisartsenkring Middenkust om mij deze opportuniteit te bieden.

Tot slot wens ik mijn familie nog te bedanken. In het bijzonder mijn moeder voor alle kansen die zij mij geboden heeft, mijn broer om mijn interesse te pieken en kennis te bieden binnen de ICT, dewelke mij de mogelijkheid heeft geboden om belangrijke delen van dit project tot een goed einde te brengen en mijn verloofde voor haar onvoorwaardelijke steun.

Inhoudsopgave

I. Inleiding: keuze en motivatie 1
II. Methode 2
III. De weg naar het project: FOCUS 3
1. Find a problem 3
2. Organise a meeting 3
3. Clarify problem 3
4. Understand problem: literatuurstudie 8
4.1 Doelstelling 8
4.2 Methode 8
4.2.1 Engelstalige literatuur 8
4.2.2 Nederlandstalige literatuur 9
4.3 Resultaten 11
4.3.1 Inleiding 11
4.3.2 Navigatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg 11
4.3.3 Waar het schoentje wringt: De struikelblokken bij verwijzing 12
4.3.4 Voorwaarden voor een goede sociale kaart 13
4.3.5 Evaluatie van de huidige sociale kaarten 15
4.4 Discussie: Het nut van een sociale kaart 17
4.5 Conclusie 17
5. Start PDSA 17
IV. De opzet van het project: PDSA 18
1. De planning (Plan) 18
1.1 Noden en wensen van de huisartsen 18
1.2 Het medium voor de sociale kaart 20
1.3 De gegevens van de hulpverleners 21
1.4 Communicatie en samenwerking tussen huisarts en eerstelijnshulpverlener 23
1.5 Bekendmaking website en sociale kaart 25
2. De uitvoering (Do) 25
3. De controle (Study) 29
4. De evaluatie en geplande aanpassingen (Act) 31
V. Discussie 33
1. Algemene bedenkingen en beperkingen 33
2. Communicatie 34
3. Sociale kaart 35
VI. Conclusie 36
VII. Referenties 37
VIII. Bijlagen 40

Figuren

Figuur 1: FOCUS-PDSA model 2
Figuur 2: Niveau's van evidentie 9
Figuur 3: Kwaliteitscriteria website(36) 14
Figuur 4: Gebruikte medium sociale kaarten 18
Figuur 5: Gebruikte sociale kaarten 19
Figuur 6: Tevredenheid voorheen gebruikte sociale kaart 19
Figuur 7: Gewenste functies en gegevens op een sociale kaart 20
Figuur 8: Actieve hulpverleners in Oostende en Bredene - vergelijking met Thuiszorgzakboekje 22
Figuur 9: Voorkeurscommunicatiemiddel per discipline 23
Figuur 10: Tevredenheid over communicatie met huisarts voor alle hulpverleners 24
Figuur 11: Startpagina van de website van HAK Middenkust 25
Figuur 12: Sociale kaart HAK Middenkust met slimme zoekfunctie 26
Figuur 13: Lijstweergave hulpverleners 27
Figuur 14: Demonstratie lokatiezoeker 28
Figuur 15: Demonstratie smartphone-functionaliteit ('*responsiveness*') 29
Figuur 16: Tevredenheid sociale kaart HAK Middenkust 30
Figuur 17: Aantal bezoeken sociale kaart HAK Middenkust 31

Tabellen

Tabel 1: Zoektermen internationale literatuur 8
Tabel 2: In- exclusiecriteria voor artikels 9
Tabel 3: Beoordeling huidige sociale kaarten op kwaliteitscriteria sociaal werk (inhoud) 15
Tabel 4: Beoordeling huidige sociale kaarten op kwaliteitscriteria website (medium) 16
Tabel 5: Mann-Whitney U test tussen voorheen gebruikte sociale kaart en HAK Middenkust 30

Bijlagen

Bijlage 1: Flowchart verwijzing 40
Bijlage 2: Visgraatmodel moeilijke verwijzing 41
Bijlage 3: Zoekstrategie internationale literatuur 42
Bijlage 4: Zoekstrategie Nederlandstalige literatuur 43
Bijlage 5: Vragenlijst 1 - Huisartsen 44
Bijlage 6: vragenlijst hulpverleners in twee delen 46
Bijlage 7: Geschrapte hulpverleners en bijhorende redenen 48
Bijlage 8: Antwoord op 'Ik communiceer het meeste met de huisarts' 49
Bijlage 9: Antwoord op 'Ik ontvang een verslag met duidelijk omschreven probleem' 49
Bijlage 10: Antwoord op 'Ik stuur meestal een eindverslag terug' 49
Bijlage 11: Antwoord op 'Contactgegevens van de huisarts zijn snel toegankelijk' 50
Bijlage 12: Antwoord op 'De verwezen patiënt valt binnen mijn expertise' 50
Bijlage 13: Globale tevredenheid over communicatie met de huisarts 50
Bijlage 14: Tweede vragenlijst huisartsen 51
Bijlage 15: Goedgekeurd protocol masterproef 52
Bijlage 16: Goedkeuring Commissie voor Medische Ethiek 54

I. Inleiding: keuze en motivatie

De aanleiding van dit project, het ontwikkelen van een specifieke sociale kaart voor de regio waarin mijn opleidingspraktijk werkzaam is, kwam tijdens een gesprek met mijn praktijkopleider. We bespraken de moeilijkheden om een patiënt gericht door te verwijzen naar de voor hem/haar meest gepaste hulpverlener. Hoe meer we dit bespraken, hoe meer problemen boven water kwamen betreffende de doorverwijzing naar andere eerstelijnshulpverleners.

Er is veel informatie beschikbaar maar deze is wijd verspreid over het internet. Zo zijn er bv. een aantal (online) sociale kaarten beschikbaar maar deze schieten vaak te kort wat betreft de opgenomen disciplines en de beschikbaarheid van concrete informatie. Zo toont bijvoorbeeld de sociale kaart van LMN enkel de hulpverleners binnen de zorgtrajecten. De sociale kaart van het thuiszorgzakboekje bevat dan vaak weer enkel de adresgegevens en geen specialisaties. Zo is het bv. onduidelijk naar welke kinesist je moet doorverwijzen voor bekkenbodemkinesitherapie, of welke kinesist huisbezoeken doet.

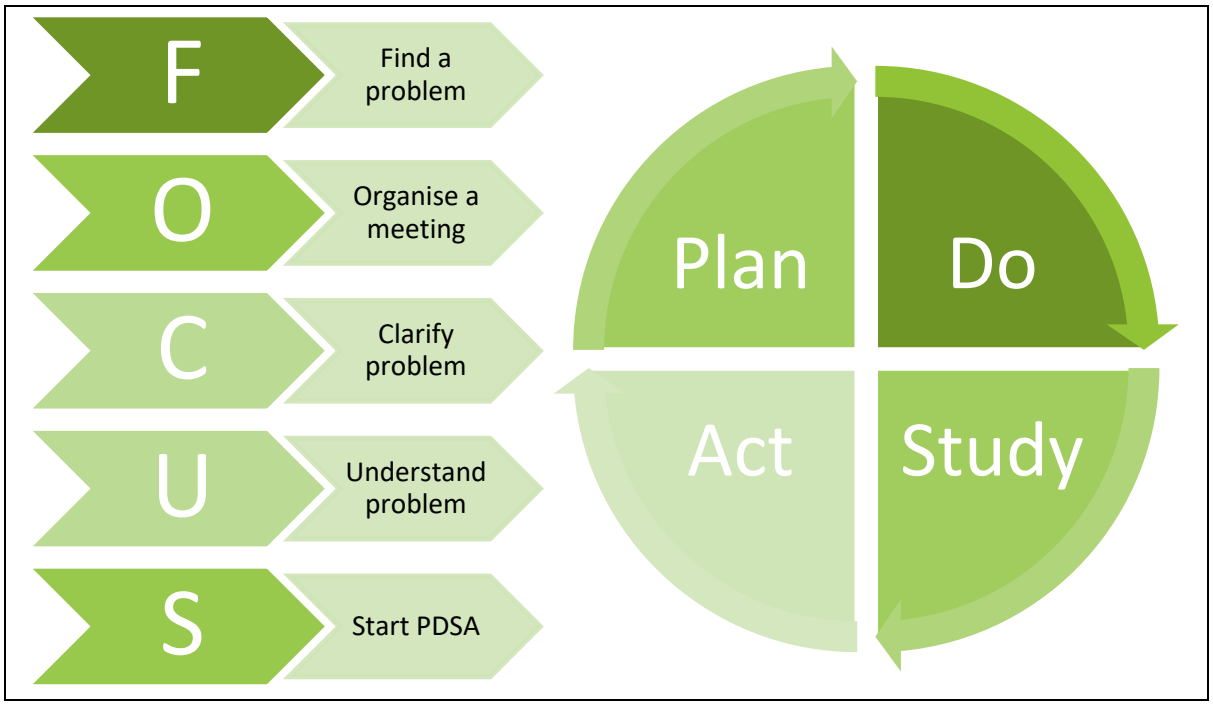
Het opzoeken van verwijsinformatie in de beschikbare sociale kaarten is ook vaak tijdrovend en omslachtig. Soms komt er veel klikwerk aan te pas om een hulpverlener te vinden, waarbij indien er gemist wordt, de procedure herstart moet worden.

We ervaarden de nood aan een nieuwe sociale kaart met (1) alle relevante informatie voor (2) een brede groep van hulpverleners, die (3) handig in gebruik is. Gezien IT-kennis behoort tot mijn sterktes, zagen we onmiddellijk de mogelijkheid tot het ontwikkelen van een nieuwe online sociale kaart voor de regio Oostende-Bredene. Toen dit idee ook op de steun van de Kring kon rekenen, vormde de ontwikkeling van deze nieuwe tool het doel van mijn ManaMa-thesis.

II. Methode

Voor het project wordt gebruik gemaakt van het FOCUS-PDSA model. FOCUS is een vijfstappenplan, waarbij elke letter een stap aanduidt (zie Figuur 1: FOCUS-PDSA model): Zo wordt allereerst een onderwerp (probleem) gekozen, nl. de moeilijke doorverwijzing binnen eerste in lijn in onze regio *(III.1 Find a problem)*. Vervolgens wordt samen gezeten met de relevante betrokken partijen *(III.2 Organise a meeting)*. Nadien wordt het probleem verder uitgeklaard *(III.3 Clarify problem)*. Aansluitend gebeurt een literatuurstudie om het probleem beter in kaart te brengen *(III.4 Understand problem).* Tot slot kan het eigenlijke project van start gaan *(III.5 Start PDSA)*.

PDSA is een cyclisch vierstappenplan dat de basis vormt voor een kwaliteitsverbeterend project binnen de gezondheidszorg.(1) Opnieuw duidt elke letter een stap aan. Hier wordt eerst een plan opgesteld om het project te starten *(IV.1 Plan)*, vervolgens wordt dit plan uitgevoerd *(IV.2 Do)*. Nadien wordt een controle uitgevoerd ter evaluatie en identificatie van nieuwe problemen *(IV.3 Study)*. Ten slotte wordt ingegaan op de nieuwe problemen *(IV.4 Act)*. Na deze vier stappen start de cyclus opnieuw.



Figuur 1: FOCUS-PDSA model

III.De weg naar het project: FOCUS

1. Find a problem

De keuze van het onderwerp, nl. het ontwikkelen van een specifieke sociale kaart voor de regio waarin mijn opleidingspraktijk werkzaam is, kwam na een gesprek met mijn praktijkopleider. We bespraken de moeilijkheden om een patiënt gericht door te verwijzen naar de meest gepaste hulpverlener. Dit is zeker het geval voor de kwetsbare groepen; niet enkel gepaste zorg is hier belangrijk, maar ook betaalbare zorg. Naarmate het gesprek vorderde, was het duidelijk dat er heel wat problemen zijn bij de doorverwijzing naar andere eerstelijnshulpverleners. Onmiddellijk werd hierbij beslist dat dit onderwerp een meerwaarde zou kunnen zijn voor niet alleen de opleidingspraktijk, maar ook voor de lokale huisartsenkring.

2. Organise a meeting

Om een meeting te organiseren, moesten eerst alle relevante betrokken partijen gezocht worden. Omdat de moeilijkheden bij doorverwijzing naar eerstelijnshulpverleners voor de hele regio van toepassing waren, behoorden alle huisartsen van de regio ook tot de betrokken partijen. Na de eerste 'meeting' met de praktijkopleider en de andere collega's van de praktijk, werd nadien samen gezeten met het bestuur van de lokale huisartsenkring.

3. Clarify problem

Bij de eerste meeting werd het probleem verder uitgeklaard. Een flowchart en een visgraatmodel van het probleem werden opgesteld.

Allereerst werd een flowchart (zie Bijlage 1: Flowchart verwijzing) opgesteld. Hierin bleken twee belangrijke stappen bij doorverwijzingen problematisch: Enerzijds het identificeren van een hulpverlener, hetzij via een gekende hulpverlener bij de patiënt of doorverwijzer hetzij via opzoeking. Anderzijds is de evaluatie van de gekozen zorgverlener problematisch wegens gebrek aan informatie.

Vervolgens werd een visgraatmodel (zie Bijlage 2: Visgraatmodel moeilijke verwijzing) gemaakt. Een visgraatmodel bevat gewoonlijk vier grote factoren die bijdragen aan het probleem, nl. 'Mens', 'Middelen', 'Organisatie' en 'Externe factoren'. Elk van deze factoren groepeert een aantal specifieke oorzaken. Een dergelijk model laat toe om een duidelijk beeld van het probleem te schetsen. Vanaf de volgende pagina volgt de verduidelijking bij het visgraatmodel.

Mens

- Arts of patiënt kent geen hulpverlener:

  Soms kent zowel de arts als patiënt geen gepaste hulpverlener om naartoe door te verwijzen. In dit geval moet dit opgezocht worden en dit kost tijd.

  Mogelijke oplossing: Gebruiksvriendelijke sociale kaart die snelle opzoeking toelaat.

- Weinig of slechte communicatie tussen arts en hulpverlener:

  Slechte communicatie kan ertoe leiden dat het probleem waarvoor verwezen werd, niet volledig of incorrect aangepakt wordt door bv. het ontbreken van een verwijsbrief.

  Mogelijke oplossing: Nieuwe communicatiemiddelen, zoals het eHealth-platform.

- Onvoldoende kennis over (gebruik van) sociale kaart:

  Moeilijkheden bij het gebruik van een sociale kaart zorgt ervoor dat niet altijd de juiste hulpverlener teruggevonden wordt of dat er tijd verloren wordt. Idem voor het gebrek aan kennis van de sociale kaarten en de mogelijke dienstverleningen .

  Mogelijke oplossing: Gebruiksvriendelijke sociale kaart die snelle opzoeking toelaat.

- Patiënt begrijpt diagnose niet of moeilijke communicatie (begrijpbaarheid)

  Als de patiënt onvoldoende kennis heeft over zijn aandoening, door bv. moeilijke communicatie, dan zal hij of zij het nut van een doorverwijzing niet inzien.

- Tijdsgebrek om te zoeken

  Indien geen gepaste hulpverlener gekend is, zal iemand opgezocht moeten worden. In onze regio is er een gebrek aan huisartsen, waardoor de werkdruk hoog ligt. Tijdsgebrek is zeer frequent en opzoeken van een hulpverlener kost vaak ook tijd.

  Mogelijke oplossing: Gebruiksvriendelijke sociale kaart die snelle opzoeking toelaat.

Middelen

- Gebruiksvriendelijkheid sociale kaart

  De huidige sociale kaarten laten niet altijd toe om snel een hulpverlener terug te vinden. Zo zijn niet alle kaarten uitgerust met een kaart of is het opzoeken omslachtig, bv. op het SEL thuiszorgzakboekje moet meerdere malen geklikt worden om tot een lijst van hulpverleners te komen, waarbij deze niet weergegeven zijn op een kaart. Bijgevolg moeten de hulpverleners één voor één opgezocht worden op een kaart om de exacte locatie te kennen.

  Mogelijke oplossing: Een interactieve kaart die het lokaliseren makkelijker maakt. Slimme zoekfuncties kunnen het opzoeken vereenvoudigen.

- Slechte communicatiemiddelen

  Communicatie tussen hulpverleners verloopt soms stroef door het gebrek aan goede communicatiemiddelen: niet iedereen is ten alle tijden bereikbaar via telefoon. E-mail is dan weer onvoldoende beveiligd en verwijzing per brief is verouderd in tijden van digitalisering.

  Mogelijke oplossing: Nieuwe communicatiemiddelen, zoals het eHealth-platform zijn veel belovend. Briefwisseling via deze weg wordt ook automatisch gearchiveerd in het dossier van de patiënt.

- Te weinig gegevens: geen subdisciplines (bruikbaarheid)

  Niet iedere sociale kaart toont alle gegevens van de hulpverleners. Bekkenbodemkinesitherapie is bv. niet eenvoudig om te vinden via de beschikbare sociale kaarten.

  Mogelijke oplossing: uitbreiding van de gegevens op de sociale kaarten.

- Geen correcte of verouderde informatie

  Gebrek aan actuele informatie kan verwijzingen bemoeilijken: contactgegevens kunnen veranderd zijn, de hulpverlener is niet meer actief.

Organisatie

- Beschikbaarheid gegevens: online of in boekje

  Het medium waarop de gegevens staan is belangrijk. Een sociale kaart in een boekje is nuttig op huisbezoek, maar het is moeilijk om de gegevens actueel te houden. Een website is ook nuttig op huisbezoek, maar gebruik op een smartphone is niet altijd evident.

  Mogelijke oplossing: Een website is een goede keuze als medium, maar moet compatibel zijn op de smartphone.

- Gegevens niet up-to-date

  Gegevens actueel houden vraagt veel tijd en middelen.

- Gevoelige gegevens en beveiliging

  Gegevens zoals kostprijs of toepassing van derdebetalersregeling kunnen nuttig zijn bij doorverwijzingen. Dit ligt echter gevoelig, niet iedere hulpverlener wenst dit vrij te geven aan het grote publiek.

  Mogelijke oplossing: Deze gegevens enkel op een beschermde wijze te laten zien aan de doorverwijzende huisarts en niet aan de patiënt. Zo kan de huisarts wel een hulpverlener voorstellen aan de patiënt die voor hem/haar betaalbaar is.

Externe factoren

- Participatie aan sociale kaart door hulpverleners

  Niet elke hulpverlener wenst zijn gegevens te onderhouden op elke sociale kaart. Hierdoor zijn niet alle sociale kaarten volledig.

- Kosten voor de patiënt (betaalbaarheid)

  Zorgverlening moet betaalbaar blijven voor de patiënt; kennis van de kostprijs of mogelijkheid tot derdebetalersregeling kan de drempel verlagen tot doorverwijzing.

  Mogelijke oplossing: Een sociale kaart die de prijs voor de zorgverlening weergeeft.

- Correcte hulpverlener niet in deze regio? (beschikbaarheid)

  Soms is er geen enkel geschikte hulpverlener aanwezig in de regio, bv. tabakologen zijn schaars verdeeld over Vlaanderen. Als er slechts een paar hulpverleners van een bepaalde discipline in de regio aanwezig zijn, is de kennis ervan vaak beperkt. Beperkte kennis leidt tot weinig doorverwijzingen.

  Mogelijke oplossing: Een sociale kaart die zoveel mogelijk hulpverleners en disciplines weergeeft.

- Lange wachttijd (beschikbaarheid): vraag en aanbod

  Voor sommige hulpverleners is er een relatief lange wachttijd. Dit is het geval bij bv. psychologen.

- Locatie van de hulpverlener (bereikbaarheid)

  De locatie van de hulpverlener is van belang voor patiënten die moeilijkheden ondervinden om zich te verplaatsen. Sommigen zijn afhankelijk van het openbaar vervoer, anderen kunnen maar een korte afstand stappen.

  Mogelijke oplossing: een sociale kaart die toont waar hulpverleners zich bevinden op een kaart en wie huisbezoeken doet. Een routeplanner met koppeling aan het openbaar vervoer kan een meerwaarde zijn.

4. Understand problem: literatuurstudie

4.1 Doelstelling

Een oriënterende literatuurstudie werd vervolgens uitgevoerd om meer zicht te krijgen op het probleem. Deze studie bestond uit vier delen: ten eerste het belang van doorverwijzen en de rol van de huisarts daarbij definiëren, ten tweede de struikelblokken bij deze verwijzing identificeren en ten derde voorwaarden voor een goede sociale kaart opstellen. Ten slotte gebeurde een evaluatie van de huidig beschikbare sociale kaarten.

4.2 Methode

In dit werk werd geopteerd om naast de internationale, Engelstalige literatuur ook de Nederlandstalige literatuur te exploreren. Dit naar de verwachting dat bij de internationale literatuur weinig informatie te vinden zou zijn rond het aanpakken van de problematiek bij doorverwijzen van patiënten in de Vlaamse context.

4.2.1 Engelstalige literatuur

Om relevante Engelstalige literatuur te vinden werden 3 grote elektronische databases doorzocht: ISI Web of Science, PubMed en Cochrane Library. (Zie Bijlage 3: Zoekstrategie internationale literatuur).

Tabel 1 toont de gebruikte zoektermen. Er werden geen voorafgaande in- en exclusiecriteria aangebracht in de query, behalve bij de Cochrane Library; “Economic Evaluations” werden reeds verwijderd uit het totale aantal resultaten, omdat deze niet van belang zijn in deze studie. Zoveel mogelijk MeSH-termen werden gebruikt bij PubMed.

Tabel 1: Zoektermen internationale literatuur

Database	Query	Aantal resultaten
ISI Web of Science	“Family Physician” AND (“Referral” OR “Referral pattern” OR “Outpatient”)	462
	“Primary Care” AND (“Family Physician” OR “Social work” OR “Social problems” OR “Complementary medicine”) AND (“Referral” OR “Referral pattern” OR “Outpatient”)	
	“Family Physician” AND (“Social work” OR “Social problems” OR “Complementary medicine”)	
PubMed	“Physicians, Family”[Mesh] AND “Referral and Consultation”[Mesh]	2535
	“Primary Health Care”[Mesh] AND (“Physicians, Family”[Mesh] OR “Complementary medicine”[Mesh] OR “Social Work”[Mesh] OR “Social Problems”[Mesh]) AND (“Practice Patterns, Physicians”[Mesh] OR “Referral” OR "Gatekeeping"[Mesh] OR “Outpatients”[Mesh])	
Cochrane Library	“complementary medicine” AND “referral”	139*
	“social work” AND “referral”	
	"primary care" AND "social work"	
	"primary care"AND “complementary medicine”	

*Resultaten werden reeds gefilterd op basis van soort onderzoek: “Economic evaluations” werden geëxcludeerd. Dit resulteerde in 139 artikels.

Het doorlopen van de 3 databases leverde een totaal van 3156 artikels op. Deze werden gegroepeerd in een *"citation manager"* om vervolgens alle duplicaten binnen de zoekresultaten te verwijderen. Dit resulteerde in een resterend totaal van 2851 artikels.

De resterende artikels werden nadien gescreend via de titel op mogelijke geschiktheid. Tabel 2 toont de redenen om artikels al dan niet te weerhouden. Deze criteria zijn ook van toepassing voor de verdere evaluatie op geschiktheid van de inhoud van de zoekresultaten.

Tabel 2: In- exclusiecriteria voor artikels

Exclusie	Inclusie
❖ Therapieën. ❖ Organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in derde wereldlanden. ❖ Economische evaluaties van doorverwijzingen. ❖ Evaluatie van toenemende doorverwijzingen naar tweede lijn. ❖ Specifieke ziektebeelden. ❖ Doorverwijzingen binnen tweede lijn.	❖ Evaluatie van communicatie tussen hulpverleners bij verwijzing. ❖ De rol van de huisarts in het doorverwijzen ❖ Problemen en oplossingen voor meer gerichte of vlotte doorverwijzing. ❖ Visie patiënt t.o.v. de huisarts binnen de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Na de eerste screeningsronde resteerden nog 317 artikels die verder geëvalueerd werden via het abstract. Dezelfde in- en exclusiecriteria werden gehanteerd. Artikels die geen abstract beschikbaar hadden, werden weerhouden voor de volgende ronde. Na deze selectie resteerden nog 135 artikels. Op basis van een screening van de full-text werden 88 artikels verwijderd wegens irrelevant. 32 werden niet weerhouden wegens geen beschikbare full-text. Dit leidde tot 15 relevante artikels. Via de referenties van deze resterende artikels werden nog 5 artikels gevonden die in aanmerking kwamen voor de literatuurstudie. In totaal werden 20 artikels weerhouden voor synthese.

4.2.2 Nederlandstalige literatuur

Binnen de Nederlandstalige literatuur werd het watervalprincipe gehanteerd om relevante teksten te vinden, nl. het zoeken naar informatie volgens de niveaus van evidentie (zie Figuur 2: Niveau's van evidentie). Het hoogste niveau van evidentie zijn de richtlijnen, deze worden eerst doorzocht. Hoe hoger de graad van evidentie, hoe groter de kwaliteit van gegevens, maar hoe minder bronnen er doorgaans beschikbaar zijn.



Figuur 2: Niveau's van evidentie

Allereerst werd de CDLH-database nagekeken via de website van *ebpracticenet*. Nadien werd *Minerva* raadgepleegd. Vervolgens werd overgegaan naar de Nederlandstalige wetenschappelijke tijdschriften. Geconsulteerde tijdschriften waren Medisfeer, Huisarts Nu (Domus Medica), Tijdschrift voor Geneeskunde, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Huisarts en Wetenschap, Medisch Contact,

Tijdschrift voor Welzijnswerk en Zorgwijze. Al deze tijdschriften hadden een eigen elektronische database met hun gepubliceerde artikels. Ten slotte werd nog gezocht via Google naar relevante literatuur (zie Bijlage 4: Zoekstrategie Nederlandstalige literatuur).

Als zoekterm werd gezocht naar “sociale kaart” of “verwijzing”. Deze laatste werd gebruikt in de meer puur wetenschappelijke tijdschriften, omdat de zoekterm “sociale kaart” daar weinig resultaten oplevert. De artikels in deze tijdschriften gaan meer over medische diagnostiek en behandeling. Met de zoekterm “verwijzing” werd gezocht naar studies over problemen bij verwijzingen, naar analogie van het zoeken in de Engelstalige, internationale literatuur. Bij deze zoektocht konden 6 artikels weerhouden worden.

De volgende stap was in Google zoeken naar informatie over het ontwikkelen van een sociale kaart. Er werd op 3 verschillende query’s gezocht naar informatie. Hier werden uiteraard zeer veel zoekresultaten gevonden, waarbij slechts de eerste 5 pagina’s werden overlopen. Bij Google wordt namelijk op relevantie gesorteerd. Bronnen waarnaar het meeste verwezen wordt en die de meest relevante inhoud bevatten, worden bovenaan geplaatst. Uiteindelijk konden op deze wijze 6 relevante teksten geselecteerd worden.

Als toevoeging werd door de co-promotor nog een artikel aangebracht met betrekking tot de beoordeling van kwaliteit van zorgverlening binnen het sociaal werk.(2)

4.3 Resultaten

4.3.1 Inleiding

De literatuurstudie beschrijft 4 delen. Om te beginnen wordt het belang van doorverwijzen en de rol van de huisarts daarbinnen gedefinieerd. Nadien volgt de identificatie van de struikelblokken bij deze verwijzing. Aansluitend komen de voorwaarden om een goede sociale kaart op te stellen aan bod. Ten slotte gebeurt een evaluatie van de huidig beschikbare sociale kaarten aan de hand van de laatst genoemde voorwaarden.

4.3.2 Navigatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg

4.3.2.1 Het belang van verwijzen en de rol van de huisarts daarbij

Doorverwijzing naar andere hulpverleners is noodzakelijk om een goede totaalzorg te kunnen aanbieden. Het gamma aan diensten en hulpverlening is ondertussen dermate groot dat niet één persoon dit allemaal kan verschaffen. Patiënten verwachten hierbij niet dat de huisarts al hun problemen oplost, maar verwachten eerder een multidisciplinaire aanpak.(3-5). Deze interdisciplinaire samenwerking in een sterke eerste lijn levert betere en meer rechtvaardige zorg.(6-8)

Het brede landschap van zorg en welzijn binnen de eerstelijnsgezondheidszorg ervaren patiënten echter vaak als gefragmenteerd en moeilijk toegankelijk. Ze zien de huisarts dan ook als navigator of coördinator binnen deze eerste lijn;(4, 9) een belangrijke rol die de arts-patiëntrelatie versterkt.(9) De functie van huisarts is dus spontaan geëvolueerd naar een centrale spilfiguur binnen verschillende Europese landen.(7, 10)

4.3.2.2 De verwachtingen van de patiënt

Patiënten verwachten dat hun huisarts over een uitgebreid netwerk van zowel (para)medische als sociale diensten beschikt en hen daarin begeleidt.(4) Naast de klassieke, medische klachten vertonen patiënten vaak ook sociale problemen.(11) Hierbij consulteren ze helaas enkel de huisarts wanneer er een goede arts-patiëntrelatie aanwezig is.(4, 12). Ze denken dat een verwijzing van de huisarts meer autoriteit draagt en tot een snellere hulpverlening kan leiden.(4)

Een voorbeeld hiervan werd gezien in een studie bij vrouwen die het slachtoffer waren van huiselijk geweld: Vrouwen meldden zich niet aan bij de desbetreffende welzijnsdiensten, maar gingen eerder de huisarts consulteren. Wanneer het onderwerp van huiselijk geweld aan bod kwam, was er een zekere verwachting van de patiënt dat de huisarts hen doorverwijst en motiveert tot die verwijzing, in plaats van het probleem zelf aan te pakken.(13)

Zoals eerder vermeld, ervaren patiënten de eerstelijnsgezondheidszorg vaak als gefragmenteerd en moeilijk toegankelijk. Dit geldt ook voor de huisartsen; ze voelen zich vaak gelimiteerd in hun verwijsopties, ten gevolge van een beperkte en weinig actuele kennis over de lokale diensten.(11) Dit zou geen onmogelijke opdracht mogen zijn met de toenemende technologische veranderingen en de beschikbare middelen [sic, 2007] zoals internet en elektronische databanken.(11) Technologie is enerzijds een oplossing voor het gebrek aan kennis, maar brengt anderzijds ook specifieke, bijkomende problemen met zich mee. Bijgevolg zijn de problemen bij verwijzing op te splitsen in persoonlijke factoren en technologische factoren.

4.3.3 Waar het schoentje wringt: De struikelblokken bij verwijzing

4.3.3.1 Persoonlijke factoren: kennis van aanbod en communicatie

Zowel de Engelstalige als Nederlandstalige literatuur rond problemen bij doorverwijzing is beperkt. Twee grote persoonsgebonden factoren keren meermaals terug. Ten eerste is er een beperkte kennis van het aanbod van zorgverlening.(14) In België is dit bv. het geval bij tabakologen en in de organisatie van de chronische zorg.(15-17) Artsen verwijzen immers meer naar hulpverleners die ze kennen.(18) Ten tweede is de communicatie tussen hulpverleners vaak beperkt.(16, 17, 19-22)

Dergelijke gebrekkige interdisciplinaire communicatie leidt tot een beperktere toegang naar de betrokken hulpverleners vanuit de huisartsenpraktijk.(16, 17, 19-22) In het buitenland blijkt dat de communicatie voornamelijk stroef verloopt bij het terugkeren na de verwijzing met bv. ontbreken van een verslag.(23, 24) Voor artsen weegt de kwaliteit van de onderlinge communicatie helaas ook het minst zwaar door bij de keuze van een hulpverlener waarnaar verwezen wordt.(18) Betere communicatie tussen eerstelijnshulpverleners leidt immers tot betere zorgverlening en grotere tevredenheid bij zowel arts als patiënt.(3, 24-26)

Zowel de kennis van aanbod en de communicatie zouden kunnen bevorderd worden met de huidige technologische evolutie. Helaas komen deze veranderingen er ook niet zonder problemen.

4.3.3.2 *Technologische factoren: ICT-kennis en beperkingen*

In België wordt er momenteel druk gewerkt aan een degelijk systeem om de communicatie te bevorderen: de eHealthBox.(27) Op heden is deze nog niet toegankelijk voor paramedici, maar het is wel de bedoeling dat zij in de toekomst hiertoe ook toegang verkrijgen. Samen met de integratie in het medisch programma zou dit een grote stap vooruit zijn voor de efficiënte communicatie tussen eerstelijnshulpverleners. Een uitbreiding naar de sociale dienstverlening zal waarschijnlijk niet mogelijk zijn wegens het beroepsgeheim op gezondheidsgegevens. Bovendien is het huidige systeem van eHealth soms nog onstabiel; connectie met het systeem valt soms weg. Het is veelbelovende oplossing die echter verder moet uitgroeien.

Zoals aangehaald zijn technologische veranderingen nooit zonder problemen. Een beperktere ICT-kennis voorkomt immers dat de nieuwe ontwikkelingen op volledige capaciteit gebruikt kunnen worden.(16, 28) Gelukkig verdwijnen vele andere problemen gebonden aan technologie naarmate de evolutie vordert. Zo beschreef een artikel in Medisch Contact in 2005 een aantal struikelblokken bij het gebruik van een sociale kaart.(29)

Ten eerste was er het probleem van het medium: nog niet alle artsen hadden toegang tot het internet dus werd geopteerd voor een CD-rom; wat vandaag de dag achterhaald is. Ten tweede was er het tijdsgebrek; installatie en gebruik waren omslachtig en tijdrovend: gebruiksvriendelijkheid en efficiëntie zijn belangrijk. Vervolgens was de informatie niet enkel beperkt, maar ook onoverzichtelijk. Ten slotte rapporteerden ze nog zoekproblemen; de gebruikers zochten op verkeerde termen, bv. eetproblemen in plaats van eetstoornissen.

4.3.4 Voorwaarden voor een goede sociale kaart

Een sociale kaart bestaat uit twee grote delen: de inhoud en het medium. Bij het creëren van de sociale kaart zullen voor beiden afzonderlijke kwaliteitscriteria noodzakelijk zijn.

De inhoud omvat uiteraard alle hulpverleners en dienstverleningen binnen de regio. Uit het sociaal werk zijn kwaliteitscriteria voor goede hulpverlening al vooropgesteld. Deze worden verder toegelicht onder 'Kwaliteitscriteria voor de inhoud: het sociaal werk'.

Het medium is het systeem waarop de inhoud gepubliceerd wordt. Met de toenemende digitalisering en alom beschikbare mobiele data geniet een online medium zoals een website de voorkeur bovenop een papieren medium. Een online medium heeft het voordeel dat het overal en altijd beschikbaar is en makkelijker actueel te houden is. Dit wordt verder besproken onder 'Kwaliteitscriteria voor het medium: de ICT'.

4.3.4.1 Kwaliteitscriteria voor de inhoud: het sociaal werk

In het domein van zorgverlening zijn er 5 pijlers waarop een goede hulpverlening rust: de 5 B's: *Beschikbaarheid, bereikbaarheid, betaalbaarheid, begrijpbaarheid* en *bruikbaarheid*.(2)

Beschikbaarheid betekent dat er een aanbod van hulp is, dat de gepaste hulp aanwezig is in de desbetreffende regio.
Bereikbaarheid heeft betrekking op de mobiliteit; de hulpverlening moet vlot bereikbaar zijn. *Betaalbaarheid* spreekt voor zich; de zorg of hulp moet betaalbaar blijven voor de betrokkene. *Begrijpbaarheid* slaat niet enkel op een verstaanbare taal tussen betrokkene en hulpverlener, maar ook dat de betrokkene begrijpt wat het probleem is. Zonder begrip over het eigen probleem zal vooropgestelde plan moeilijker aanvaard worden.
Bruikbaarheid slaat op het feit dat de betrokkene nut heeft van de aangeboden hulp; deze laatste moet overeenstemmen met het probleem. Idealiter draagt een sociale kaart bij tot al deze kwaliteitsdomeinen.

Beschikbaarheid: de sociale kaart moet zo veel mogelijk relevante informatie over een breed scala van hulpverleners bevatten.
Bereikbaarheid: de sociale kaart moet de gebruiker (patiënt of huisarts) in staat stellen de makkelijkst bereikbare hulpverlener snel te lokaliseren. Meer nog, een route beschrijving of informatie over openbaar vervoer zou de bereikbaarheid kunnen bevorderen.
Betaalbaarheid: de sociale kaart zou de gebruiker moeten informeren over de kostprijs van de zorg die wordt aangeboden (accreditering, conventionering, …). Echter, dit ligt gevoelig; niet alle hulpverleners laten publiekelijk weten wat de kostprijs voor een consultatie is.
Begrijpbaarheid: de sociale kaart moet begrijpbaar zijn voor de gebruiker. Concreet betreft dit niet enkel de taal, maar ook dat de patiënt weet voor welk probleem hij of zij doorverwezen werd naar de hulpverlener. Het is de taak van de huisarts om de patiënt te begeleiden binnen de eerste lijn.
Bruikbaarheid: de sociale kaart moet enerzijds een gerichte doorverwijzing toe laten voor de huisarts. De subdisciplines van de hulpverleners zijn hier van belang. Zo is het belangrijk dat een patiënt die verwezen wordt voor bekkenbodemkinesitherapie ook effectief bij een daartoe bekwame hulpverlener terecht komt. Gezien het publieke aspect van de kaart zal deze anderzijds ook vlotte aanmelding bij de correcte hulpverlener moeten toelaten.

4.3.4.2 Kwaliteitscriteria voor het medium: de ICT

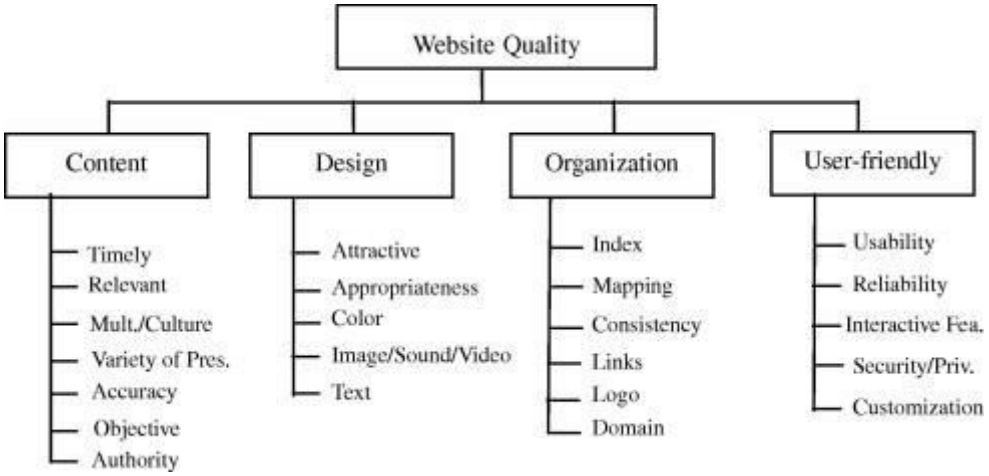
Een zoektocht via Google leverde 6 artikels of teksten op die een uitleg bieden hoe men een sociale kaart maakt. Concrete adviezen om een online sociale kaart te maken zijn niet voorhanden, de grote meerderheid van deze teksten brengt geen nuttige informatie aan het licht.(30-34). Bij de gevonden teksten behoorde een onderzoek van studenten van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, die enkele nuttige aanbevelingen biedt:(35)

- Een sociale kaart moet duidelijk zijn, gebruiksvriendelijk en aantrekkelijke presentatie hebben.
- Een visuele kaart geniet de voorkeur boven blokken tekst.
- Best wordt deze sociale kaart voorzien van een visuele kaart i.p.v. blokken tekst.
- Opsplitsing in onderdelen of categorieën maakt zoeken makkelijker, eventueel met een legende. Actuele informatie is belangrijk. Gebruikers zelf aanpassingen laten maken kan het werk verlichten, uiteraard mits goedkeuring van de beheerder.
- Promotie of bekendheid voor gebruik is ideaal. Meestal gaat dit het vlotst via mond-tot-mondreclame, maar flyers kunnen ook nuttig zijn; hier minder van belang omdat de tool in eerste instantie enkel voor de huisartsen bedoeld is.

De gehanteerde kwaliteitscriteria voor het medium zijn gefundeerd in IC.(36, 37)

Bij gezondheidszorgwebsites zijn de belangrijkste punten dat de inhoud betrouwbaar, objectief, volledig en actueel is.(37) De algemene kwaliteitscriteria voor websites heeft 4 pijlers (zie Figuur 3: Kwaliteitscriteria website(36)), nl. *inhoud*, *design*, *organisatie* en *gebruiksvriendelijkheid*.(36)

De *Inhoud* van de website moet, zoals voorheen vermeld, betrouwbaar, objectief en actueel zijn. Het *Design* van de website moet aantrekkelijk, net en bovenal niet storend voor de inhoud zijn. De *Organisatie* van de website slaat op o.a. een logische structuur van de website, correcte domeinnaam, vlotte lokalisering van functionaliteiten.
De *Gebruiksvriendelijkheid* is mogelijks hier het belangrijkste. Hieronder valt niet enkel het gebruik, maar ook beveiliging, interactiviteit en betrouwbaarheid. Deze laatste betekent voornamelijk dat de website te allen tijde beschikbaar is.



Figuur 3: Kwaliteitscriteria website(36)

4.3.5 Evaluatie van de huidige sociale kaarten

Op heden zijn drie grote sociale kaarten online beschikbaar voor de regio Oostende-Bredene: SEL Thuiszorgzakboekje(38), LMN(39), desocialekaart.be(40). Evaluatie van deze sociale kaarten aan de hand van bovenstaande kwaliteitscriteria toont dat geen enkele van deze ideaal is (zie Tabel 3 & Tabel 4). Zo vertoont het SEL Thuiszorgzakboekje de beste resultaten voor inhoud, maar scoort het slechtst voor medium. Omgekeerd heeft de kaart van LMN een zeer toegankelijk medium, maar is dan weer zeer beperkt qua inhoud.

Tabel 3: Beoordeling huidige sociale kaarten op kwaliteitscriteria sociaal werk (inhoud)

	SEL Thuiszorgzakboekje	**LMN Sociale Kaart**	**Desocialekaart.be**
Kwaliteitscriteria sociaal werk	**+/-** **Over het algemeen wel veel informatie te vinden, maar er is nog ruimte voor verbetering.**	**-** **Zeer beperkt in informatie, deze sociale kaart is enkel nuttige in bepaalde gevallen.**	**-** **Beperkt in informatie, deze sociale kaart kan niet gebruikt worden voor medische hulpverlening.**
Beschikbaarheid	**+** Heel groot aanbod aan zowel paramedici als sociale diensten	**-** Paramedici zijn beperkt, enkel de beroepen bij zorgtrajecten zijn beschikbaar.	**-** Paramedici zijn niet inbegrepen, enkel de puur sociale diensten.
Bereikbaarheid	**-** Enkel adressen zichtbaar, zonder kaart. Zeer onduidelijk waar de hulpverlener zich bevindt.	**-** Enkel adressen zichtbaar, zonder kaart. Zeer onduidelijk waar de hulpverlener zich bevindt.	**-** Enkel adressen zichtbaar, zonder kaart. Zeer onduidelijk waar de hulpverlener zich bevindt.
Betaalbaarheid	**-** Prijzen niet beschikbaar.	**-** Prijzen niet beschikbaar.	**-** Prijzen niet beschikbaar.
Begrijpbaarheid	**/** Niet van toepassing.	**/** Niet van toepassing.	**/** Niet van toepassing.
Bruikbaarheid	**+/-** Hier en daar zijn subdisciplines van hulpverleners zichtbaar.	**-** Geen informatie over subdisciplines, beperkt in aantal hulpverleners.	**-** Geen informatie over subdisciplines, beperkt in aantal hulpverleners.

Tabel 4: Beoordeling huidige sociale kaarten op kwaliteitscriteria website (medium)

	SEL Thuiszorgzakboekje	LMN Sociale Kaart	Desocialekaart.be
Kwaliteitscriteria website	**-** **Eerder ongebruiksvriendelijk: te veel stappen om ergens te raken.**	**+** **Praktische website, wel nog wat ruimte voor verbetering.**	**+/-** **Praktisch, maar toch wat onoverzichtelijk.**
Inhoud	**+/-** De inhoud kan beter, zie criteria sociaal werk.	**+/-** De inhoud kan beter, zie criteria sociaal werk.	**+/-** De inhoud kan beter, zie criteria sociaal werk.
Design	**+** Mooi design, praktisch.	**+** Mooi design, praktisch.	**+** Mooi design, praktisch.
Organisatie	**+** Goed georganiseerd, de sociale kaart kan snel gelokaliseerd worden.	**+** Goed georganiseerd, de sociale kaart kan snel gelokaliseerd worden.	**+/-** Snelle lokalisatie. De resultaten worden wel onoverzichtelijk weergegeven.
Gebruiks-vriendelijkheid	**-** Zeer veel klikwerk om bij een hulpverlener uit te komen. Indien er gemist wordt, moet je opnieuw starten. Geen slimme zoekfunctie aanwezig. Er is geen weergave op een kaart.	**+/-** Snelle lokalisatie hulpverleners, doch nog klikken om adres te verkrijgen. Geen slimme zoekfunctie aanwezig. Er is geen weergave op een kaart.	**+/-** Er kan snel gezocht worden in de website, echter geen slimme zoekfunctie aanwezig Er is geen weergave op een kaart.

4.4 Discussie: Het nut van een sociale kaart

Een goede sociale kaart geeft de eerstelijnsgezondheidszorg zo volledig mogelijk weer en is van belang voor de huisarts omwille van drie redenen die eerder aangehaald werden (zie 4.3.2). Ten eerste is de multidisciplinaire samenwerking bevorderend voor de gezondheid. Ten tweede is de huisarts gegroeid tot een centrale speler binnen de eerste lijn en bijgevolg moet die kennis hebben van alle diensten en zorgverleners in de regio. Ten slotte behoort het begeleiden binnen de eerstelijnsgezondheidszorg tot de verwachtingen van de patiënt.

De ideale sociale kaart pakt de struikelblokken bij verwijzingen aan (zie 4.3.3). Deze bevordert enerzijds de persoonlijke factoren die doorverwijzing bemoeilijken zoals kennis van aanbod door de eerste lijn volledig weer te geven. Het bevorderen van communicatie ligt dan weer moeilijker, maar het oplijsten van contactgegevens kan een stap in de goede richting zijn. Anderzijds zou een sociale kaart ook bijkomstige technologische problemen wegnemen.

Deze technologische problemen zijn met de huidige middelen makkelijker op te lossen; zo bevordert een online medium, dat overal beschikbaar is en bovendien snel bruikbaar is, de toegang tot de gegevens. Overzicht en actualisering van informatie kunnen eveneens vlotter door een goed medium te kiezen. Zoekproblemen kunnen opgelost worden met slimme zoekfuncties.

De evaluatie van de huidige sociale kaarten aan de hand van de opgestelde kwaliteitscriteria (zie respectievelijk 4.3.4 en 4.3.3) toont dat er nog ruimte voor verbetering is op verschillende vlakken. Zo heeft geen enkel van de sociale kaarten een echte kaart waarop de hulpverleners gelokaliseerd worden. Op die manier kan moeilijk gezocht worden naar een hulpverlener dicht bij de woonplaats.

4.5 Conclusie

De ideale sociale kaart bestaat op heden niet. De evaluatie van de huidige sociale kaarten toont dat er altijd wel verbeterpunten zijn. Met behulp van deze evaluatie van de sociale kaarten en rekening houdend met problemen bij doorverwijzing zal geprobeerd worden om een nieuwe sociale kaart te creëren die tegemoetkomt aan deze problemen.

5. Start PDSA

Na uitklaring van de mogelijke problemen bij doorverwijzingen en de daarbij horende oplossingen kon van start gegaan worden met het eigenlijke kwaliteitsverbeterend project: het maken van een nieuwe, uitgebreide sociale kaart voor de regio Oostende-Bredene.

IV. De opzet van het project: PDSA

1. De planning (Plan)

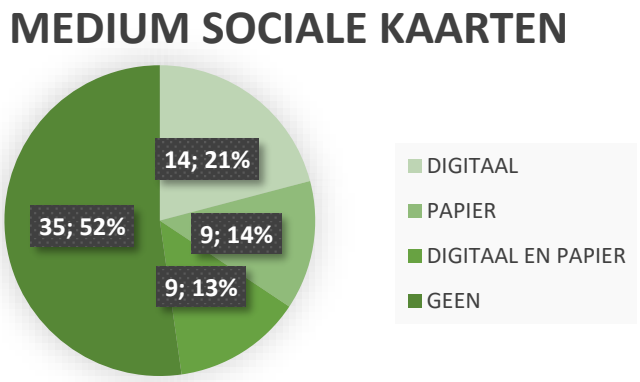
Voorafgaand aan de uitvoering van het project gebeurde een uitgebreide planning. De planning werd als volgt ingedeeld: Allereerst moesten de noden en wensen, omtrent de sociale kaart, van de huisartsen van de lokale kring geëvalueerd worden. Vervolgens moest een geschikt platform of medium gezocht worden om de sociale kaart te creëren. Nadien volgde de opzoeking van alle mogelijke hulpverleners in de regio. Aansluitend gebeurde de verzameling van de gegevens van deze hulpverleners, door middel van een vragenlijst. Dit was tevens het ideale moment om de communicatie tussen huisartsen en hulpverleners (één van de struikelblokken uit de literatuurstudie) te evalueren. Hierna begon de uitvoering: de sociale kaart opstellen.

1.1 Noden en wensen van de huisartsen

Om te beginnen werd een vergadering gepland met een meerderheid van de huisartsen van de HuisArtsenKring Middenkust (HAK Middenkust). De bedoeling van dit project was reeds duidelijk: het maken van een nieuwe, uitgebreide sociale kaart voor onze regio. De functies en modaliteiten hiervan stonden echter nog niet vast. Het doel van deze vergadering was een peiling naar de noden en wensen van de artsen rond deze nieuwe sociale kaart; dit gebeurde aan de hand van een vragenlijst (zie Bijlage 5: Vragenlijst 1 - Huisartsen).

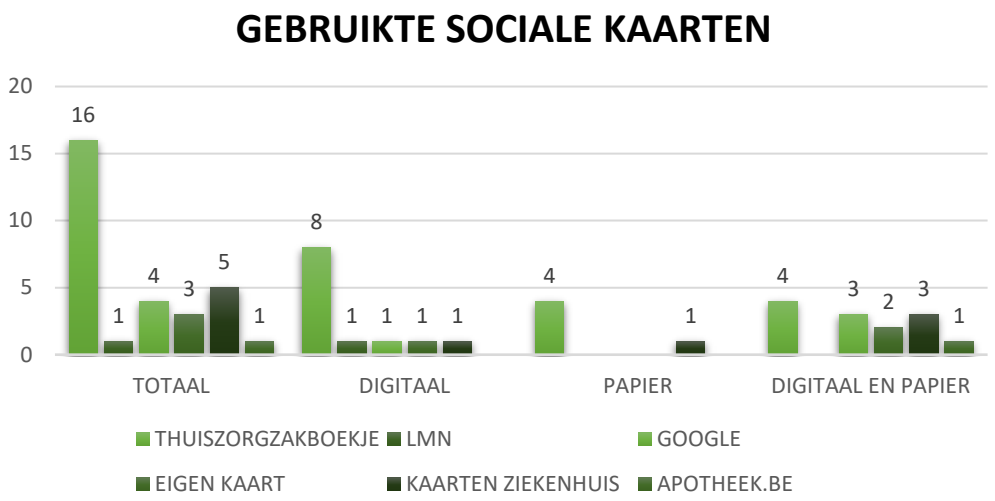
In deze vragenlijst werden nog een aantal andere zaken bevraagd, zoals: welke kaart op heden gebruikt wordt, hoe een hulpverlener voor de doorverwijzing gekozen wordt, evaluatie van de huidige sociale kaart en de communicatie met andere hulpverleners, welke vorm van communicatie de voorkeur geniet, wat opgezocht wordt buiten de sociale kaart en wat volgens hen een vooruitgang zou zijn bij de doorverwijzing of interdisciplinaire communicatie.

Uit de vragenlijst bleek dat slechts een kleine helft (48%) van de huisartsen gebruik maakt van een sociale kaart (Figuur 4: Gebruikte medium sociale kaarten). Ondanks dit beperkte gebruik van een sociale kaart, geeft toch 72% van de huisartsen aan dat ze meestal voor hun verwijzingen meestal een hulpverlener zoeken die tegemoet komt aan de noden of wensen van de patiënt en niet naar voor goed gekende hulpverleners.



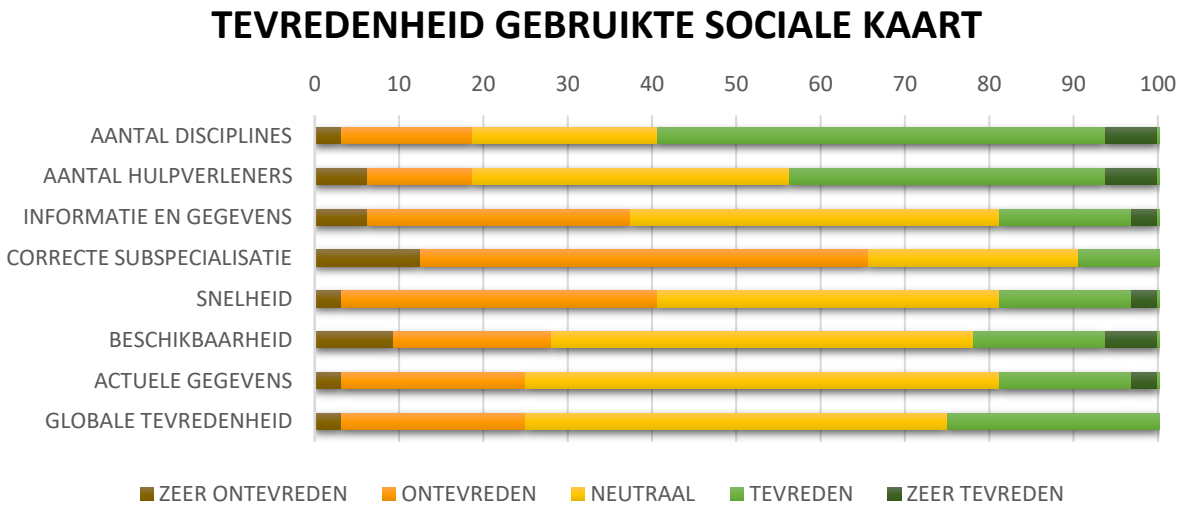
Figuur 4: Gebruikte medium sociale kaarten

Onder de huisartsen die wel een sociale kaart gebruikte, werd de voorkeur gegeven aan een digitale kaart: 21% gebruikte enkel een digitaal medium en 13% gebruikte zowel een papieren als een digitaal medium. (zie Figuur 4: Gebruikte medium sociale kaarten) De aansluitende vraag over welke sociale kaart men dan gebruikte, kreeg echter weinig respons. De veruit meest populaire kaart was het Thuiszorgzakboekje van het SEL, zowel digitaal als op papier (zie Figuur 5: Gebruikte sociale kaarten). Dit is logisch omdat het Thuiszorgzakboekje de meest volledige is voor onze regio. Een aantal geeft ook 'Google' aan, hoewel dit geen sociale kaart maar een zoekmachine is.



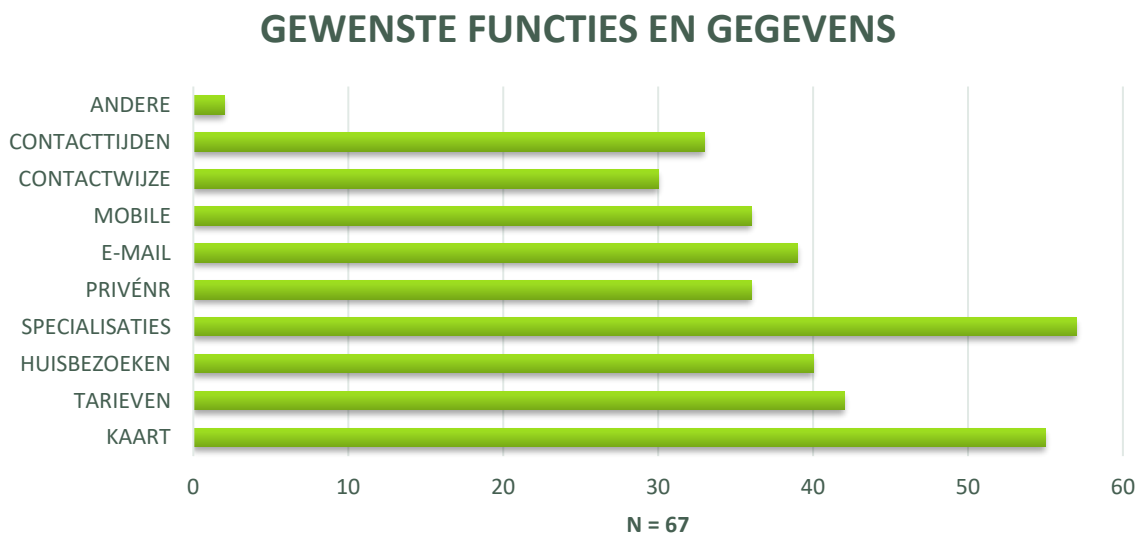
Figuur 5: Gebruikte sociale kaarten

De gebruikte sociale kaart werd door de huisartsen vervolgens geëvalueerd op een aantal punten (zie Figuur 6: Tevredenheid voorheen gebruikte sociale kaart), waarbij duidelijk bleek dat het grootste struikelblok het vinden van een correcte subspecialisatie is; 65,5% is immers hierover ontevreden. Bij het peilen naar de globale tevredenheid gaf slechts 25% van de huisartsen aan tevreden te zijn over hun kaart. Meer nog, 87% (58 van de 67 huisartsen) had nood aan of wenste een sociale kaart.



Figuur 6: Tevredenheid voorheen gebruikte sociale kaart

In de vragenlijst werd ook bevraagd welke functies of gegevens volgens hen belangrijk zijn of gewenst zijn in een goede sociale kaart. Het meest gevraagde was hier opnieuw de specialisaties van de verschillende eerstelijnshulpverleners, met daarbij aansluitend een fysieke kaart waarop de hulpverlener kan gelokaliseerd worden (zie Figuur 7: Gewenste functies en gegevens op een sociale kaart). De lokatie en specialisaties van de hulpverleners zijn namelijk de twee meest frequente zaken die nog opgezocht worden naast het gebruik van de sociale kaart. Verder werden nog 2 ‘andere” suggesties gedaan, nl. Toevoeging van de arts-specialisten en de mogelijkheid tot selecteren van hulpverleners om een eigen sociale kaart te maken.



Figuur 7: Gewenste functies en gegevens op een sociale kaart

Vervolgens werd nog gevraagd wat een vooruitgang zou zijn in de doorverwijzing naar andere hulpverleners. De huisartsen vonden hier voornamelijk dat de het gebruik van een sociale kaart efficiënter moest. Eén van de ideeën was zelfs het inbouwen van een sociale kaart in het EMD (elektronisch medisch dossier).

Tot slot ontstond op de vergadering ook de vraag om een nieuwe website vanuit de HAK Middenkust. Uit de literatuurstudie bleek dat een sociale kaart idealiter altijd beschikbaar is en bovendien ook gebruiksvriendelijk is. De keuze voor een website als medium was hier snel gemaakt. Door de afwezigheid van een bestaande website, moest er dus ook een manier gezocht worden om efficiënt een website te maken.

1.2 Het medium voor de sociale kaart

Mogelijkheden om snel een website te maken zijn: Drupal, Wordpress, Website builder … Er werd geopteerd voor Wordpress gezien de simpliciteit en dat er slechts een beperkte (of geen) voorafgaande programmeerkennis noodzakelijk is. Het is een zeer flexibel platform dat toelaat om verschillende modules (*plugins*) te installeren om bepaalde functies te verkrijgen. Deze *plugins* laten toe om de verzoeken van de huisartsen rond de sociale kaart op een simpele wijze te implementeren.

Om de sociale kaart op te stellen werden een aantal *plugins* nagekeken, waarbij uiteindelijk gekozen werd voor "WP Google Maps Pro"[1]. Deze module laat toe om merkers te plaatsen op een map van Google Maps die zichtbaar is op de eigen website. Alle hulpverleners krijgen een eigen merker op de kaart en kunnen bijgevolg snel teruggevonden worden. De keuze voor deze *plugin* heeft een aantal interessante ingebouwde functies die de gebruiksvriendelijkheid verhogen:

- Categorisering: Alle merkers (hulpverleners) kunnen een categorie toegekend krijgen, waardoor hulpverleners onderverdeeld worden per discipline. Iedere categorie krijgt een eigen symbool waardoor op de kaart snel het verschil kan gezien worden tussen de verschillende disciplines.

[1] https://www.wpgmaps.com/purchase-professional-version/

- Slimme zoekfunctie: Alle merkers zijn opgesomd in een tabel onder de kaart. Deze tabel bevat een slimme zoekfunctie waardoor op kleine stukken tekst gezocht kan worden. Zoeken op bv. “pelv” zal alle merkers tonen die dit stuk tekst bevatten en bijgevolg alle kinesitherapeuten die pelvische reëducatie aanbieden weergeven.
- Zoeken binnen een straal: Boven de sociale kaart is een andere zoekfunctie mogelijk, nl. het zoeken van hulpverleners binnen een bepaalde straal van een adres. Dit is handig bij het lokaliseren van een zorgverlener voor bv. patiënten die zich te voet of met de fiets verplaatsen.
- Routeplanner: Eens een hulpverlener is gekozen, kan een route uitgestippeld worden zoals bij Google Maps, hierbij kan de patiënt opteren voor o.a. het openbaar vervoer.

Een ander belangrijk punt is de beveiliging. De gevoelige gegevens, zoals kostprijs, werden geplaatst in een inlogzone. Het webverkeer werd beveiligd met een SSL-certificaat; dit zorgt voor een versleuteling van de gegevens van en naar de website. Andere *plugins* werden geïnstalleerd om beveiligingslekken op te sporen en aan te pakken.

1.3 De gegevens van de hulpverleners

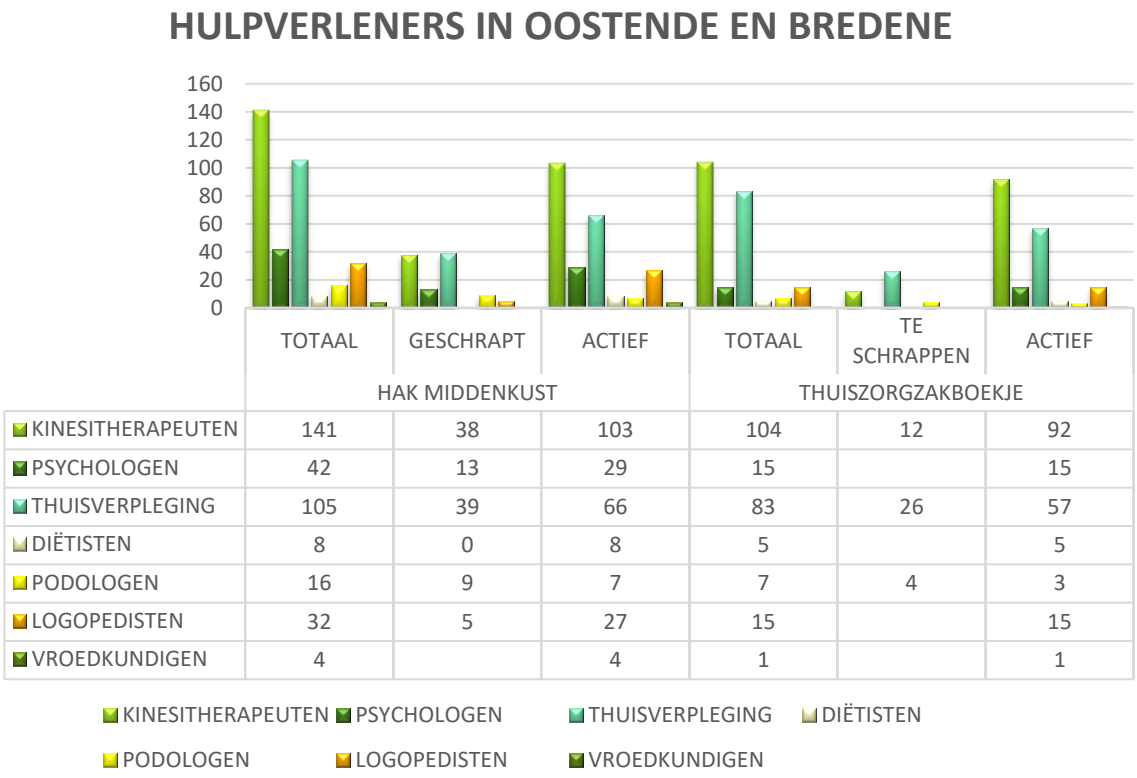
Om alle hulpverleners te kunnen contacteren over bijkomende gegevens, o.a. specialisaties en kostprijs te kunnen verzamelen, moest allereerst een lijst opgesteld worden met alle mogelijke actieve hulpverleners. Daarna kon een uniforme vragenlijst gemaakt worden voor de verschillende disciplines. Tot slot werden alle hulpverleners gecontacteerd.

De opgestelde lijst werd gemaakt door te zoeken per discipline op eerst de verschillende beschikbare sociale kaarten. Vervolgens werd gezocht via de beroepsverenigingen van de desbetreffende disciplines met aansluitend een laatste zoektocht via Google. Voor de sociale diensten zoals bv. schuldbemiddeling, werd ook nog het Centrum voor Algemeen Welzijn (CAW) gecontacteerd. De sociale diensten en welzijnsactoren werden niet persoonlijk aangeschreven met een vragenlijst.

Een uniform tweedelig invulformulier (zie Bijlage 6: vragenlijst hulpverleners in twee delen) werd gemaakt om alle hulpverleners te contacteren, waarbij per discipline slechts enkele aanpassingen dienden te gebeuren. Het eerste deel had tot doel om meer gegevens te bekomen: adres, telefoonnummers, eventueel privénummer, e-mailadressen, specialisaties, mogelijkheid tot huisbezoeken, mogelijkheid tot derde-betalersregeling, kostprijs en webadres van een eigen website. Het tweede deel van de vragenlijst was bedoeld om de communicatie tussen eerstelijnshulpverlener en huisarts te evalueren. Daarbij was ruimte voorzien voor suggesties om doorverwijzingen en communicatie onderling te bevorderen.

Vervolgens ontvingen alle hulpverleners de vragenlijst per e-mail, voor diegenen waarbij reeds een e-mailadres voor gevonden was. Nadien werden alle resterende personen per brief gecontacteerd. Bij deze twee stappen had slechts ongeveer ¼ de vragenlijst teruggestuurd. Hierna werden de resterende hulpverleners telefonisch gecontacteerd, met een maximum van 10 pogingen over de spanne van anderhalve maand en op verschillende tijdstippen (binnen en buiten kantooruren). Berichten werden ingesproken op het antwoordapparaat waar mogelijk. Deze ronde leverde veel meer resultaten op. Hulpverleners die na 10 pogingen niet gecontacteerd konden worden, werden geschrapt met als reden ‘onbekend’.

In totaal werden 348 hulpverleners geïdentificeerd binnen de volgende disciplines: kinesitherapeuten, psychologen, diëtisten, thuisverpleging, podologen, logopedisten en vroedkundigen. Na de voorgaande procedure bleven nog 244 hulpverleners over, m.a.w. 104 werden geschrapt uit de lijst. Mogelijke redenen voor schrapping waren (zie Bijlage 7: Geschrapte hulpverleners en bijhorende redenen): weigering tot deelname, stopzetting van de activiteiten of pensioen, verhuizing naar een andere regio, niet het correcte beroep, geen reactie na de voorgaande procedure ('onbekend') en werken in loonverband in een centrum (bv. in een ziekenhuis). Bij deze laatste reden konden dus geen afspraken meer verkregen worden via de contactgegevens die opgegeven waren.



	HAK MIDDENKUST			THUISZORGZAKBOEKJE		
	TOTAAL	GESCHRAPT	ACTIEF	TOTAAL	TE SCHRAPPEN	ACTIEF
KINESITHERAPEUTEN	141	38	103	104	12	92
PSYCHOLOGEN	42	13	29	15		15
THUISVERPLEGING	105	39	66	83	26	57
DIËTISTEN	8	0	8	5		5
PODOLOGEN	16	9	7	7	4	3
LOGOPEDISTEN	32	5	27	15		15
VROEDKUNDIGEN	4		4	1		1

Figuur 8: Actieve hulpverleners in Oostende en Bredene - vergelijking met Thuiszorgzakboekje

De gegevens van 42 van deze geschrapte hulpverleners waren nog beschikbaar via de online versie van het Thuiszorgzakboekje; exclusief de personen (n=12) die deelname weigerden (n=5) of binnenkort met pensioen zouden gaan (n=7) (zie Figuur 8: Actieve hulpverleners in Oostende en Bredene - vergelijking met Thuiszorgzakboekje). Als al deze hulpverleners geschrapt zouden worden uit het thuiszorgzakboekje, blijven er nog 181 over. Dit betekent dat er nog 53 hulpverleners ontbreken.

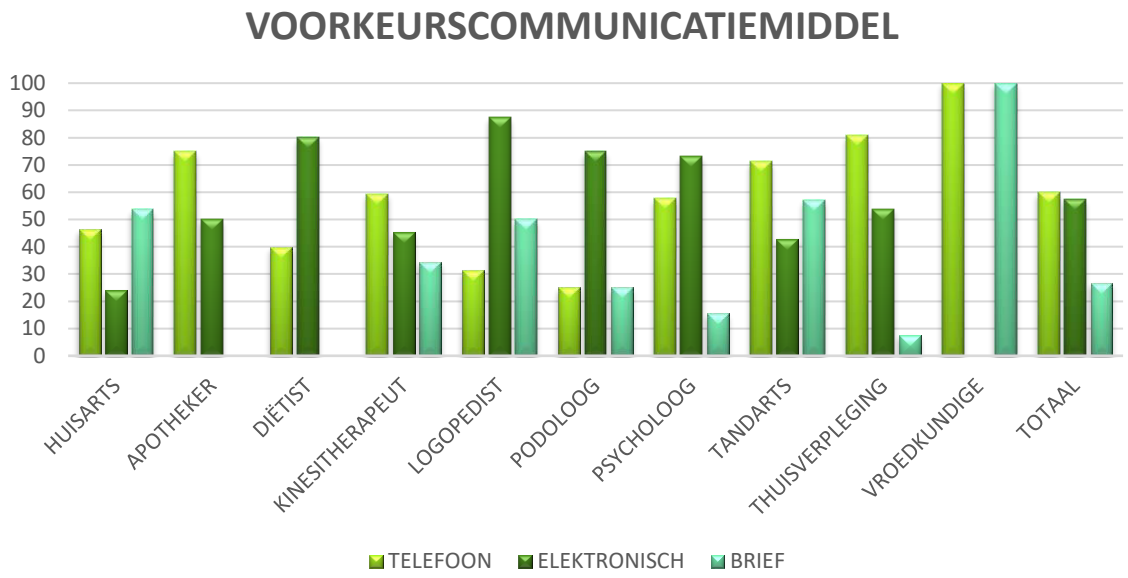
Gezien de goede lokale organisatie van de huisartsen, tandartsen en apothekers, moesten hierbinnen geen hulpverleners geschrapt worden. Deze beroepsgroepen beschikken namelijk over actuele ledenlijsten binnen de lokale kring.

Het verzamelen van de verdere gegevens van de tandartsen verliep initieel moeilijk omwille van privacyredenen. Dit werd uitgeklaard met de voorzitter van de lokale kring van de tandartsen in een bijeenkomst samen de voorzitter van de lokale huisartsenkring. De tandartsen vinden namelijk dat het de taak is van de overheid om een actuele sociale kaart te maken en te onderhouden.(41) Hier werden ook mogelijkheden besproken om de onderlinge samenwerking te bevorderen (zie IV.4).

1.4 Communicatie en samenwerking tussen huisarts en eerstelijnshulpverlener

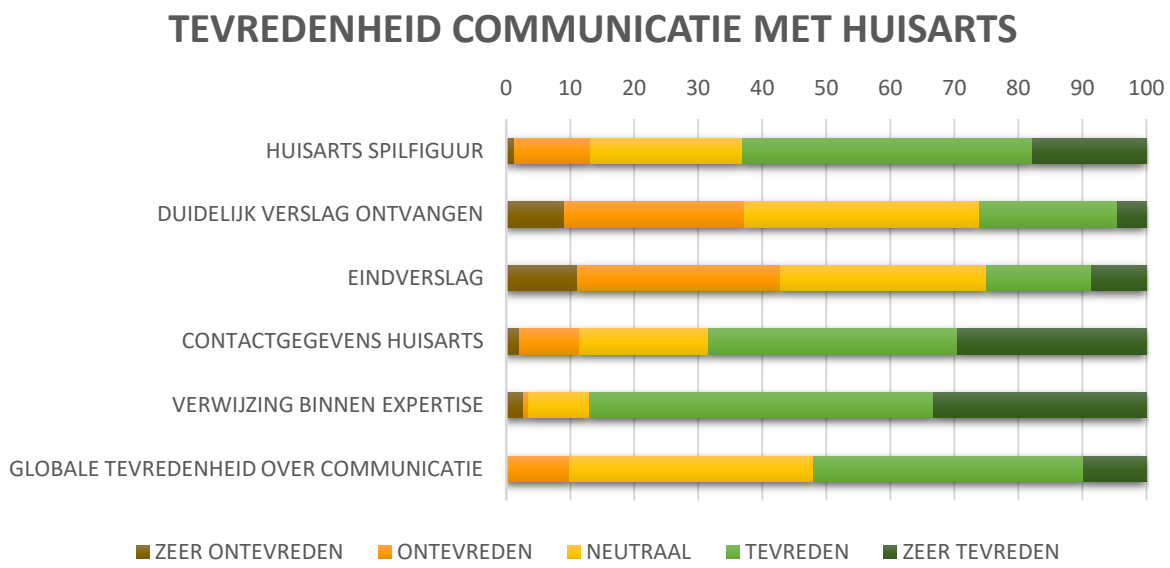
Aan de hand van de vragenlijst die rondging op de vergadering onder de huisartsen en het tweede deel van de vragenlijst die verstuurd werd naar de eerstelijnshulpverleners (zie 1.3 De gegevens van de hulpverleners) kon de samenwerking en communicatie tussen de huisarts en andere eerstelijnshulpverleners geëvalueerd worden.

Als communicatiewijze geven de huisartsen de voorkeur aan brief met daar dichtbij aansluitend de telefoon. Verrassend weinig huisartsen gebruiken een elektronische briefwisseling om te communiceren, in tegenstelling tot de andere eerstelijnshulpverleners; voor hen is elektronische briefwisseling, samen met de telefoon, het voorkeurscommunicatiemiddel (zie Figuur 9: Voorkeurscommunicatiemiddel per discipline).



Figuur 9: Voorkeurscommunicatiemiddel per discipline

De huisarts is de centrale spilfiguur binnen de eerste lijn, dat vonden de eerstelijnshulpverleners (zie Figuur 10: Tevredenheid over communicatie met huisarts voor alle hulpverleners en Bijlage 8). 63% van de eerstelijnshulpverleners gaf immers aan dat ze voornamelijk met de huisarts communiceren. Twee beroepsgroepen doen dit niet, nl. logopedisten en tandartsen. Logopedisten communiceren vaker met arts-specialisten, zoals pediaters, neurologen of NKO-artsen, en met zorgcoördinatoren in scholen. De tandartsen communiceren dan voornamelijk binnen hun eigen beroepsgroep; zij hebben binnen hun eigen discipline ook meerdere specialisaties en sturen meer naar elkaar door.



Figuur 10: Tevredenheid over communicatie met huisarts voor alle hulpverleners

Over de verslagen waren de reacties verdeeld (zie Figuur 10 en Bijlage 9): 37% vond niet dat het verslag dat ze ontvingen een duidelijk omschreven probleem bevatte en 26% vond dat dit wel het geval was. Omgekeerd, 43% van de eerstelijnshulpverleners gaf toe dat ze geen verslag sturen naar de huisarts bij de beëindiging van hun behandeling en 25% zei dat ze dit wel deden (zie Figuur 10 en Bijlage 10). Verder vonden 58% van de hulpverleners dat de gegevens van de huisartsen snel beschikbaar waren indien ze contact wensten op te nemen (zie Figuur 10 en Bijlage 11).

Om te besluiten, vond 87% dat verwezen patiënt bij hen terecht kwam met een probleem dat binnen zijn of haar expertise viel (zie Figuur 10 en Bijlage 12). Dit werd weerspiegeld over de verschillende beroepsgroepen heen. De globale tevredenheid over de communicatie met de huisarts was mild positief: 53% van de hulpverleners was tevreden. Dit in tegenstelling tot bij de huisartsen: Slechts 24% van de huisartsen is tevreden over de communicatie met de andere eerstelijnshulpverleners en 38% is ontevreden (zie Figuur 10 en Bijlage 13).

Hierna werd nog gepeild naar suggesties om de doorverwijzing en communicatie tussen huisarts en eerstelijnshulpverlener te bevorderen. Bij sommige beroepsgroepen zoals logopedisten, keerde het vaak terug dat er onvoldoende kennis is onder de huisartsen van wat de discipline inhoudt. Zo stelden zij voor dat er een bijscholing georganiseerd wordt om de discipline meer toe te lichten. Verder pleitten de andere disciplines ook voor meer overleg en meer bijeenkomsten om elkaar beter te leren kennen.

Algemeen hopen de verschillende beroepsgroepen op meer inzage in het dossier, hetzij via een gemeenschappelijk dossier. Liefst zien zij hier ook meer digitalisering. Verder nog, vaak wordt gesuggereerd dat een gemeenschappelijk platform voor zowel het dossier als communicatie ideaal zou zijn. Slechts een paar keer wordt hierbij verwezen naar eHealth. Een enkele keer wordt Siilo als communicatiemiddel aangehaald.

1.5 Bekendmaking website en sociale kaart

Voorafgaand aan het maken van sociaal kaart werd gezocht naar manieren om de bekend van de sociale kaart te vergroten, van zodra deze beschikbaar zou zijn. In de literatuurstudie haalde een bron aan dat 'mond-tot-mondreclame' of flyers goede methoden zijn om promotie te voeren. Dit was hier minder van belang omdat deze tool in eerste instantie enkel van belang is voor de huisartsen van de regio. Er werd een e-mail rondgestuurd naar alle leden van de huisartsenkring. Verder werd de sociale kaart voorgesteld en gedemonstreerd op de jaarlijkse, plenaire wachtdienstvergadering van de kring.

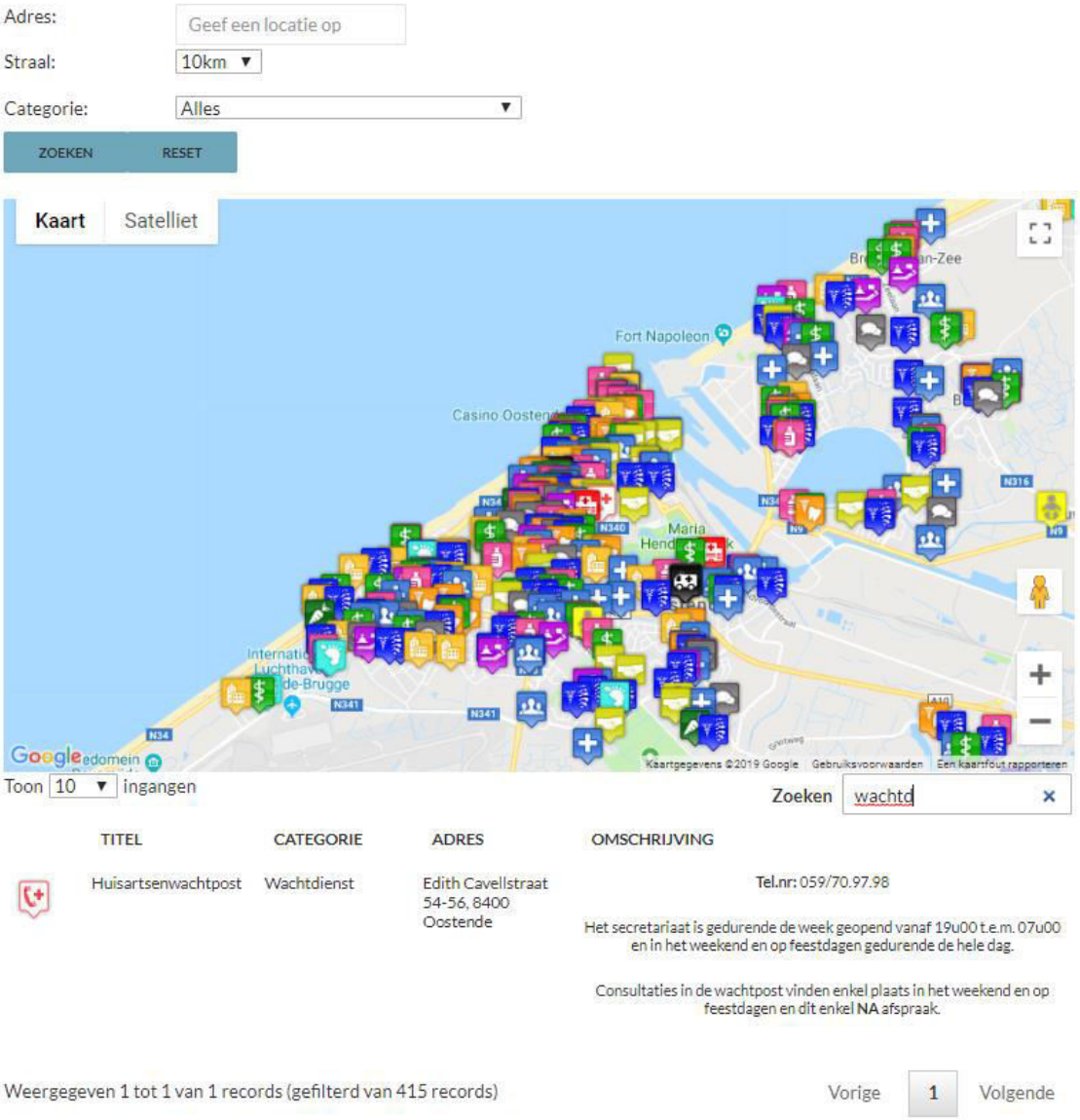
2. De uitvoering (Do)

Er kon hierna van start gegaan worden met het creëren van de website en sociale kaart (zie ook IV.1.2 Het medium voor de sociale kaart). Alle gewenste functies en gegevens die besproken werden in het vorige deel (zie IV.1.1 Noden en wensen van de huisartsen), behalve de voorkeurscontactwijze en contacttijden, werden geïmplementeerd. Hieronder volgen enkele schermafdrukken van de werking van de sociale kaart. Achtereenvolgend:

- Figuur 11: Startpagina van de website van HAK Middenkust
- Figuur 12: Sociale kaart HAK Middenkust met slimme zoekfunctie
- Figuur 13: Lijstweergave hulpverleners
- Figuur 14: Demonstratie lokatiezoeker
- Figuur 15: Demonstratie smartphone-functionaliteit ('*responsiveness*')



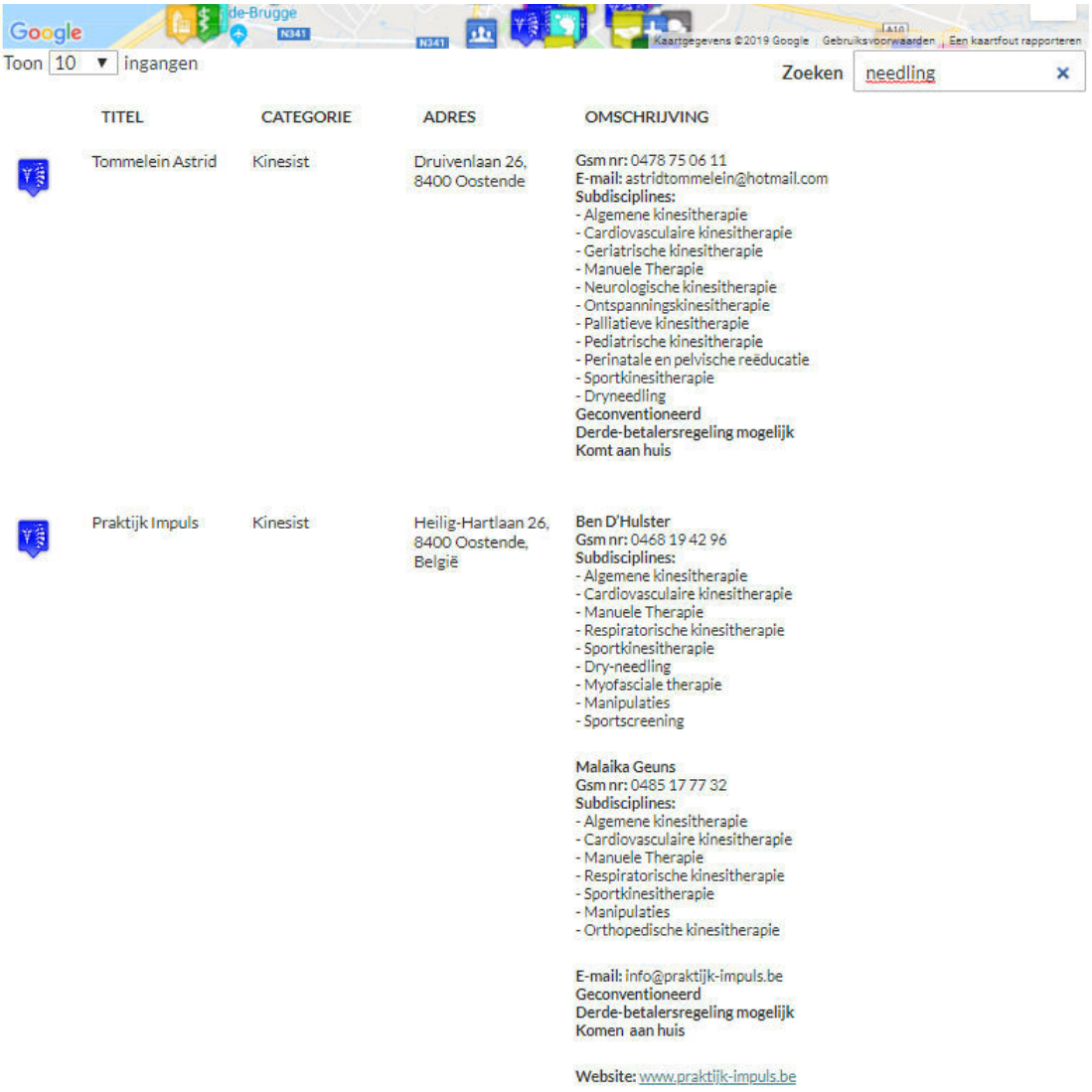
Figuur 11: Startpagina van de website van HAK Middenkust



Figuur 12: Sociale kaart HAK Middenkust met slimme zoekfunctie

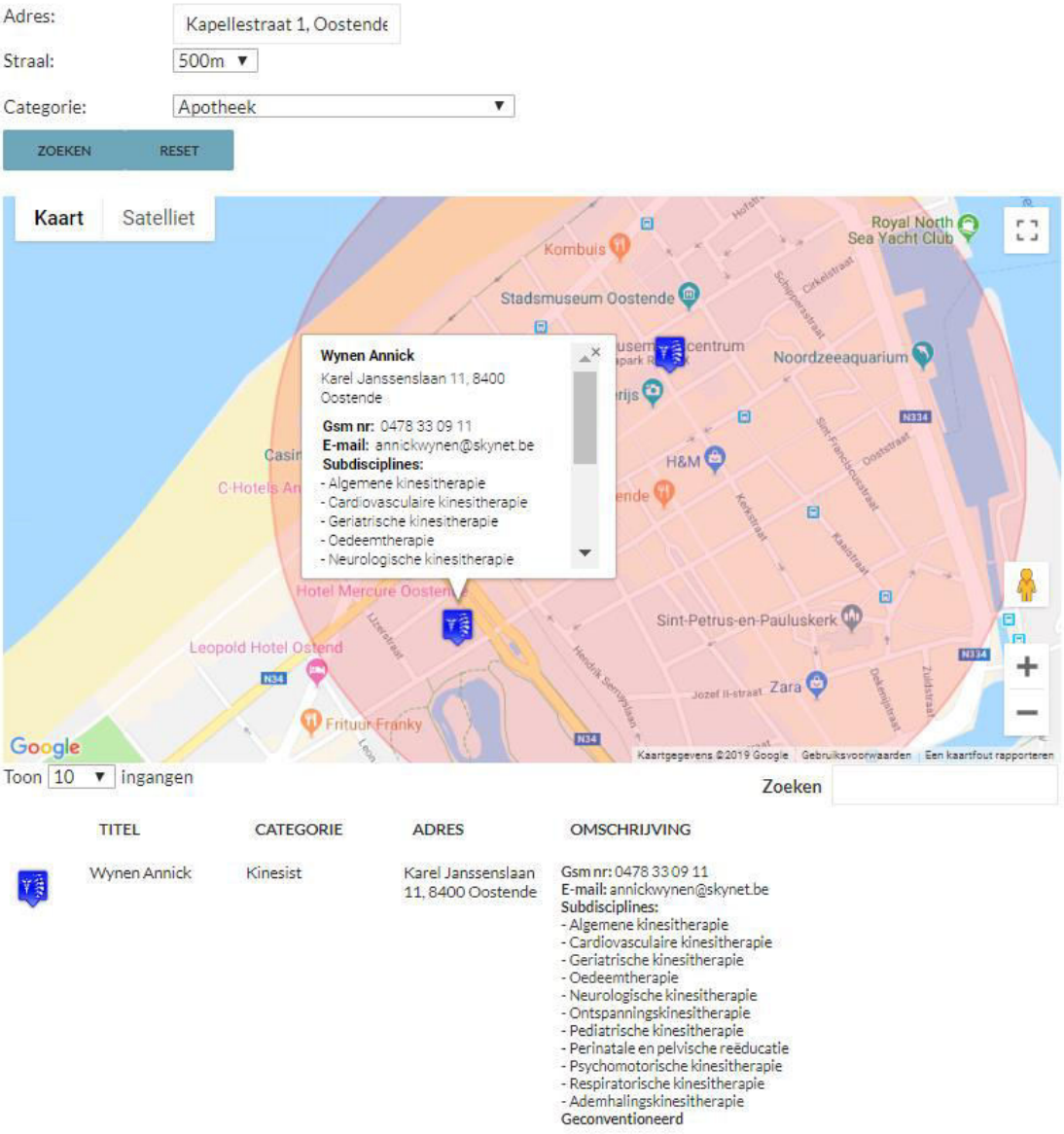
De slimme zoekfunctie laat toe om op korte stukken tekst te zoeken binnen alle tekst van alle hulpverleners. Zo zal, in zoals in bovenstaande figuur te zien, zoeken op ‘wachtd’ automatisch de wachtpost weergeven, aangezien de categorie ‘Wachtdienst’ het stuk tekst bevat.

De slimme zoekfunctie filtert automatisch de resultaten vanaf er begonnen wordt met typen.



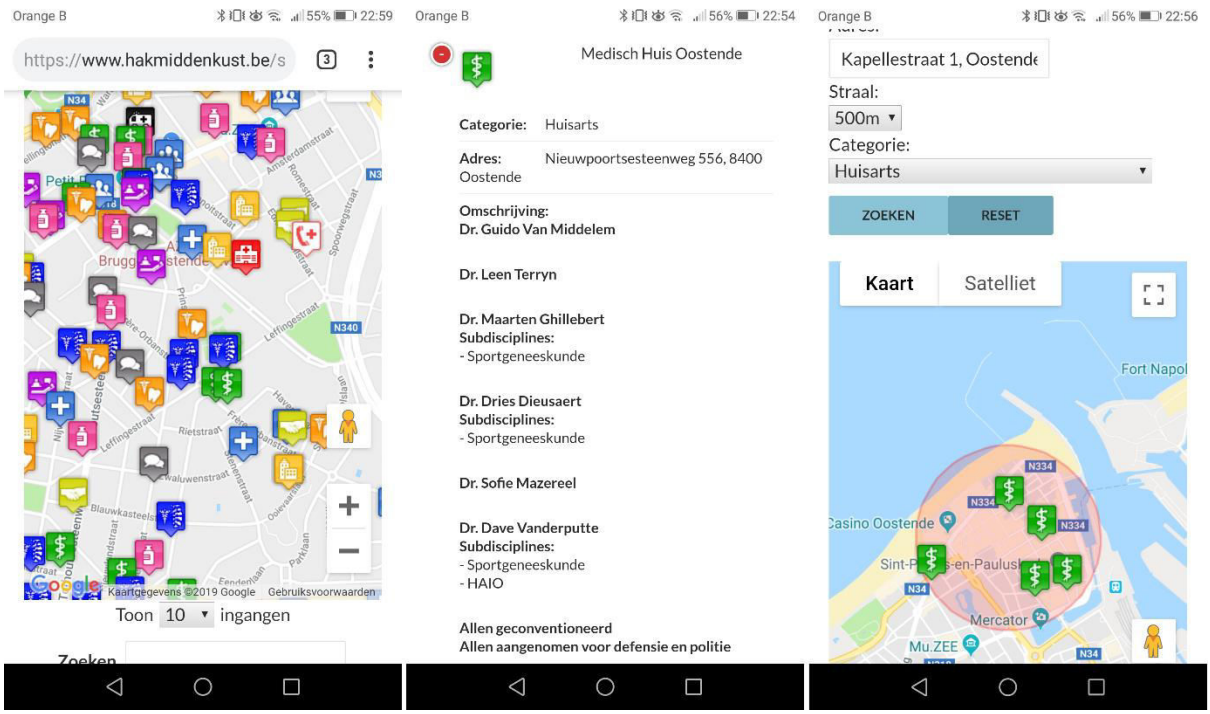
Figuur 13: Lijstweergave hulpverleners

Onder de kaart worden alle hulpverleners opgelijst met hun contactgegevens en verdere informatie zoals subdisciplines en conventionering. Er worden automatisch slechts 10 hulpverleners weergegeven en onderaan kan gebladerd worden naar volgende pagina's zonder de website te verversen. De gebruiker kan verder zelf kiezen om 20, 50 of 100 hulpverleners per pagina te tonen.



Figuur 14: Demonstratie lokatiezoeker

Bovenaan de kaart is een lokatiezoeker te vinden. Hier kan het adres van de patiënt ingegeven worden, bv. Kapellestraat 1, Oostende. Daarna kan een straal gekozen worden (500m – 1km – 1,5km – 2 km – 2,5 km – 3 km – 5 km – 10km) en een categorie (discipline). Op deze manier worden alle hulpverleners binnen deze straal van het adres weergegeven; dit is zichtbaar in de rode cirkel en alle hulpverleners buiten de cirkel worden niet meer weergegeven. Dit is handig voor patiënten die beperkte mogelijkheden hebben om zich te verplaatsen.



Figuur 15: Demonstratie smartphone-functionaliteit (*'responsiveness'*)

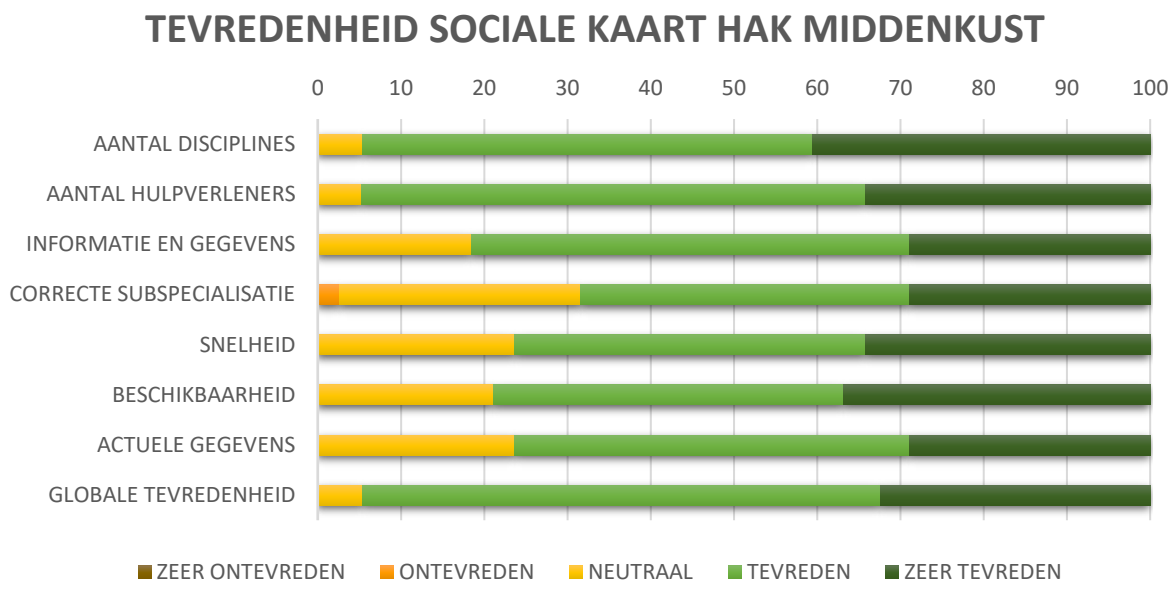
De module werkt ook op de smartphone of tablet. Er zijn enkele kleine aanpassingen om een duidelijke weergave te voorzien, zo worden de hulpverleners in de lijst eerst enkel bij naam weergegeven om makkelijker door de lijst te scrollen. Bij het aanraken worden de details weergegeven (zie middelste schermafdruk in bovenstaande figuur, Figuur 15).

3. De controle (Study)

Nadat de sociale kaart gedurende 4 maand online beschikbaar was, werd deze geëvalueerd door de huisartsen van de regio Oostende-Bredene, door middel van een gelijkaardige vragenlijst zoals de eerste (zie Bijlage 14: Tweede vragenlijst huisartsen). Allereerst werd hier opnieuw gevraagd welke sociale kaart gebruikt werd. Aansluitend werd gevraagd om de sociale kaart van de HAK Middenkust te beoordelen, aan de hand van dezelfde vragen waarmee de vorige gebruikte sociale kaart geëvalueerd werd. Tot slot werden nog suggesties voor verbetering gevraagd.

39 antwoorden werden verkregen op de vragenlijst. 36 (92%) gaf aan de sociale kaart van de HAK Middenkust te gebruiken. De overige drie personen gebruikten geen sociale kaart en één onder hen gaf aan dat hij of zij van plan was om de nieuwe kaart te gaan gebruiken.

De tevredenheid over de sociale kaart van de HAK Middenkust was zeer groot over de ganse lijn: 95% was globaal tevreden (zie Figuur 16: Tevredenheid sociale kaart HAK Middenkust). Het vinden van een correcte subspecialisatie scoorde opnieuw het laagst, met toch 68% tevreden huisartsen.



Figuur 16: Tevredenheid sociale kaart HAK Middenkust

Deze resultaten werd vergeleken met de tevredenheid van de oude, gebruikte sociale kaart. Omdat het hier niet om gegevens met een continu karakter gaat, maar om met een ordinaal karakter, kan de t-test niet gebruikt worden. Verder werd dan gekozen voor de Mann-Whitney U-test, aangezien het om een ongepaarde populatie gaat; de gegevens werden anoniem verzameld en verwerkt en konden bijgevolg niet aan elkaar gekoppeld worden. Op alle punten werd een significant verschil gevonden, in het voordeel van de sociale kaart van de HAK Middenkust (zie Tabel 5: Mann-Whitney U test tussen voorheen gebruikte sociale kaart en HAK Middenkust).

Tabel 5: Mann-Whitney U test tussen voorheen gebruikte sociale kaart en HAK Middenkust

	N (Oud/HAK)	U-waarde	Z-score	p-waarde
Aantal disciplines	32/37	270	3,87878	0,0001
Aantal hulpverleners	32/38	237	4,36800	<0,00001
Informatie/gegevens	32/38	166,5	5,19916	<0,00001
Subspecialisatie	32/38	119	5,75916	<0,00001
Snelheid	32/38	175	5,09895	<0,00001
Beschikbaarheid	32/38	206	4,73348	<0,00001
Actuele gegevens	32/38	203,5	4,76295	<0,00001
Globale tevredenheid	32/37	124	5,62352	<0,00001

Tot slot werd in deze vragenlijst naar opmerkingen of verbeterpunten gepeild. Hierbij gaven slechts twee huisartsen een verbeterpunt, namelijk meer bekendheid en zoeken op subspecialisatie. Deze laatste is echter reeds mogelijk via de slimme zoekfunctie.

De gebruiksgegevens werden ook gevolgd vanaf de bekendmaking op 22/11/2018 tot en met 03/04/2019 (19 weken). In totaal werd de website 11314 keer bezocht gedurende deze 19 weken. Echter, dit is een vertekend beeld. Als gekeken wordt naar het specifiek aantal bezoeken uit België en op de pagina van de sociale kaart, zijn dit er 3022. Dit komt neer op 23 bezoeken per dag. In de laatste 4 weken was dit gemiddeld 34 bezoeken per dag. Na de initiële bekendmaking was er een piek aantal bezoeken op de website, waarna deze dip maakte tijdens de kerstvakantie, nadien nam het aantal bezoeken progressief toe (zie Figuur 17: Aantal bezoeken sociale kaart HAK Middenkust).



Figuur 17: Aantal bezoeken sociale kaart HAK Middenkust

4. De evaluatie en geplande aanpassingen (Act)

Algemeen werd de nieuwe sociale kaart zeer goed onthaald, een groot aantal artsen gebruikt ook effectief deze kaart. Tijdens de controle kwamen echter nog een aantal actiepunten naar boven. Ten eerste bleek er onder een aantal van de huisartsen nog onduidelijkheid over het bestaan en het gebruik van de sociale kaart. Verdere informering is hier op zijn plaats.

Ten tweede bleek het vinden van een correcte subdiscipline nog steeds een heikel punt, mogelijks omdat nog een aantal hulpverleners ontbreken. De overige hulpverleners moeten nog aangemoedigd worden om hun gegeven toch nog beschikbaar te stellen. Dit zal waarschijnlijk makkelijker verlopen door de komst van de *eerstelijnszone*. Het zorglandschap werd namelijk volledig hertekend: de nieuwe eerstelijnszones werden afgebakend en onze eerstelijnszone valt samen met de regio van onze huisartsenkring.

Er werd ondertussen samengezeten met het bestuur van de HAK Middenkust en een aantal mensen van het *Veranderteam (*de groep die zorgraad moet oprichten voor de eerstelijnszone). De sociale kaart blijkt een interessante tool te kunnen zijn voor onze eerstelijnszone en kan extra motiverende factor zijn voor deelname. Aangezien de regio op de sociale kaart samenvalt met de eerstelijnszone, zijn alle hulpverleners namelijk reeds gelokaliseerd op één platform. Verdere besprekingen zijn hieromtrent gepland, met o.a. het beschikbaar stellen van de sociale kaart voor het grote publiek.

Ten derde vergt het actueel houden van de sociale kaart veel werk. Hiervoor moeten nog oplossingen gevonden worden. Eén van de mogelijkheden is dat lokale kringen de gegevens van hun leden beschikbaar stellen. Helaas zijn de meeste beroepsgroepen binnen de eerste lijn nog niet goed georganiseerd, maar met de komst van de eerstelijnszone is er wel een noodzaak tot organisatie.

Ten vierde gaven bepaalde disciplines, zoals logopedisten, aan dat er te weinig kennis van de disicpline is onder de huisartsen en dat de onderlinge communicatie hieronder lijdt. Navormingen en bijeenkomsten kunnen hier meer klaarheid bieden over de discipline en tot nadere samenwerking leiden.

Tot slot bleek dat veilige communicatie nog niet ingeburgerd is, behalve bij de tandartsen. Er was een grote vraag naar een gemeenschappelijk platform voor communicatie en bijhouden van het patiëntendossier. Er bestaat reeds een dergelijk systeem: eHealth. Dit werd uitgebreid besproken met Dr. Eric Delaeter, uitvoerend bestuurder van het Verbond der Vlaamse Tandartsen en de voorzitter van lokale tandartsenkring, de Tandheelkundige Kring Oostende. Samen met de voorzitter van de HAK Middenkust werd beslist om een lokale werkgroep op te richten om de communicatie via eHealth beter toe te lichten en het gebruik te promoten. De werkgroep zal in de eerste fase van toepassing zijn voor artsen, apothekers en tandartsen.

Kortom, dit project heeft een aantal pijnpunten binnen de samenwerking in de eerste lijn blootgelegd en is een eerste stap in de richting naar een betere samenwerking.

V. Discussie

1. Algemene bedenkingen en beperkingen

Deze studie heeft een aantal bedenkingen en beperkingen in zijn uitvoering. Ten eerste werden brede query's uitgevoerd in de literatuurstudie. Dit gebeurde omdat de literatuur schaars is omtrent het onderwerp en omdat er in de Engelstalige, internationale literatuur geen goede vertaling is voor de zoektermen. Deze zoektermen zijn bovendien ook niet geïndexeerd. Er moest dus van een meer vage beschrijving uitgegaan worden om relevante literatuur te vinden.

Ten tweede werd gebruik gemaakt van een niet-gestandaardiseerde vragenlijst, aangezien er geen beschikbaar was; het onderwerp is namelijk schaars in de literatuur. Er moest dus een nieuwe vragenlijst opgesteld worden.

Ten derde kreeg de tweede vragenlijst onder de huisartsen een stuk minder antwoorden dan de vorige vragenlijst, o.a. omdat dit niet op een plenaire vergadering afgenomen en niet in persoon gebeurde. Uiteindelijk waren de steekproefgroottes even groot in beide armen van de vergelijking, wat wel een vergelijking toeliet. De cijfers over het effectieve gebruik van de sociale kaart onder de huisartsen van de HAK Middenkust (92% in de steekproef) kunnen niet geëxtrapoleerd worden naar de totale populatie.

Deze resultaten komen uit van een steekproef op basis van een vrijwillige deelname. Artsen die zeer tevreden zijn over de sociale kaart en deze ook effectief gebruiken, zullen meer geneigd zijn tot deelname. Hetzelfde geldt voor de resultaten bepaalde van beroepsgroepen onder de eerstelijnshulpverleners. Deze resultaten zijn dus mogelijks onderhevig aan steekproefbias, niettegenstaande dat de sociale kaart wel nuttig blijkt voor ongeveer de helft van de artsen van de huisartsenkring.

Ten vierde was het project bedoeld als meerwaarde voor alle patiënten, maar de meest kwetsbare burgers zullen er het meeste nut van ondervinden. Een groot probleem bij de doorverwijzing, is dat de patiënt bij een hulpverlener dient terecht te komen die ook effectief zijn of haar probleem kan oplossen; d.i. terecht komen bij een hulpverlener met de correcte specialisatie (bruikbaarheid). Voor de kwetsbare groepen is het bijkomend ook nuttig om te weten welke hulpverleners geconventioneerd zijn en de derdebetalersregeling toepassen (betaalbaarheid). Dit is zeker van toepassing met het openzetten van de sociale kaart voor het grote publiek.

Tot slot werden de sociale diensten en welzijnsactoren niet persoonlijk aangeschreven. Zij konden dus geen suggesties of opmerkingen geven om de samenwerking met de huisartsen en eerstelijnsgezondheidszorg te bevorderen. Omdat dit project bedoeld was als onderwerp van een ManaMa-thesis, moesten keuzes gemaakt worden over de inhoud van het project. De uitbreiding naar de welzijnsactoren zou het project te lijvig maken. Dit zou wel een interessant onderwerp zijn voor verder onderzoek naar het bevorderen van de interprofessionele samenwerking tussen gezondheidszorg en welzijn.

2. Communicatie

Dat de communicatie moeilijk loopt tussen hulpverleners onderling, is een probleem dat verder gaat dan de reeds aangehaalde beperkte kennis van elkaars beroep; het is ook een probleem van modaliteiten. Hulpverleners haalden vaak aan dat er vraag is naar een gemeenschappelijk dossier of platform om te communiceren.

Met de toenemende digitalisering, geven op heden veel hulpverleners, behalve de huisartsen in de regio, de voorkeur aan e-mail als communicatiemiddel. Het is snel, gemakkelijk en met de smartphone bovendien ook overal beschikbaar. Het is jammer genoeg een onveilig communicatiemiddel volgens GDPR (Globale Dataprotectie Regulatie).(42) Er zijn gelukkig een aantal alternatieven, waarvan twee belangrijke reeds aangehaald werden.

Siilo, bijvoorbeeld, is een Nederlands initiatief om communicatie op een veilige manier te bevorderen en is volledig conform GDPR.(43) Het werkt op dezelfde manier zoals de gekende WhatsApp, met het verschil dat alle berichten verwijderd worden na 30 dagen en de app is beveiligd met een pincode/vingerafdruk. Het laat ook de mogelijkheid om bij foto's identificeerbare kenmerken wazig te maken. Het wordt in onze omstreken al gebruikt bij communicatie tussen arts en verpleging bij bv. wondzorg.

Het belangrijkste alternatief voor communicatie en bovendien het platform van de toekomst is echter eHealth.(27, 44) Het is veelbelovend en is mogelijks het gemeenschappelijk platform waarnaar zo'n grote vraag is. Het is vaak nog onbekend en onbemind door de verschillende hulpverleners. Alle hulpverleners met een RIZIV-nummer, mits eHealth-certificaat, hebben wel al ten minste toegang tot de eHealthBox, wat eigenlijk een beveiligde vorm van e-mail is. Deze geaddresseerde communicatie kan ook gekoppeld worden aan het EMD (Elektronisch Medisch Dossier), wat een grote meerwaarde is. Verslagen bij verwijzing en bij terugkeer worden dan onmiddellijk in het dossier van de patiënt geplaatst.

Een probleem met de eHealthBox is helaas dat weinig hulpverleners ook effectief hun briefwisseling nakijken.(45) Indien bij de briefwisseling het rijksregisternummer van de patiënt niet ingegeven werd, wordt deze niet gekoppeld aan het dossier van een patiënt; het bericht blijft zitten in de eHealthBox en wordt bijgevolg niet gelezen.

Het verhaal van eHealth is echter veel uitgebreider dan de gewone geadresseerde communicatie. Het eHealth-platform bevat ook ongeadresseerde communicatie zoals de SUMEHR (SUMmarized Elektronich Health Record) en VitaLink (medicatieschema).(44) Deze eerste is een document dat door de huisarts opgesteld wordt en bevat verschillende gezondheidsgegevens zoals medicatie, diagnoses, allergieën, … enz. Op heden hebben slechts enkele beroepsgroepen toegang, via een toegangsmatrix, tot deze SUMEHR.(46) Verdere uitbreiding van de toegangsmatrix zou kunnen tegemoetkomen aan de vraag van de diverse hulpverleners om een gelimiteerd inzicht te hebben in het dossier van de patiënt.

Kortom, om de communicatie te bevorderen en te integreren, is reeds een goed platform voorhanden, dat mits uitbreiding kan tegemoetkomen aan de meeste vragen van de hulpverleners. Het is helaas nog niet goed ingeburgerd in onze regio.

3. Sociale kaart

De sociale kaart werd goed onthaald bij de huisartsen van de regio. Hierbij moeten wel een aantal belangrijke bedenkingen gemaakt worden.

Allereerst moet men zich afvragen wiens taak het is om een sociale kaart te creëren en te onderhouden: hier vertrok het vanuit de lokale huisartsenkring. Hoewel interdisciplinaire samenwerking behoort tot de doelstellingen van de lokale kring, is dit project misschien wat verregaand. Het kan namelijk niet de bedoeling zijn dat elke kring van een zorgberoep een eigen sociale kaart gaat maken. Eigenlijk is dit taak van de (lokale) overheid; zij staat in voor de organisatie van de gezondheidszorg en bij uitbreiding zou het openbaar stellen van de informatie van de beschikbare diensten ook tot het takenpakket behoren. Desocialekaart.be is een dergelijk systeem dat beheerd wordt vanuit de Vlaamse Overheid, maar is op heden ontoereikend in West-Vlaanderen (zie III.4.3.5).

De geografische lokalisering is bijvoorbeeld een handige tool die niet beschikbaar is op desocialekaart.be. Het is zeer handig om te zien welke hulpverlener zich waar gevestigd heeft, maar van zodra dit op een groter gebied toegepast wordt, geeft dit een chaotisch beeld. Voor een middelgrote regio zoals Oostende-Bredene is dit reeds zeer druk. Als dit dan toegepast moet worden op een kaart voor gans Vlaanderen, dan zal er geen duidelijk overzicht meer zijn.

Vervolgens is er de bedenking of elke regio voor zich een sociale kaart zou moeten beheren. Als dit de bedoeling is, dan zijn de eerstelijnszones een goed punt om te starten. Helaas vormen de grensregio's dan weer een probleem: hulpverleners die gevestigd zijn aan de rand van een eerstelijnszone zullen ofwel geen patiënten kunnen aantrekken vanuit de aanliggende zones, of moeten op meerdere plaatsen hun gegevens actueel houden.

Het actueel houden van een sociale kaart is bovendien het volgende probleem. Het is mogelijks het allerbelangrijkste criterium voor een goede sociale kaart, maar ook meest arbeidsintensieve aspect van het beheer. De tandartsen hebben hiervoor wel een oplossing gevonden: zij hebben een eigen website, mijntandarts.be, waarop alle actieve tandartsen opgesomd worden. Deze lijst is altijd actueel, de database is namelijk gekoppeld aan hun wachtdienst. Tandartsen die met pensioen gaan, doen geen wachtdienst meer. Bijgevolg worden ze geschrapt uit de database en zijn niet meer zichtbaar op de website.(41) Idealiter gebeurt dergelijke koppeling ook bij een sociale kaart, zodat het actueel houden volledig geautomatiseerd is. Hier komt het eHealth verhaal terug tussen.

eHealth gebruikt voor het aanmaken van elektronische voorschriften (Recip-e) een authentieke bron genaamd de COBRHA-database (Common Base Registry for HealthCare Actor).(41, 47) Deze database bevat zorgactoren met o.a. hun erkenningen en diploma's. Bij het maken van een voorschrift wordt telkens getoetst aan de database of zorgverlener nog actief is. Zo zal bij bv. schorsing geen voorschrift aangemaakt kunnen worden. Als een sociale kaart aan deze of een gelijkaardige database zou gekoppeld kunnen worden, dan zou het actueel houden gemakkelijker kunnen verlopen. Dit brengt ons uiteraard terug bij wiens rol het is om een sociale kaart te beheren: Een koppeling aan een database zoals de COBRHA-database is enkel mogelijk als dit gebeurt door de overheid.

VI. Conclusie

Uit dit project blijkt dat communicatie tussen eerstelijnshulpverleners beter kan en dat deze nog een lange weg af te leggen heeft. Binnen de regio zijn de eerste stappen gepland rond het promoten van digitale, veilige communicatie via het eHealth-platform. Het zal waarschijnlijk nog een eind duren vooraleer dit ingeburgerd zal zijn, maar het vormt zeker een meerwaarde met de koppeling aan het EMD.

Verder werd de nieuwe sociale kaart goed onthaald en kan deze zeker een meerwaarde bieden voor de doorverwijzingen binnen de regio. Bovendien kan dit, met het inrichten van de eerstelijnszone, ook een nuttige tool blijken voor de toekomst. Verder onderzoek naar de samenwerking tussen gezondheidszorg en welzijn op eerstelijnsniveau dient nog te gebeuren.

Het onderhouden en beheren van een sociale kaart is arbeidsintensief en behoort eigenlijk niet tot het takenpakket van de lokale huisartsenkring. Idealiter wordt een dergelijk initiatief beheerd door de overheid op grote schaal, met een koppeling aan centrale databank om het actueel houden te vereenvoudigen.

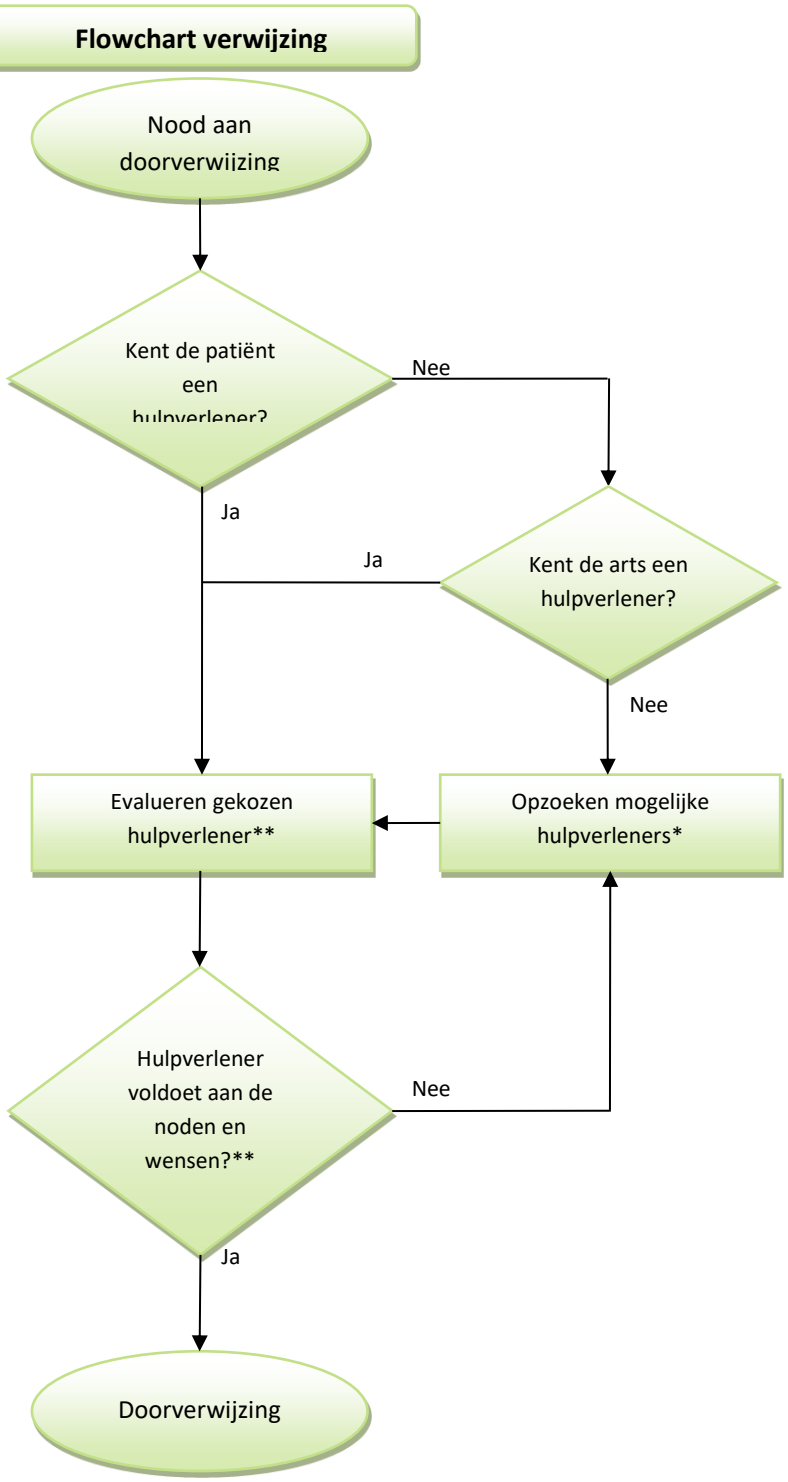
VII. Referenties

1. Associates in Process Movement. PDSA Cycle. Date unknown [cited 2019 Apr 27]. Available from: http://www.apiweb.org/.
2. De Bie M. Het O.C.M.W. en het recht op maatschappelijke dienstverlening. Armoede en sociale uitsluiting 2005;Jaarboek 2005:p.203-18.
3. Ben-Arye E, Frenkel M, Klein A, Scharf M. Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. Patient Educ Couns. 2008;70(3):395-402.
4. Popay J, Kowarzik U, Mallinson S, Mackian S, Barker J. Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part II: lay perspectives. J Epidemiol Community Health. 2007;61(11):972-7.
5. Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. BMC Health Serv Res. 2006;6:5.
6. De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. Br J Gen Pract. 2012;62(600):e522-4.
7. Groenewegen P. General practitioners as gatekeepers: Better health care than in countries with self-referral to specialists? Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D88.
8. De Maeseneer J WS, De Sutter A, et al. Primary health care as a strategy to achieve equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network2007 23ec, 2018. Available from: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf.
9. Grumbach K, Selby JV, Damberg C, Bindman AB, Quesenberry C, Jr., Truman A, et al. Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists. JAMA. 1999;282(3):261-6.
10. Bodenheimer T, Lo B, Casalino L. Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. JAMA. 1999;281(21):2045-9.
11. Popay J, Kowarzik U, Mallinson S, Mackian S, Barker J. Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part I: the GP perspective. J Epidemiol Community Health. 2007;61(11):966-71.
12. Himmel W, Dieterich A, Kochen MM. Will German patients accept their family physician as a gatekeeper? J Gen Intern Med. 2000;15(7):496-502.
13. Malpass A, Sales K, Johnson M, Howell A, Agnew-Davies R, Feder G. Women's experiences of referral to a domestic violence advocate in UK primary care settings: a service-user collaborative study. Br J Gen Pract. 2014;64(620):e151-8.
14. Flannery MA, Love MM, Pearce KA, Luan JJ, Elder WG. Communication about complementary and alternative medicine: perspectives of primary care clinicians. Altern Ther Health Med. 2006;12(1):56-63.
15. Eeckhout T DSA. Samenwerking tussen huisartsen en tabakologen. Onbekend is onbemind? . Huisarts Nu. 2015;44(4):154-9.
16. Goderis G DhG, Merckx G. Hoe zien zorgverleners de organisatie van de chronische zorg? Resultaten van een bevraging onder 1300 zorgverleners. Huisarts Nu. 2016;45(3):107-11.
17. Defreyne S. Hoe verloopt de samenwerking in het zorgtraject diabetes type 2? Een critical incident analyse in de regio centraal West-Vlaanderen. Huisarts Nu. 2016;45(2):66-70.
18. Barnett ML, Keating NL, Christakis NA, O'Malley AJ, Landon BE. Reasons for choice of referral physician among primary care and specialist physicians. J Gen Intern Med. 2012;27(5):506-12.
19. Barrett B, Marchand L, Scheder J, Plane MB, Maberry R, Appelbaum D, et al. Themes of holism, empowerment, access, and legitimacy define complementary, alternative, and integrative medicine in relation to conventional biomedicine. J Altern Complement Med. 2003;9(6):937-47.

20. Caspi O, Bell IR, Rychener D, Gaudet TW, Weil AT. The Tower of Babel: communication and medicine: An essay on medical education and complementary-alternative medicine. Arch Intern Med. 2000;160(21):3193-5.
21. Verwoerd JH DA, Van der Wouden JC. Jeugd-ggz: problemen rond verwijzen en communicatie. Een kwalitatief onderzoek onder Rotterdamse huisartsen. Huisarts Wet. 2009;5(5):236-40.
22. Sundberg T, Halpin J, Warenmark A, Falkenberg T. Towards a model for integrative medicine in Swedish primary care. BMC Health Serv Res. 2007;7:107.
23. Cummins RO, Smith RW, Inui TS. Communication failure in primary care. Failure of consultants to provide follow-up information. Jama. 1980;243(16):1650-2.
24. O'Malley AS, Cunningham PJ. Patient experiences with coordination of care: the benefit of continuity and primary care physician as referral source. J Gen Intern Med. 2009;24(2):170-7.
25. Ben-Arye E, Frenkel M. Referring to complementary and alternative medicine-A possible tool for implementation. Complementary Therapies in Medicine. 2008;16(6):325-30.
26. Bourguet C, Gilchrist V, McCord G, Grp NR. The consultation and referral process - A report from NEON. Journal of Family Practice. 1998;46(1):47-53.
27. Callens M. eHealth in België. CM-informatie. 2014;258:1-10.
28. Dijkstra R. Www.spreekuurassistent.nl bevordert internetgebruik: Alle informatie voor huisartsen op één website. Huisarts en Wetenschap. 2006;49(12): 137-8.
29. Harmsen M LM, Grol R, Drenthen T. ZOEK DE HULPVERLENER: Sociale kaart moet compleet en werkbaar zijn. Medisch Contact. 2005;60(26):1134-35.
30. Praktijkondersteuners POVP. Sociale kaart. PLATFORM OUDERENZORG.Date Unknown [cited 2018 June 17]. Available from: http://www.platformouderenzorg.nl/sockaart.php.
31. Bosman J. Sociale Kaart: het opsporen en in kaart brengen van sociale gegevens. RKDiaconie.nl. Date unknown [cited 2018 June 17]. Available from: http://www.rkdiaconie.nl/uploadedDocs/Makenvaneensocialekaartdef.pdf.
32. Bosman J. METHODE "SOCIALE KAART" RKDiaconie.nl. Date unknown [cited 2018 June 17]. Available from: http://www.rkdiaconie.nl/uploadedDocs/Methodesocialekaartdef.pdf.
33. Bosman J. Diaconie, hulpverlening en sociale kaart RKDiaconie.nl. Date unknown [cited 2018 June 17]. Available from: https://anzdoc.com/queue/diaconie-hulpverlening-en-sociale-kaart.html.
34. Steunpunt D. EEN SOCIALE KAART ALS HULPMIDDEL Diaconaal Steunpunt. Date unknown [cited 2018 June 17]. Available from: https://diaconaalsteunpunt.nl/samenleving/kerk-in-de-buurt/sociale-kaart/.
35. Schoonen N JP, Hannewijk L, Spierings D, Melis K. Hoofdverslag Handleiding sociale kaart burgerinitiatieven Lingewaard. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen; 2016.
36. Hasan L, Abuelrub E. Assessing the quality of web sites. Applied Computing and Informatics. 2011;9(1):11-29.
37. Rekik R, Kallel I, Casillas J, Alimi AM. Assessing web sites quality: A systematic literature review by text and association rules mining. International Journal of Information Management. 2018;38(1):201-16.
38. Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg West-Vlaanderen. SEL Thuiszorgzakboekje. Thuiszorgzakboekje.be. 2018 [cited 2018 June 16]. Available from: https://www.thuiszorgzakboekje.be/site/default.asp.
39. Lokaal Multidisciplinair Netwerk Brugge-Oostende-Houtland. Sociale Kaart. Zorgtraject BOH. 2018 [cited 2018 June 16]. Available from: http://www.zorgtrajectboh.be/zorgverlener/sociale-kaart.
40. Vlaamse Overheid. De Sociale Kaart. desocialekaart.be. 2018 [cited 2018 June 16]. Available from: https://www.desocialekaart.be/.
41. Dr. Eric Delaeter, uitvoerend bestuurder van Verbond der Vlaamse Tandartsen & voorzitter van Tandheelkundige Kring Oostende. 2019.
42. European Commission. Global Data Protection Regulation. Date Unknown [cited 2019 Apr 4]. Available from: https://ec.europa.eu/info/law/law-topic/data-protection_en.

43. Bruggeman J. Siilo. Date unknown [cited 2019 Feb 28]. Available from: https://www.siilo.com/.
44. Luc Maes, programma directeur eHealth-platform. eHealth & elektronische communicatie [Presentation]. Date unknown [cited 2019 Mar 27]. Available from: https://slideplayer.nl/slide/2055607/.
45. Tom De Backer, éénlijn.be & PraktijkCoach. 2019.
46. eHealth-werkgroep. Toegangsmatrix eHealth. 2018 Nov 13 [cited 2019 Mar 27]. Available from: https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/nl/search?q=toegangsmatrix.
47. Federale Overheid, eHealth. Authentieke Bronnen. Date unknown [cited 2019 Mar 26]. Available from: https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/nl/authentieke-bronnen.

VIII. Bijlagen



Aangeduid met "*" en "**" zijn de probleemstappen in de flowchart.

*De mogelijke hulpverleners kunnen gevonden worden op verschillende plaatsen, omdat deze niet gegroepeerd staan of niet actueel zijn, is de zoektocht naar een hulpverlener vaak moeilijk en tijdrovend.

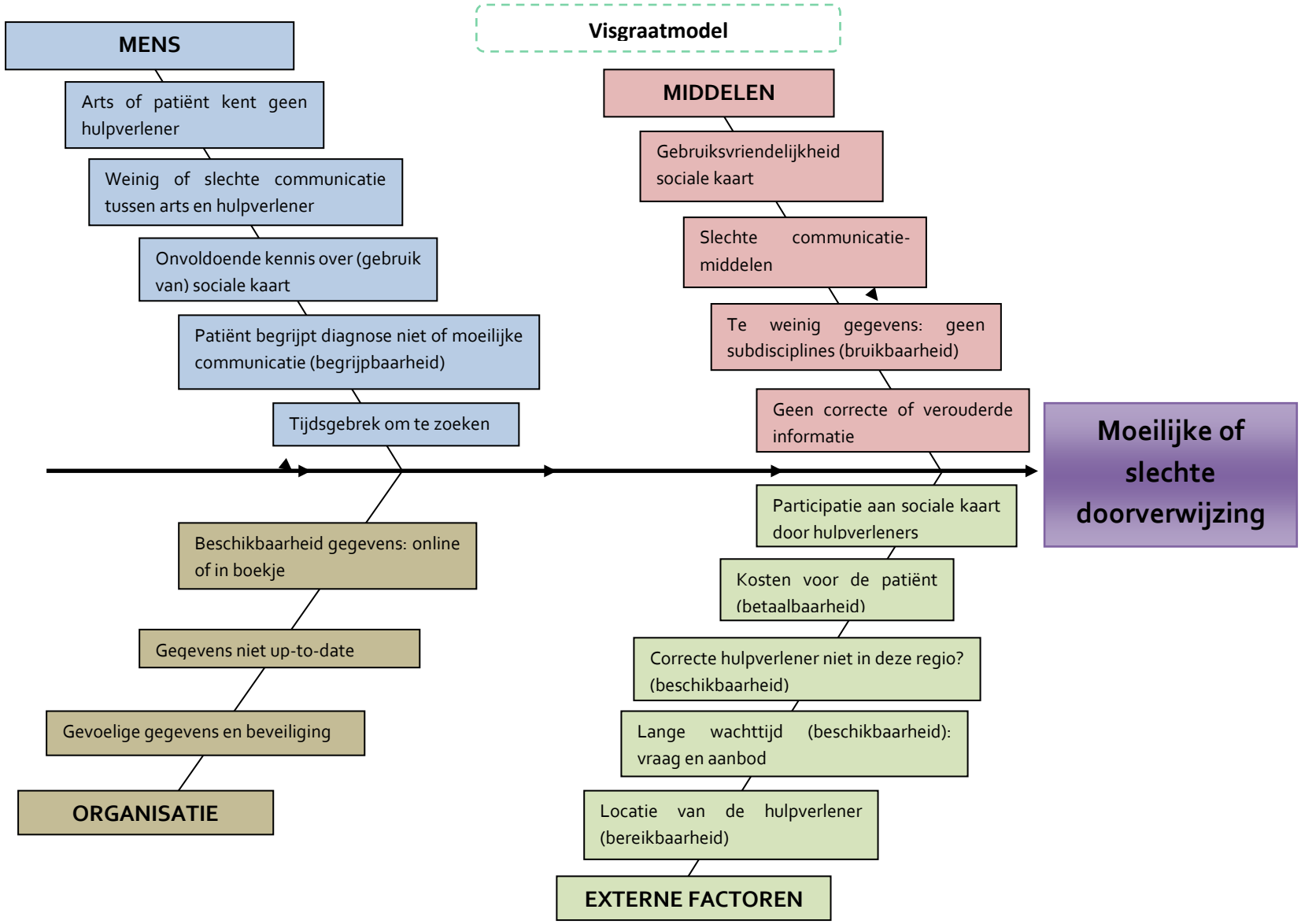
** Eens een mogelijke hulpverlener gevonden is, moet deze voldoen aan de noden en wensen van de patiënt.

Noden en wensen:
- Correcte subdiscipline/kennis
- Mogelijkheid tot huisbezoek?
- Afstand tot hulpverlener
- Kostprijs (3e betalersregeling?)
- …

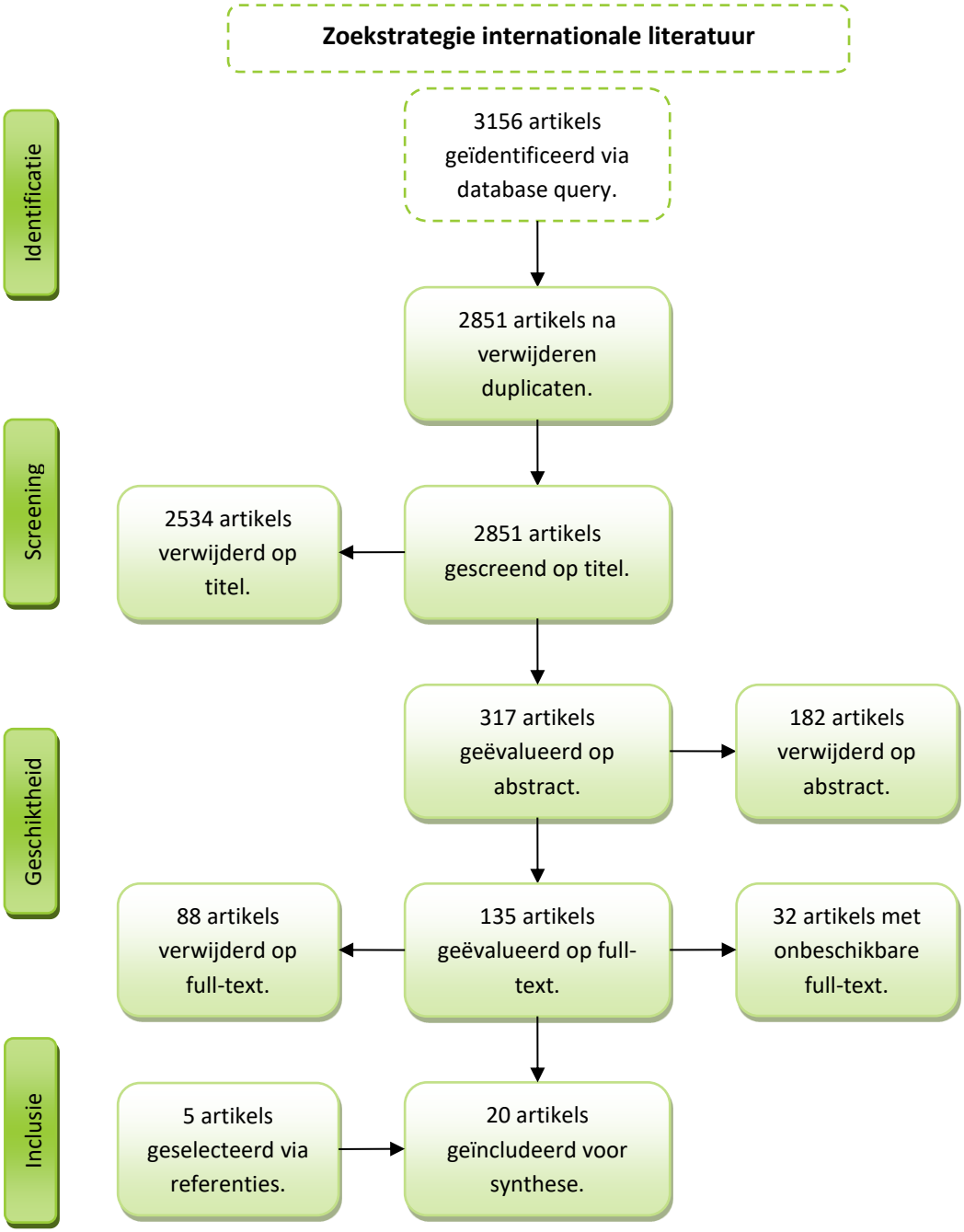
Bij deze stap kan men niet altijd nagaan of de hulpverlener hieraan voldoet, deze informatie is vaak nergens beschikbaar en berust meer op de ervaring van de doorverwijzer met de hulpverlener.

Hierdoor valt men dan terug op het enkel doorverwijzen naar de hulpverleners waarmee men ervaring heeft. De sociale kaart van de doorverwijzer is dan zeer beperkt.

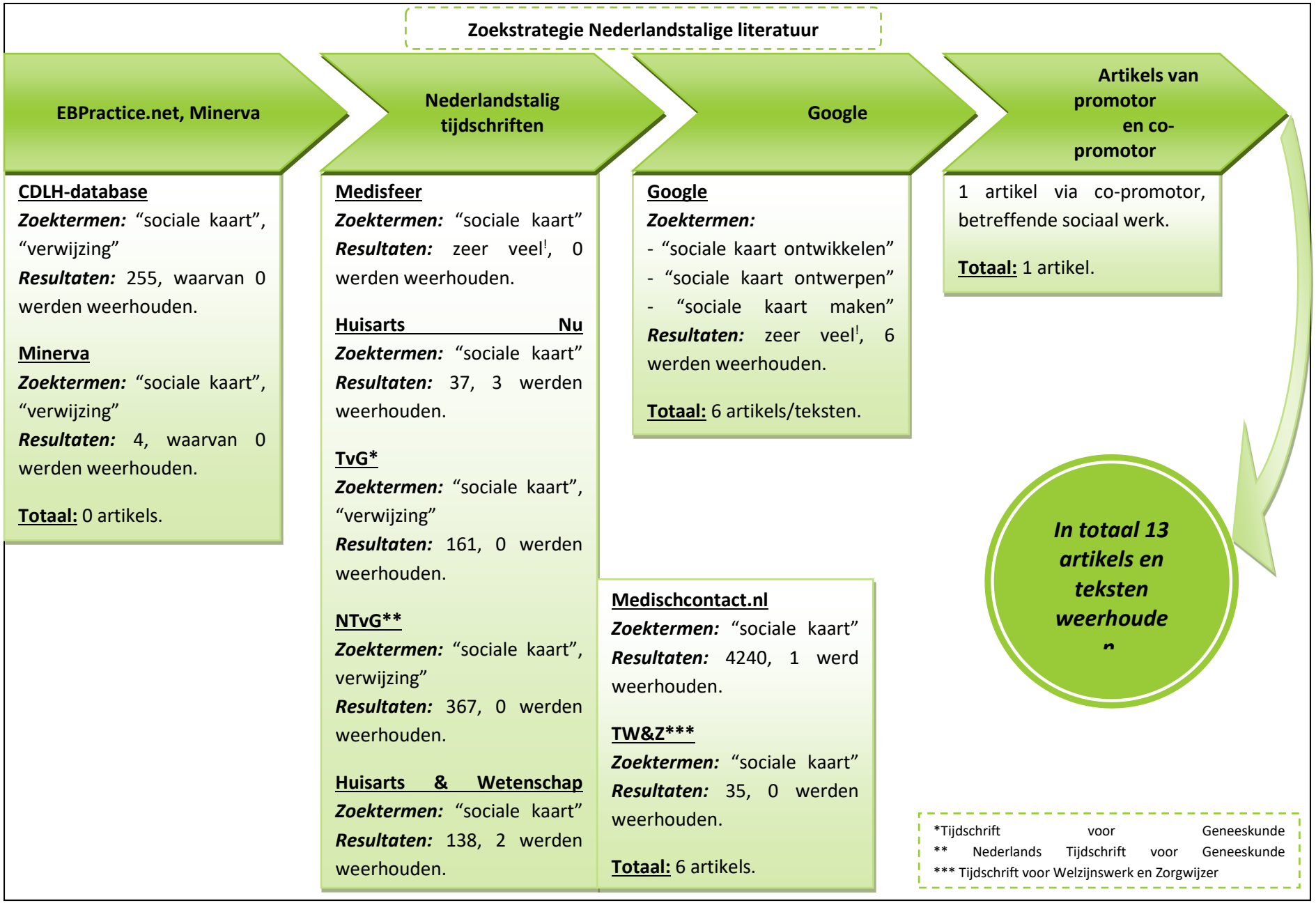
Bijlage 1: Flowchart verwijzing



Bijlage 2: Visgraatmodel moeilijke verwijzing



Bijlage 3: Zoekstrategie internationale literatuur



Bijlage 4: Zoekstrategie Nederlandstalige literatuur

VRAGENLIJST HUISARTSEN – SOCIALE KAART

*Indien u het antwoordformulier elektronisch invult en terugstuurt, mogen de **correcte antwoorden** voor de meerkeuzevragen in **vet en onderlijnd** aangeduid worden of fluoresceer.*

0. Akkoord

- ❑ **Ik verklaar hierbij meerderjarig te zijn en geheel vrijwillig deel te nemen aan deze studie.**

1. Ik maak gebruik van de volgende sociale kaart: (kruis aan en specifieer)

- ❑ Papieren sociale kaart, specifieer: .....
- ❑ Digitale sociale kaart, specifieer: .....
- ❑ Zowel een digitale als papieren sociale kaart, specifieer: .....
- ❑ Ik gebruik momenteel geen sociale kaart

2. Voor de doorverwijzing naar een andere eerstelijnshulpverlener: (kruis aan)

- ❑ Verwijs ik meestal naar voor mij gekende hulpverleners, ongeacht de noden/wensen van de patiënt.
- ❑ Zoek ik meestal voor elke patiënt opnieuw een geschikte hulpverlener aangepast aan de noden/wensen van de patiënt.
- ❑ Ik laat meestal de patiënt zelf een hulpverlener zoeken.

3. Ik ben tevreden over mijn huidige sociale kaart, omtrent: (omcirkel)

1: Zeer ontevreden; 2: ontevreden; 3: onverschillig; 4: tevreden; 5: zeer tevreden

Item	*Score*				
- Het aantal disciplines:	1	2	3	4	5
- Het aantal hulpverleners:	1	2	3	4	5
- De informatie/gegevens over de hulpverleners:	1	2	3	4	5
- Het vinden van een correcte subspecialisatie:	1	2	3	4	5
- De snelheid van het opzoeken/lokaliseren:	1	2	3	4	5
- De beschikbaarheid van de kaart (op de praktijk, op huisbezoek, …):	1	2	3	4	5
- De mate waarin de kaart 'up-to-date' is:	1	2	3	4	5
- Communicatie met de andere hulpverleners	1	2	3	4	5
- Globale tevredenheid	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

4. Als ik communiceer (doorverwijzing/verslag bij terugkeer/advies) met andere hulpverleners doe ik dit het liefste via: (kruis aan)

- ❑ Telefoon
- ❑ E-mail
- ❑ Brief (via de patiënt)

5. Ik wens/heb nood aan een nieuwe sociale kaart: Ja/Nee

6. **Ik zou veranderen van sociale kaart indien de volgende zaken aanwezig/mogelijk zijn:**

7. **Als ik naast het gebruik van mijn sociale kaart nog zaken opzoek op het internet i.v.m. hulpverleners, dan zoek ik het volgende:**

8. **Wat zou er volgens jou een grote vooruitgang zijn in de doorverwijsmogelijkheden of in het gebruik van een sociale kaart:**

9. **Ik wens zeker over de volgende informatie/functies beschikken op de online sociale kaart:**
   - ❑ Een interactieve kaart om de hulpverleners gemakkelijk te lokaliseren.
   - ❑ De kostprijs voor een consult/mogelijkheid tot derdebetalersregeling.
   - ❑ Welke hulpverleners (bv. wie van de kinesisten) nog aan huis komen.
   - ❑ De subdisciplines, bv. welke psychologen cognitieve gedragstherapie beoefenen.
   - ❑ Privénummers/DECT-nummers van de specialisten*
   - ❑ E-mailadressen
   - ❑ Functionaliteit op de smartphone/tablet
   - ❑ De voorkeursmodaliteit om contact op te nemen/te verwijzen voor elke hulpverlener
   - ❑ De voorkeurstijdstippen om contact op te nemen voor elke hulpverlener
   - ❑ Andere: .....

     .....

     .....

     .....

     .....

     .....

*De sociale kaart zal zich bevinden in een beveiligde omgeving, waarvoor men moet inloggen, om deze gegevens te beschermen.

Bijlage 6: vragenlijst hulpverleners in twee delen

VRAGENLIJST HULPVERLENERS - Deel 1

Gelieve deze zo volledig mogelijk in te vullen. Bij elk onderdeel is er de mogelijkheid om deze gegevens ***publiek of privé*** *te declareren. Zo zullen gegevens die privé gedeclareerd worden enkel ter beschikking gesteld worden op de sociale kaart voor de huisartsen op een beveiligde omgeving. De gegevens die publiek gedeclareerd worden, zullen online zichtbaar zijn voor iedereen op de website.*

Sommige gegevens werden al publiek of privé gedeclareerd voor u.

Akkoord

❑ **Ik verklaar hierbij meerderjarig te zijn en geheel vrijwillig deel te nemen aan deze studie.**

		Publiek	Privé
Naam & voornaam		X	
Indien groepspraktijk, naam praktijk:		X	
Praktijkadres *(straat, nr, postcode, stad)*		X	
Tel. Nr.		X	
GSM Nr.			
E-mailadres			
Discipline	*DISCIPLINE*	X	
Subdisciplines (kruis aan of fluoresceer)	❑ Subdiscipline 1 ❑ Subdiscipline 2 ❑ Subdiscipline 3 ❑ …	X	
Andere niet-vermelde subdisciplines?	- - - -	X	
Conventionering	Conventionering: ❑ Wel geconventioneerd ❑ Niet geconventioneerd	X	
3e betalersregeling	3e betalersregeling mogelijk: ❑ Ja ❑ Nee		
Prijs per sessie			X
Huisbezoeken mogelijk?	❑ Ja ❑ Nee		
Eigen website?		X	

VRAGENLIJST HULPVERLENERS - 2

Indien u de vragenlijst volledig anoniem wenst te versturen, kan u deze in gesloten omslag bezorgen te *PRAKTIJKADRES*, anders kan u deze samen met de andere vragenlijst terugsturen per e-mail naar *E-MAILADRES*.

*Indien u het antwoordformulier elektronisch invult en terugstuurt, mogen de **correcte antwoorden** voor de meerkeuzevragen in **vet en onderlijnd** aangeduid worden of fluoresceer.*

0. Akkoord

❑ **Ik verklaar hierbij meerderjarig te zijn en geheel vrijwillig deel te nemen aan deze studie.**

1. Ik ben in deze mate tevreden over de huidige doorverwijzingen en communicatie met de huisartsen/akkoord met volgende stellingen: (omcirkel)

1: Zeer ontevreden/Helemaal niet waar
2: Ontevreden/Niet waar
3: Onverschillig/Neutraal
4: Tevreden/Waar
5: Zeer tevreden/Helemaal waar

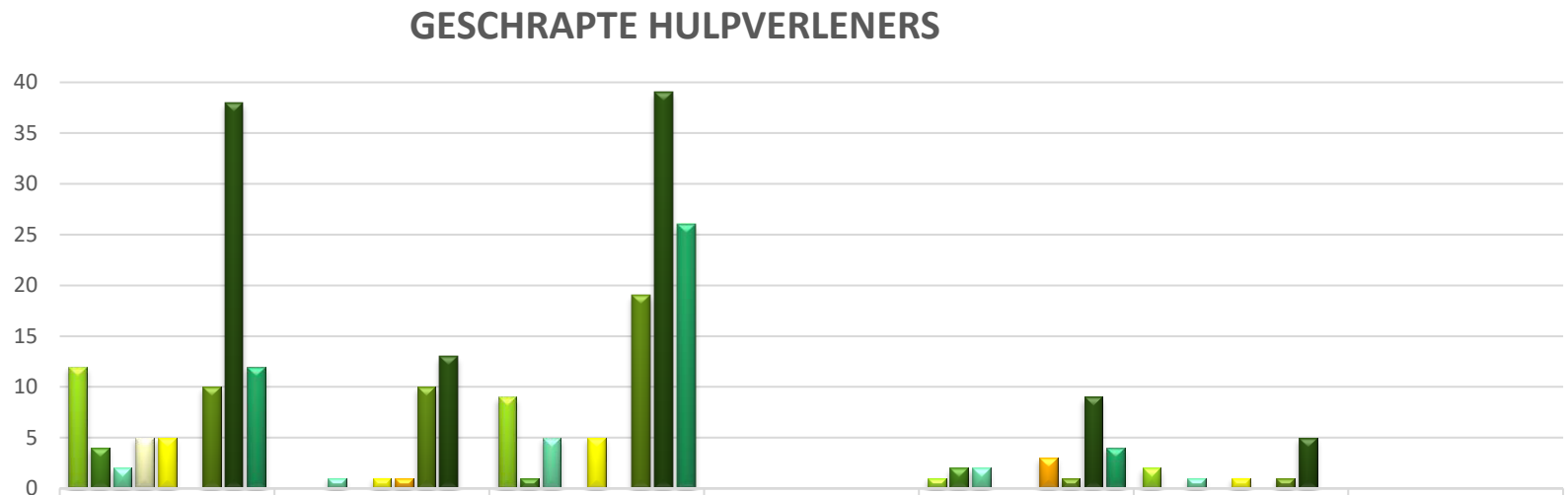
Item	*Score*				
- De huisarts is de eerstelijnshulpverlener met wie ik het **meeste** communiceer. Zo niet, wie dan wel? **.....**	1	2	3	4	5
- Als een persoon doorverwezen wordt naar mij, dan krijg ik **meestal** een verslag/boodschap met een **duidelijk omschreven** probleem.	1	2	3	4	5
- Wanneer mijn behandeling/hulp beëindigd is, stuur ik **meestal** een verslag/boodschap naar de huisarts.	1	2	3	4	5
- Als ik contact wil opnemen met doorverwijzende huisarts, dan zijn zijn/haar **gegevens snel beschikbaar/bereikbaar**.	1	2	3	4	5
- De naar mij doorverwezen patiënten vallen binnen mijn **expertise**.	1	2	3	4	5
- Globale tevredenheid over de communicatie met de huisarts.	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*

2. Als ik communiceer (doorverwijzing/verslag bij terugkeer/advies) met huisartsen, doe ik dit het liefst via: (kruis aan)

❑ Telefoon
❑ E-mail
❑ Brief (via de patiënt)

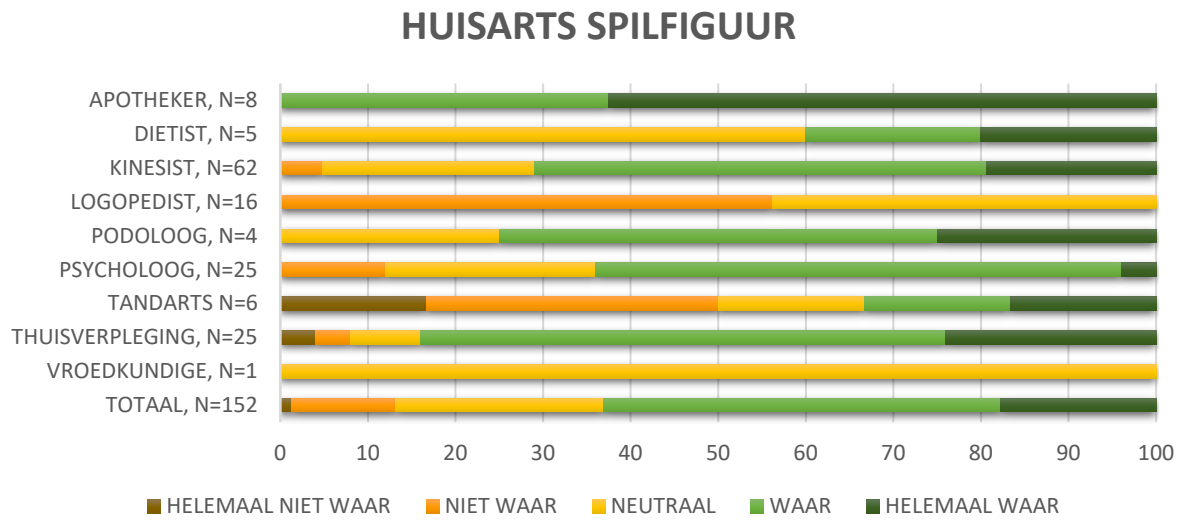
3. Volgens mij zou dit een grote vooruitgang zijn in de doorverwijsmogelijkheden:

4. Volgens mij zou dit een grote vooruitgang zijn in de communicatie met andere eerstelijnshulpverleners:

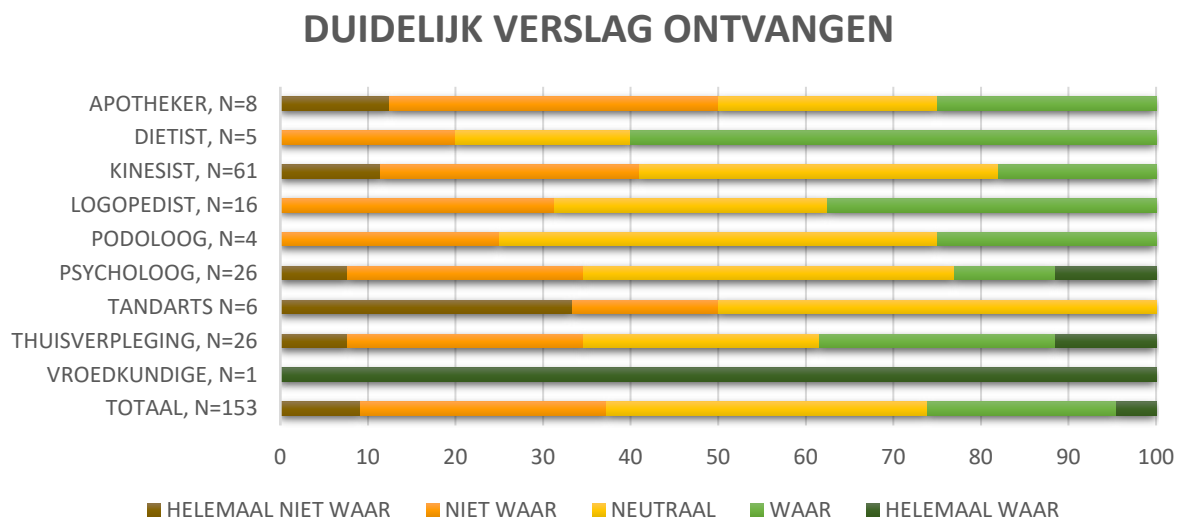


	KINESITHERAPEUTEN	PSYCHOLOGEN	THUISVERPLEGING	DIËTISTEN	PODOLOGEN	LOGOPEDISTEN	VROEDKUNDIGEN
GESTOPT	12		9		1	2	
STOPT	4		1		2		
VERHUIS	2	1	5		2	1	
WEIGERING	5						
WERKNEMER	5	1	5			1	
VERKEERDE DISCIPLINE	0	1			3		
ONBEKEND	10	10	19		1	1	
TOTAAL GESCHRAPT	38	13	39	0	9	5	
THUISZORGZAKBOEKJE	12		26		4		

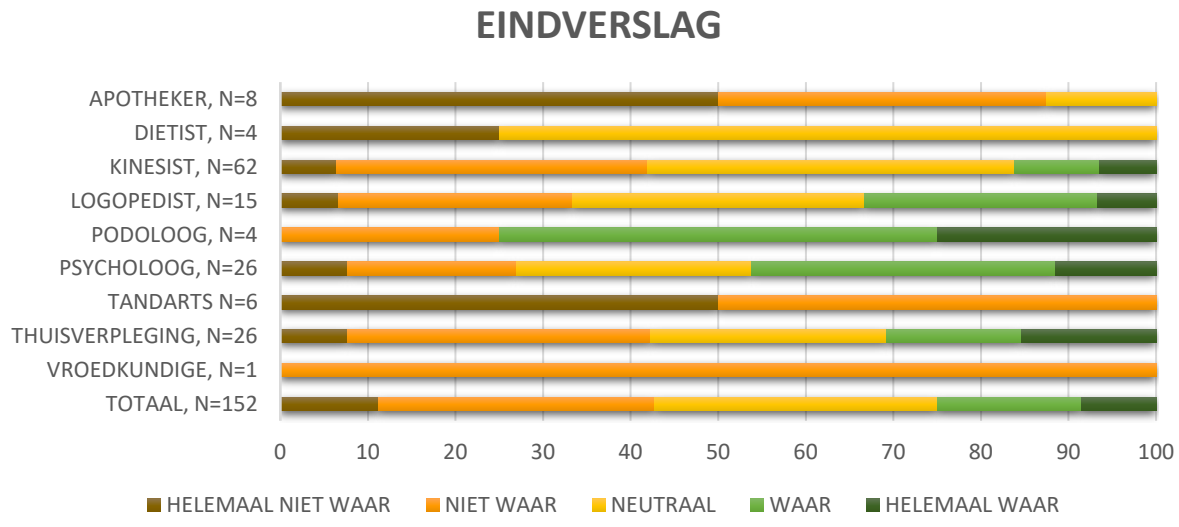
Bijlage 7: Geschrapte hulpverleners en bijhorende redenen



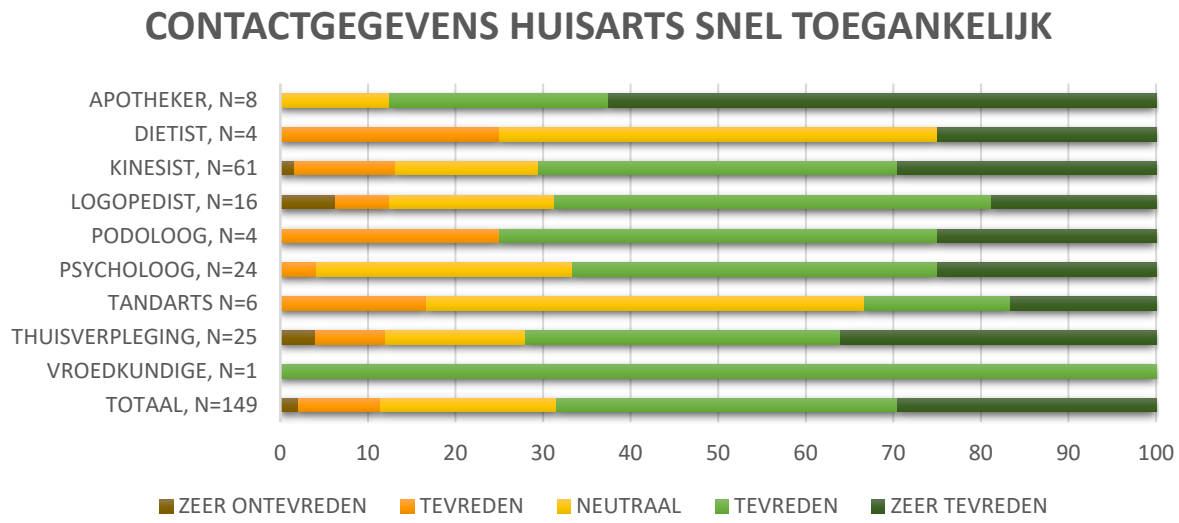
Bijlage 8: Antwoord op 'Ik communiceer het meeste met de huisarts'



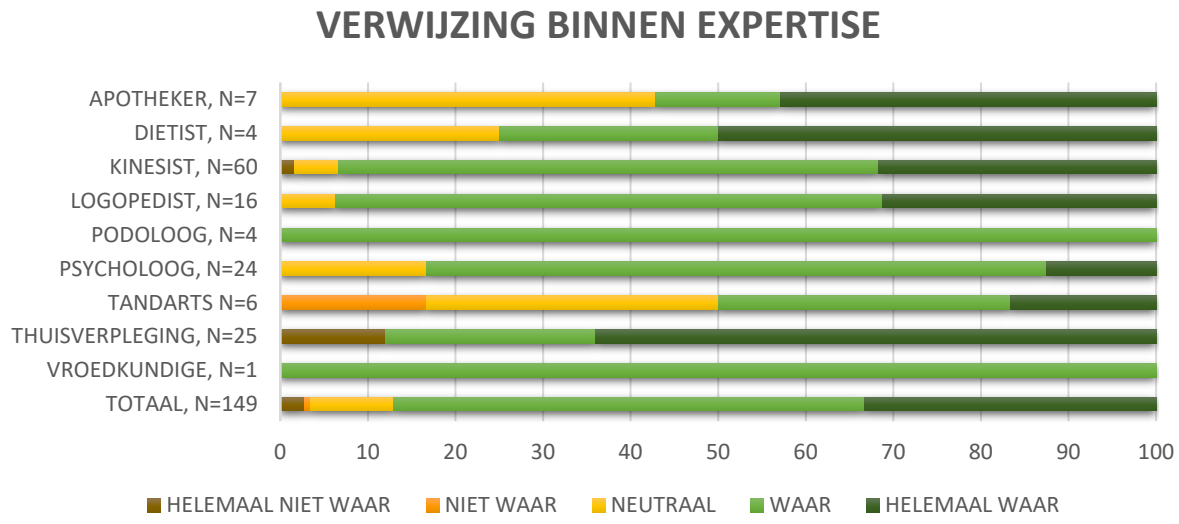
Bijlage 9: Antwoord op 'Ik ontvang een verslag met duidelijk omschreven probleem'



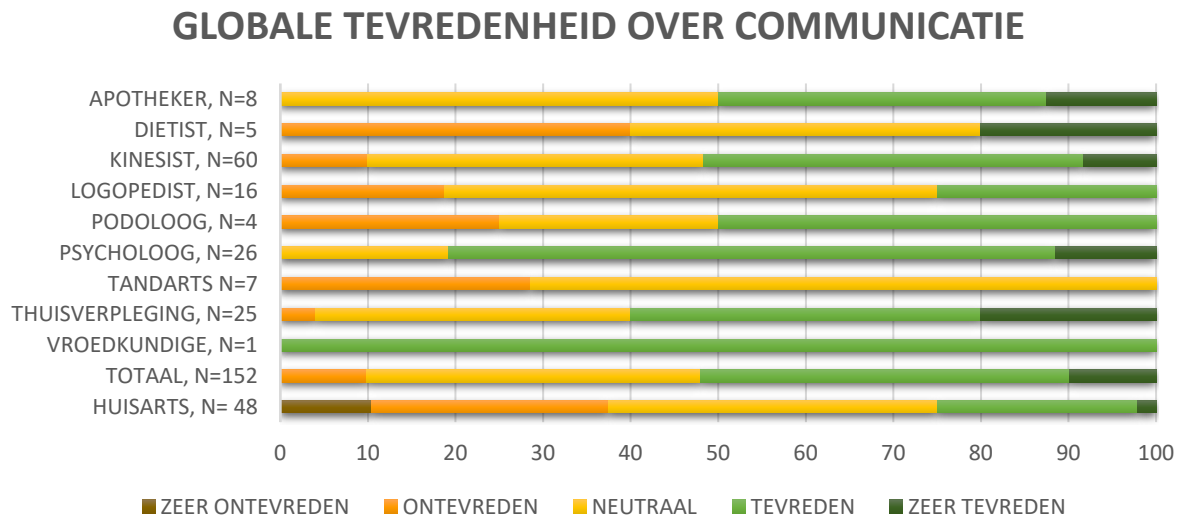
Bijlage 10: Antwoord op 'Ik stuur meestal een eindverslag terug'



Bijlage 11: Antwoord op 'Contactgegevens van de huisarts zijn snel toegankelijk'



Bijlage 12: Antwoord op 'De verwezen patiënt valt binnen mijn expertise'



Bijlage 13: Globale tevredenheid over communicatie met de huisarts

TWEEDE VRAGENLIJST HUISARTSEN

*Indien u het antwoordformulier elektronisch invult en terugstuurt, mogen de **correcte antwoorden** voor de meerkeuzevragen in **vet en onderlijnd** aangeduid worden of fluoresceer.*

0. Akkoord

❑ **Ik verklaar hierbij meerderjarig te zijn en geheel vrijwillig deel te nemen aan deze studie.**

1. Ik maak gebruik van de sociale kaart van de HAK Middenkust: Ja/Nee

a. Zo neen, specifieer: .....

.....

2. Ik ben tevreden over sociale kaart van de HAK Middenkust, omtrent: (omcirkel)

1: Zeer ontevreden; 2: ontevreden; 3: onverschillig; 4: tevreden; 5: zeer tevreden

Item	***Score***				
- Het aantal disciplines:	1	2	3	4	5
- Het aantal hulpverleners:	1	2	3	4	5
- De informatie/gegevens over de hulpverleners:	1	2	3	4	5
- Het vinden van een correcte subspecialisatie:	1	2	3	4	5
- De snelheid van het opzoeken/lokaliseren:	1	2	3	4	5
- De beschikbaarheid van de kaart (op de praktijk, op huisbezoek, …):	1	2	3	4	5
- De mate waarin de kaart 'up-to-date' is:	1	2	3	4	5
- Globale tevredenheid	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

3. Heeft u nog opmerkingen of verbeterpunten voor de sociale kaart van de HAK Middenkust?

Protocol

De volgende onderzoeksvragen zullen gebruikt worden:

1. Wat zegt de literatuur over de ontwikkeling van sociale kaarten? Wat zegt de literatuur over interdisiplinaire communicatie en de kwaliteit van zorg? (Literatuurstudie).
2. Hoe kan men kwaliteit van een online sociale kaart beoordelen? (Literatuurstudie).
3. Hoe kwaliteitsvol zijn de huidige online sociale kaarten? (Beoordeling adhv resultaten van vraag 2).
4. Is er vraag naar een nieuwe sociale kaart? Wat is er noodzakelijk bij een sociale kaart? (Enquête, reeds afgenomen*, zie annex 2)
5. Hoe verloopt de communicatie van huisartsen naar eerstelijnshulpverleners en vice versa? (Enquête, deels afgenomen* zie annex 2)
6. Hoe wordt een nieuwe sociale kaart onthaald? Zijn er nog punten voor verbetering? (Enquête, nog af te nemen en evaluatie statistieken van webverkeer van website)

De opbouw is dus als volgt: onderzoek (1-4) – ontwikkeling (4-5) – implementatie – evaluatie (6).

Bij vraag 4 t.e.m. 6 worden vragenlijsten afgenomen bij huisartsen en eerstelijnshulpverleners. Bij de huisartsen werd al een vragenlijst afgenomen (zie annex 2 & 3). Er werden geen patiëntengegevens bevraagd en werd volledig vrijwillig ingevuld. Wegens de timing van de wachtdienstvergadering werd deze vragenlijst op dat moment al afgenomen. Dit werd reeds gemeld aan mevr. Van de Moortele (e-mail in annex 2).

De vragenlijsten (zie annex 4A en 4B) voor de andere hulpverleners zijn deze als volgt opgesteld:

- De eerste vragenlijst heeft betrekking tot de contactgegevens en specificatie van de expertise om een adequate doorverwijzing te bewerkstelligen. Deze gegevens kunnen als ‘publiek’ of ‘privé’ declareren. Zo zullen gegevens die privé gedeclareerd zijn als vertrouwelijk beschouwd worden en worden enkel ter beschikking gesteld worden op de sociale kaart voor de huisartsen in een aparte omgeving, en beveiligd met een loginzone en SSL-certificaat (voor meer informatie over de beveiliging, zie annex 5).

De gegevens die publiek gedeclareerd worden, zullen online zichtbaar zijn voor iedereen op de website van de HuisartsenKring Middenkust.

- De tweede vragenlijst heeft betrekking tot de evaluatie van de doorverwijzing en de interdisciplinaire communicatie. De gegevens zullen gecodeerd worden en nadien statistisch verwerkt worden. Bij de publicatie van de resultaten is de anonimiteit verzekerd.

De twee vragenlijsten worden samen verstuurd, gezien de eerste vragenlijst de gegevens vraagt van de hulpverlener, zijn deze vragenlijsten in principe niet anoniem. Een informatieblad (zie annex 6) wordt meegegeven bij wijze van ‘informed consent’. Een echt ‘consent’-formulier is niet aanwezig, aangezien we ervan uitgaan (zie ook informatieblad, annex 6) dat het invullen van de vragenlijst telt als instemmen met de studie. Indien de hulpverlener niet akkoord gaat met de studie of niet wenst deel te nemen, dan zal hij/zij de vragenlijst niet invullen. Indien de hulpverleners volledig anoniem

wensen deel te nemen, dan kan de tweede vragenlijst in een gesloten omslag opgestuurd worden naar de opleidingspraktijk.

De website en sociale kaart zullen gemaakt worden via Wordpress, waarvoor enige software aangekocht moet worden. De registratie van het domein en de webhosting zullen gebeuren via One.com. De kosten voor de technische ontwikkeling en functionaliteit worden gedragen door de HAK Middenkust.

In annex 7 kunnen enkel schermafdrukken gezien worden over een voorbeeld website en functionaliteit van de sociale kaart. De volledige functionaliteit kan nog niet getoond worden omdat de software nog niet aangekocht is. De schermafdrukken zijn gebaseerd op de gratis versie van de software. Een tabel met slimme zoekfunctie (indien gewenst, kan getest worden op https://www.wpgmaps.com/demo/map-with-markers-listed-below-advanced/) wordt gekoppeld aan de interactieve map. Er komt een locatiefunctie zodat de hulpverleners dichtst bij de patiënt zichtbaar gemaakt worden, bv. binnen een straal van 1 km.

Bijlage 16: Goedkeuring Commissie voor Medische Ethiek

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2018/0373	21-mrt-18	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
De ontwikkeling van een aangepaste sociale kaart voor de regio Oostende - Bredene (MaNaMa Dave Vanderputte)

Belgisch Registratienummer: B670201835752

* Adviesaanvraagformulier versie 1 dd. 28/02/2018 (volledig ontvangen dd. 07/03/2018)
* Antwoord onderzoekers dd. 13/03/2018 (ontv. via mail dr. D. Vanderputte dd. 14/03/2018) op opmerkingen EC dd. 14/03/2018)
* Informatieformulier
  Informatieblad (annex 6) dd. 13/03/2018
* Diverse
  - Uitleg masterproef (annex 1 dd. 13/03/2018)
  - E-mail verloop masterproef (annex 2 dd. 13/03/2018)
  - Beveiliging (annex 5 dd. 13/03/2018)
  - Voorbeeld website (annex 7 dd. 13/03/2018)
* Vragenlijsten
  - Vragenlijst huisartsen (annex 3 dd. 13/03/2018)
  - Vragenlijst hulpverleners - 1 (annex 4a dd. 13/03/2018)
  - Vragenlijst hulpverleners - 2 (annex 4b dd. 13/03/2018)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 21/03/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 21/03/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 21/03/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 21/03/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 17/04/2018
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/04/2018

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2018/0373	21-mrt-18	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2018/0373

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. S. WILLEMS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be