Veilig naar de huisarts tijdens een pandemie?

Een onderzoek met focus op het afsprakensysteem en de organisatorische kenmerken van huisartspraktijken.

Ghekiere Simon, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Willems Sara, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Vanden Bussche Piet, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

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.

Abstract

CONTEXT: Sinds eind december 2019 houdt het nieuwe coronavirus SARS-CoV-2 de wereld in haar greep. Begin februari 2020 bereikte dit virus ook België, waardoor een uiterst snelle en ongeziene reorganisatie van de gezondheidszorg zich op drong. Het afkondigen van het noodplan huisartsgeneeskunde impliceerde dat alle niet-urgente zorg diende uitgesteld te worden. Hierdoor kwam patiëntveiligheid in de eerstelijnszorg onder een beduidende druk te staat en in het bijzonder bij kwetsbare patiëntgroepen.

Vanaf 23 april 2020 kon de gezondheidzorg in de huisartspraktijken opnieuw opgestart worden, mits dit in veilige omstandigheden kon gebeuren. Een ingrijpende en doordachte (re)organisatie in de huisartspraktijk drong zich op. Eén onderdeel hiervan lijkt een veilig systeem voor afspraken met oog voor preventie van infectie-overdracht te zijn.

ONDERZOEKSDOELSTELLINGEN: Het achterhalen van de samenhang tussen praktijkgrootte en het afsprakensysteem in de preventie van infectie-overdracht. Het onderzoeken of de aanwezigheid van een secretariaat een rol kan spelen in een afsprakensysteem met oog op de preventie van infectie-overdracht.

METHODE: Een nieuw meetinstrument voor het in kaart brengen van patiëntveiligheid werd ontwikkeld op basis van een systematische literatuurstudie, theoretische raamwerken, praktijkervaringen van HAIO's en een expertenbevraging. Dit instrument werd via het REDCap survey platform tussen mei en juni 2020 elektronisch via verschillende kanalen aan huisartspraktijken aangeboden. De vragenlijst werd door 128 deelnemers volledig ingevuld.

RESULTATEN: Duo- en groepspraktijken lijken meer hun patiënten te informeren via het online afsprakensysteem of de praktijkwebsite. Daartegenover moeten patiënten bij solo-artsen iets meer de reden voor consultatie aangeven en dit zowel op een online als telefonische manier. Zij maken echter minder gebruik van een voordien opgemaakt protocol voor het beantwoorden van de telefoon. Dat protocol is bovendien minder op een officiële richtlijn gebaseerd of besproken tijdens een intern overleg. Videoconsultaties werden in alle praktijkvormen op het moment van de bevraging weinig gebruikt.

Het online afsprakensysteem lijkt bij aanwezigheid van een secretariaat minder gebruikt te worden. Bij het beantwoorden van de telefoon wordt er in aanwezigheid van een onthaal- of administratief medewerker duidelijk meer gebruik gemaakt van een uitgewerkt protocol. Zo het infectierisico van een gemaakte afspraak onduidelijk lijkt te zijn, gaan praktijken met secretariaat meer de desbetreffende patiënten hieromtrent contacteren.

CONCLUSIE: De COVID-19 pandemie deed de eerstelijns gezondheidszorg in Vlaanderen nadenken over hoe patiënten met infectieuze symptomen op een veilige manier in de huisartspraktijk ontvangen kunnen worden. Een doordacht afsprakensysteem lijkt hierin een essentiële rol te spelen. Deze masterproef kan aangeven dat er een samenhang bestaat tussen de praktijkgrootte en het afsprakensysteem in de preventie van infectie-overdracht. Ook de aanwezigheid van een secretariaat speelt hierin een belangrijke rol.

Het ontwikkelde meetintstrument kent heel wat potentieel gezien het in minstens vijf Europese landen verder gebruikt zal worden. Daarnaast is verder longitudinaal onderzoek op basis van het ontwikkelde instrument reeds ingepland.

CONTACT: simon.ghekiere@student.kuleuven.be

Inhoudstafel

Abstract ***3***

Inhoudstafel ***4***

1. Inleiding ***6***

1.1. Kwaliteitszorg in tijden van een pandemie 6

1.2. Persoonlijke motivatie 7

1.3. Onderzoeksvraag en doelstellingen 7

2. Oriënterende literatuurstudie ***9***

2.1. Inleiding 9

2.2. Methode 9

2.3. Resultaten 9

2.3.1. Kwaliteit van zorg 9

2.3.2. Patiëntveiligheid 10

2.3.3. Patiëntveiligheidsincidenten 11

2.3.4. Patiëntveiligheidscultuur 11

2.3.5. Patiëntveiligheid en organisatorische kenmerken van huisartspraktijken 12

2.3.6. Een veilige patiëntenstroom tijdens de COVID-19 pandemie 13

2.4. Besluit 14

3. Experimenteel luik ***15***

3.1. Procedure 15

3.2. Dataverzameling 16

3.3. Deelnemers en informed consent 16

3.4. Dataverwerking 17

3.5. Commissie voor Medische Ethiek 17

3.6. Internationaal luik en longitudinaal studiedesign 17

4. Resultaten ***18***

4.1. Praktijkkenmerken 18

4.1.1. Deelnemende huisartspraktijken 18

4.1.2. Praktijkgrootte 18

4.1.3. Solo-, duo- en groepspraktijken 19

4.1.4. Aanwezigheid van een onthaal- of administratief medewerker 19

4.2. Veilig afsprakensysteem 19

4.2.1. Online en telefonisch maken van afspraken door patiënten 19

4.2.2. Maatregelen ter reductie van het infectierisico 21

4.2.3. Videoconsultaties 23
5. Discussie 24
5.1 Praktijkgrootte 24
5.2 Patiëntveiligheid in de verschillende organisatievormen 25
5.3 Een onthaal- of administratief medewerker in de praktijk 26
5.4 Beperkingen van het onderzoek 27
5.5 Toekomstig onderzoek 28
6. Besluit 29
7. Dankwoord 30
8. Referenties 31
9. Bijlagen 33
9.1. Goedgekeurd protocol 33
9.2. Gunstig advies Commissie voor Medische Ethiek 36
9.3. Informatiebrief en vragenlijst voor deelnemers 38

1. Inleiding

1.1. Kwaliteitszorg in tijden van een pandemie

Sinds eind december 2019 houdt het coronavirus SARS-CoV-2 de wereld in haar greep. Deze nieuwe stam uit een familie van coronavirussen werd nooit eerder bij mensen geïdentificeerd en is de verwekker van 'coronavirus disease 19' (COVID-19). Het acroniem SARS staat voor 'Severe Acute Respiratory Syndrome' en maakt duidelijk dat het gaat om een RNA-omkapseld longvirus dat symptomen zoals koorts, hoesten of ademhalingsproblemen veroorzaakt. Ook uitgesproken vermoeidheid, spierpijn of het plotse verlies van smaak en/of geur is mogelijk. Een infectie kan leiden tot ongecompliceerde ziekte, milde of ernstige pneumonie waardoor een opname met ademhaling ondersteunende maatregelen soms levensnoodzakelijk is. Bepaalde personen vertonen heel weinig tot geen symptomen. Daarentegen hebben bepaalde patiëntenpopulaties een hoger risico op een ernstig beloop. Hierin spelen leeftijd en de aanwezigheid van onderliggende medische aandoeningen een belangrijke rol.[1]

Na identificatie van de causale pathogeen te Wuhan in China op 31 december 2019 door de lokale gezondheidsautoriteiten volgde een razendsnelle eerste golf van internationale verspreiding met onder meer wereldwijd minstens 10,3 miljoen bevestigde besmettingen en 507.435 dodelijke slachtoffers.[2] In België leidde de uitbraak tot minstens 61.509 bevestigde COVID-19 gevallen, 17.776 ziekenhuisopnames en ruim 9754 overlijdens.[3]

Begin februari 2020 bereikte dit voorheen ongekende en virulente pathogeen België. Ook in dit land drong een uiterst snelle en ongeziene reorganisatie van de gezondheidszorg zich op. Hierdoor stonden ziekenhuizen, met in het bijzonder de diensten spoedgevallen en intensieve zorgen, onder zware druk. Ook huisartsgeneeskunde wordt niet meer beoefend zoals voordien. Er waren veel vragen, aanpassingen, maar ook nieuwe opportuniteiten.[4]

Op 14 maart 2020 bracht het Comité Hospital & Transport Surge Capacity richtlijnen uit die de het uitstellen van alle niet-essentiële consultaties, onderzoeken en ingrepen verplicht maakte. Als cruciale doel had deze maatregel het kunnen waarborgen van de capaciteit om patiënten met COVID-19 de best mogelijke zorg te kunnen toedienen. Deze maatregel is vervolgens door een richtlijn van Sciensano ook van toepassing verklaard op de ambulante zorg in privépraktijken.[5]

Door het op 16 maart 2020 afkondigen van het noodplan huisartsgeneeskunde met het verplicht uitstellen van alle niet-urgente zorg kwam patiëntveiligheid in de eerstelijnszorg tijdens de COVID-19 pandemie onder een beduidende druk te staat en in het bijzonder bij kwetsbare patiënt-groepen.[6]

Huisartsen vervulden in de COVID-19 pandemie een essentiële sleutelrol, omdat ze heel vaak het eerste aanspreekpunt vormden voor patiënten met symptomen of vragen. Huisartspraktijken werden geconfronteerd met ongeziene organisatorische en structurele uitdagingen zoals onder meer een gewijzigd takenpakket met hoofdzakelijk triage en telefonische of videoconsultaties, een intensieve samenwerking met de tweedelijnszorg en een beperkte beschikbaarheid van middelen qua infrastructuur, personeel en persoonlijk beschermingsmateriaal.

Het weren van patiënten uit de huisartspraktijk leek echter niet blijvend haalbaar te zijn. Een heropstart van de courante acute, chronische en preventieve huisartsenzorg drong zich op. Gradueel werden er versoepelde richtlijnen doorgevoerd waardoor vanaf 23 april 2020 de gezondheidzorg in de huisartspraktijken geleidelijk opnieuw opgestart kon worden, mits dit kon gebeuren in veilige omstandigheden.[7,8]

Een eerste stap hierin leek dan ook een doordachte (re)organisatie van de praktijk met onder andere een veilig systeem voor afspraken te zijn. Domus Medica formuleerde tien vuistregels voor een veilige heropstart. Belangrijke onderdelen hierbij zijn het uitsluitend werken op afspraak met het voorzien van voldoende tijd, het desinfecteren van kabinetten na elke consultatie, het invoeren van tele- en videoconsultaties en het beschermen van de patiënt en jezelf als arts tijdens consultaties en huisbezoeken.[9]

In deze masterproef wordt nagegaan hoe huisartspraktijken met dit afsprakensysteem zijn omgegaan om de kans op verspreiding van infectie binnen de muren van de huisartspraktijk en daarbuiten zo veel mogelijk tegen te gaan. Lijkt er hierbij een samenhang te zijn met praktijkgrootte? Heeft de aanwezigheid van een secretariaat hierin een bepalende functie?

1.2. Persoonlijke motivatie

Over de laatste decennia lijkt de samenstelling van huisartspraktijken sterk gewijzigd te zijn. Waar aanvankelijk solo-artsen het Vlaamse landschap gingen domineren, lijken er nu voornamelijk (multidisciplinaire) groepspraktijken en ook (forfaitaire) wijkgezondheidscentra te bestaan. Schaalvergroting heeft ongetwijfeld gunstige gevolgen inzake kwaliteit van zorg, maar ook gevoeligheden of valkuilen. Deze schaalvergroting en de impact op kwaliteit van zorg vormde de aanvankelijke basis voor het onderwerp van mijn masterproef. De initiële opzet was om bepaalde kwaliteitsaspecten, waaronder patiëntveiligheid, van huisartspraktijken in kaart te brengen. Bovendien diende het een kwaliteitsbevorderende en sensibiliserende leidraad te worden voor praktijken die uit hun voegen aan het treden waren en zich genoodzaakt voelden om te gaan uitbreiden. Wellicht kon het ook verrijkend geweest zijn voor de eigen opleidingspraktijk in een gemeente met een toenemend tekort aan huisartsen.

In dit nieuwe en brandend actuele SARS-CoV-2 virus kon voor het onderwerp van mijn masterproef echter een ware opportuniteit gevonden worden om het thema patiëntveiligheid te bestuderen.

De uitgesproken maatregelen die door de overheid opgelegd werden om deze pandemie zo goed mogelijk in te dijken zorgden namelijk voor een ware herorganisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen, en dit zowel binnen de ziekenhuizen als in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het leek voor mij uiterst boeiend te zijn om na te gaan hoe de huisartspraktijken concreet zijn omgegaan met de COVID-19 pandemie.

Bovendien leek het interessant te zijn te achterhalen of bepaalde organisatorische kenmerken, waaronder praktijkgrootte, van huisartspraktijken hier een belangrijke factor bij zijn geweest. Kon deze pandemie zorgen voor een uitgesproken stijlbreuk met de eerder aanwezige vorm van veilig medische handelen?

1.3. Onderzoeksvraag en doelstellingen

Deze masterproef probeert inzichten te verwerven over patiëntveiligheid binnen huisarts-praktijken tijdens de actuele COVID-19 pandemie. Onder patiëntveiligheid hoort een veilige patiëntenstroom met een doordacht systeem voor afspraken.

Het doel van deze masterproef is tweeledig. Ten eerste wordt er onderzocht of er een samenhang bestaat tussen praktijkgrootte en het afsprakensysteem in de preventie van infectie-overdracht. Ten tweede wordt nagegaan of het aanwezig zijn van een onthaal- of administratief medewerker een bepalende factor speelt op het afsprakenysteem in de preventie van infectie-overdracht.

De onderzoeksvragen in deze masterproef worden als volgt geformuleerd:

Onderzoeksvraag 1: 'Wat is de relatie tussen praktijkgrootte en de preventie van infectie-overdracht?'

Onderzoeksvraag 2: 'Hoe kan de aanwezigheid van een onthaal- of administratief medewerker in de praktijk een rol spelen in de preventie van infectie-overdracht?'

2. Oriënterende literatuurstudie

2.1. Inleiding

Vooral sinds de verspreiding van het coronavirus SARS-CoV-2 zich buiten de Chinese landsgrenzen verderzette, werd de situatie goed opgevolgd door de Belgische gezondheidsautoriteiten. Huisartspraktijken werden in de initiële fase overspoeld met snel evoluerende richtlijnen en dit via verschillende kanalen. COVID-19 was dan ook voor alle gezondheidszorg medewerkers 'hot topic' waardoor het quasi dagelijks noodzakelijk was om de snel veranderende ontwikkelingen en wetenschappelijke inzichten rondom COVID-19 te raadplegen. In Vlaanderen waren de richtlijnen van Domus Medica en Sciensano belangrijke naslagwerken voor de dagelijkse praktijkvoering.

Een initiële literatuurstudie over patiëntveiligheid werd herbekeken. Deze kon, mits aanpassing en bijsturen, gebruikt worden om het thema te verder te exploreren. Hierbij werden verschillende instrumenten voor het meten van patiëntveiligheid en de hierbij horende indicatoren onder de loep genomen. Aanvullend werd er in de literatuur gezocht naar antwoorden op de onderzoek-vragen.

2.2. Methode

Voor de literatuurstudie werd er gebruik van de watervalmethode. Hierbij werd er gezocht naar Belgische en internationale richtlijnen met betrekking tot de onderzoeksvraag. Dit leverde echter geen resultaat op. Ook werd er via de ICHO-zoekmotor gezocht naar bestaande masterproeven. Geen van alle masterproeven handelden over kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid of een pandemie. Enkele masterproeven hebben het over praktijkgrootte en de rol van praktijk-assistentie. Deze werden bijgevolg doorgenomen.

Vervolgens werd er op zoek gegaan in databanken, waaronder PubMed en Google Scholar. Via een zoekopdracht met MeSH (Medical Subject Heading) termen konden bruikbare en interessante artikels gevonden worden. In de zoekstrategie werden volgende MeSH-termen al dan niet gecombineerd gebruikt: primary care, primary health care, ambulatory care, outpatient, family practice, family medicine, private practice, general practice, quality of health care, patient safety, safety climate, safety culture, safety management en team features. Thesaurus kon aanvullend helpen om synoniemen van zoekwoorden te vinden om zo de opbrengst te maximaliseren. Citaatgericht zoeken via Google Scholar leverde bijkomend heel wat interessante literatuur op.

Aansluitend werden de artikels geselecteerd op basis van titel en abstract. Systematische reviews en artikels die in de laatste 5 jaar gepubliceerd werden, kregen een bijzondere aandacht. Door finaal gebruik te maken van de sneeuwbalmethode, het screenen van de referentielijst uit de reeds geselecteerde artikels, werd bijkomend relevante literatuur gevonden. Enkele artikels werden op aanraden van mijn co-promotor gelezen.

2.3. Resultaten

2.3.1. Kwaliteit van zorg

In het najaar van 2000 publiceerde het Amerikaanse 'Institute of Medicine' met 'To Err is Human: Building a Safer Health System' een baanbrekend rapport.[10] Hierin werd eerder sensationeel gesteld dat jaarlijks 44.000 tot 98.000 overlijdens in Amerikaanse ziekenhuizen het gevolg zijn van

vermijdbare medische fouten. Deze mijlpaal kon ervoor zorgen dat kwaliteit van zorg in de meeste ontwikkelde landen een belangrijk nieuw onderzoeksdomein werd, initieel vooral in ziekenhuizen, maar later ook in de eerstelijnsgezondheidszorg.[11]

Kwaliteit van zorg kan gedefinieerd worden als 'de mate waarin de geleverde zorg voor individuen en voor de gemeenschap overeenkomt met de gewenste zorgresultaten en in overeenstemming is met de actuele professionele kennis en inzichten'. In België is kwaliteitsvolle dienstverstrekking een basisrecht volgens de Belgische Wet op de patiëntenrechten en de Europese richtlijn 2011/24/EU.[12]

Twee jaar later, in 2001, kwam het 'Institute of Medicine' met een vervolg op deze innovatieve publicatie. 'Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century' gaat verder op de originele studie en formuleert zes hoofddoelen of domeinen voor verbetering van het bestaande systeem van gezondheidszorg. Deze zes geformuleerde domeinen zijn patiëntveiligheid, efficiëntie, effectiviteit, patiëntgerichtheid, gelijkwaardigheid en tijdigheid.[13] Hieraan werden door de Strategische Adviesraad voor het Vlaams Welzijns-, en Gezondheids- en Gezinsbeleid aanvullend integratie en continuïteit toegevoegd.[12] In deze masterproef wordt er gefocust op het domein patiëntveiligheid, al is een zekere overlap met andere domeinen ook mogelijk.

2.3.2. Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid definiëren lijkt helemaal niet eenvoudig te zijn. Verstappen HJM et al. kon hiervoor in een literatuurstudie meer dan 25 definities terugvinden. Bovendien bestaat er volgens hen geen duidelijke consensus over wat patiëntveiligheid in de eerste lijn precies betekent.[14]

De Wereldgezondheidsorganisatie geeft hiervoor een volgende definitie:

'Patient safety is the absence of preventable harm to a patient during the process of health care and reduction of risk of unnecessary harm associated with health care to an acceptable minimum. An acceptable minimum refers to the collective notions of given current knowledge, resources available and the context in which care was delivered weighed against the risk of non-treatment or other treatment.'[15]

Vertaald naar het Nederlands komt dit overeen met 'de afwezigheid van te voorkomen schade bij een patiënt tijdens een proces binnen de gezondheidszorg en de reductie van het risico op onnodige schade geassocieerd aan deze gezondheidzorg tot een acceptabel minimum.'[15]

De nood aan een goede definitie voor patiëntveiligheid en de hieraan gekoppelde overige begrippen wordt ook geformuleerd door Wagner et al. en dit op een iets toegankelijkere manier. Patiënveiligheid is volgens hen het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte lichamelijke schade en/of psychische schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem.[16]

Een eenvoudig voorbeeld kan gevonden in de aandacht voor en het gebruik van een vast stappenplan voor bloedafnames. Als onderdeel hiervan worden de tubes meteen na afname voorzien van een identificatie op basis van patiëntennaam, initialen of barcode zodat de kans op een staalwissel tot een minimum wordt herleid. Hierdoor wordt voorkomen dat de verkeerde patiënt bijvoorbeeld aan een medicatiewijziging of aanvullend onderzoek onderworpen wordt. Bij het wel ontstaan van dergelijke onbedoelde gebeurtenis spreekt men van een incident.

2.3.3. Patiëntveiligheidsincidenten

Een patiëntveiligheidsincident kan omschreven worden als iedere vermijdbare gebeurtenis in de zorg die de patiënt schade heeft toegebracht of had kunnen toebrengen.[14,17]

Als voorbeeld voor een patiëntveiligheidsincident kan volgende casus omschreven worden: als gevolg van het niet gedocumenteerd of actief bevraagd zijn van de mogelijkheid tot zwangerschap bij een patiënte werd teratogene medicatie voorgeschreven zonder dat de medicatie-waarschuwingsmodule binnen het elektronisch medisch dossier hiervoor een melding gaf. Een tweede voorbeeld is de afwezigheid van een veilig protocol voor het communiceren van ontregelede INR-waardes bij patiënten met voorkamerfibrillatie onder vitamine-K-antagonisten waardoor deze hiervan laattijdig of niet op de hoogte worden gesteld. Hierdoor hebben ze een sterk verhoogde kans op een bloeding of trombose.

Hoewel incidenten met betreking tot patiëntveiligheid vaker voorkomen in de tweedelijns-gezondheidszorg en doorgaans ernstiger zijn, is het belangrijk te benadrukken dat het merendeel van patiëntencontacten zich situeert in de eerstelijnsgezondheidszorg. In de tweede lijn kunnen tussen 3 en 17 % van de patiënten met een veiligheidsincident geconfronteerd worden. Een systematische literatuurstudie heeft aangetoond dat dit in de eerstelijn 'slechts' over 2 tot 3 % van de consultaties gaat. Daarvan worden 4 % geassocieerd met ernstige nefaste gevolgen voor de patiënt.[18]

Er wordt geschat dat het optreden van patiëntveiligheidsincidenten in de eerstelijns-gezondheidszorg ligt tussen de 5 en 80 incidenten per 100.000 consultaties in het Verenigd Koninkrijk.[19] Een groot dossieronderzoek in de Nederlandse eerstelijnsgezondheidszorg vond patiëntveiligheidsincidenten in 2,5% van alle contacten en met merkbare gevolgen voor de patiënten in 0,7% van de gevallen.[14] Dergelijke cijfers voor België konden in de literatuur niet teruggevonden worden. Er is bij ons nog geen onderzoek uitgevoerd naar de omvang, de aard en de gevolgen van incidenten in de eerste lijn.[12]

Als gevolg van de eerder beschreven verscheidenheid aan definities voor patiëntveiligheid lijkt een taxonomie met een algemeen aanvaarde woordenschat essentieel te zijn voor verder onderzoek met een correcte ontwikkeling van meetinstrumenten.[12]

Deze nood aan een relevante taxonomie voor patiënveiligheidsincidenten wordt ook beschreven door Dovey et al. In hun studie proberen ze hiervoor een raamwerk te creëren. Dit raamwerk kan dienen voor het begrijpen van de bedreigingen op patiëntveiligheid in de eerstelijns-gezondheidszorg. Het heeft dan ook als doel verder onderzoek te gaan ondersteunen en lijkt bijgevolg een belangrijk fundament te zijn voor deze masterproef.[20]

2.3.4. Patiëntveiligheidscultuur

Patiëntveiligheidscultuur kan volgens Reiman et al. omschreven worden als de bereidheid tot en het vermogen van een organisatie om patiëntveiligheid te gaan begrijpen, maar ook de bereidheid en het vermogen om te reageren op patiëntveiligheid.[21]

In de literatuur kunnen diverse vragenlijsten terug gevonden worden voor het meten van patiëntveiligheid of patiëntveiligheidscultuur. Het zijn immers instrumenten om patiënt-veiligheidscultuur te boordelen om zo snel informatie met betrekking tot veiligheidsproblemen te identificeren waarna actie ondernomen kan worden. De meeste van deze instrumenten

werden echter ontwikkeld voor de tweede lijn. Instrumenten heel specifiek voor de eerste lijn zijn dan ook dringend nodig.[22,23,24]

2.3.5. Patiëntveiligheid en organisatorische kenmerken van huisartspraktijken

Het Vlaamse eerstelijns zorglandschap kent huisartspraktijken van verschillende groottes wat betreft het aantal artsen dat er werkzaam is. Eerder arbitrair kunnen huisartspraktijken ingedeeld worden in solo-, duo- of groepsprakijken. Een groepspraktijk is een samenwerkingsverband tussen drie of meer artsen. Dit is echter niet de enige manier om praktijkgrootte te gaan definiëren. Een tweede classificatie kan op basis van het aantal patiënten dat zich verbindt met een praktijk. In Vlaanderen komt dit neer op het aantal globaal medisch dossiers (GMD) waarvan een praktijk houder is. In forfaitaire praktijken gaat dit over het aantal patiënten dat zich in het medisch huis heeft ingeschreven. Een derde bepaling is mogelijk op basis van het aantal bezoldigde en niet-bezoldigde medewerkers.

Er lijkt over de afgelopen decennia een belangrijke stijging te zijn van het aantal groepspraktijken in Vlaanderen. Een startende huisarts in 1970 deed dit vrijwel steeds solo. Indien men toen toch koos voor een samenwerkingsverband was dit heel vaak onder de vorm van een duopraktijk. Slechts 2 % van alle huisartsen werkte toen in een groepspraktijk. Dit percentage kende over de jaren een belangrijke stijging en in 2007 werkte 42 % van alle huisartsen in een groepspraktijk. Solopraktijken zijn steeds minder populair geworden. Naast de tendens tot een aanwezigheid van meer groepspraktijken ten aanzien van solopraktijken, kent het aantal artsen per groepspraktijk ook een belangrijke stijging over de jaren. In 1970 werkten er gemiddeld 3,53 huisartsen in een groepspraktijk, in 2005 waren dat er 3,95. Bovendien zijn onder andere rurale eigenschappen, geslacht van de huisarts en leeftijd belangrijke determinanten in de keuze voor een praktijkvorm.[25]

Een optimale praktijksamenstelling of -grootte definiëren lijkt een uiterst complexe opdracht te zijn. Daarenboven bestaat er een belangrijke variatie onder huisartspraktijken wat betreft kwaliteit van zorg en deze variatie kan nauwelijks verklaard worden door praktijkgrootte.[26]

De organisatie waarin een arts werkt, kan wel bepalend zijn voor de geleverde kwaliteit van zorg. Praktijkgrootte is een organisatorisch kenmerk dat bepaalde processen en klinische resultaten in huisartspraktijken kan beïnvloeden.[27] Een bezorgdheid dat kleinere praktijken niet in een even grote kwaliteitszorg kunnen voorzien in vergelijking met groepspraktijken wordt in bepaalde studies geopperd.[28] Medewerkers in kleinere praktijken lijken bijvoorbeeld een betere patiëntrelatie te hebben. Bovendien lijken deze kleinere praktijken beter toegankelijk te zijn en is er ook een grotere patiënten tevredenheid.[29,30] Een kanttekening die hierbij gemaakt kan worden, is dat er geen eenduidige definitie is wat betreft praktijkgrootte en dat deze ook in verschillende landen op een andere manier gemeten wordt.[27]

In de systematische review van Charis Wei Ling en Kok Ping wordt omschreven dat er weinig evidentie bestaat voor een verband tussen praktijkgrootte en kwaliteit van zorg in de eerste lijn. Verschillende groottes van huisartspraktijken kennen dan ook verschillende sterktes en zwaktes. Bovendien is praktijkgrootte niet het enige organisatorische kenmerk dat kwaliteit van zorg kan beïnvloeden. Teamklimaat, financiële beweegredenen en de tijd die besteed wordt aan een patiëntencontact lijken bijvoorbeeld een grotere impact te kennen.[27]

2.3.6. Een veilige patiëntenstroom tijdens de COVID-19 pandemie

Sinds het afkondigen van het noodplan huisartsgeneeskunde op 16 maart 2020 werden huisartsen verplicht om hun praktijkwerking radicaal aan te passen. Gezondheidszorgcontacten die als niet-urgent werden beschouwd dienden uitgesteld te worden. Deze maatregel had als cruciale doel het kunnen beheersen van de pandemie. Dit uitstellen van zorg hield vanzelfsprekend belangrijke risico's in waardoor patiëntveiligheid in het gedrang kwam. Er was naast het risico op COVID-19 namelijk ook een toenemend risico op 'collateral damage'. Als voorbeeld van deze laatste term kan volgende casus beschreven worden: een patiënt met een ernstige aandoening, bijvoorbeeld een acuut myocardinfarct of ernstige infectie, werd laattijdig gezien, omdat hij of zij niet eerder naar de huisartspraktijk durfde te komen of doordat een telefonisch inschatting tot een niet vereiste actie leidde.

Een gefaseerde en veilige heropstart drong zich dan ook op. Domus Medica publiceerde een belangrijk synthesedocument voor het veilig heropstarten van de reguliere zorg voor patiënten die niet verdacht zijn voor COVID-19. Deze aangepaste werking voor huisartspraktijken was noodzakelijk en dit zolang de endemische noodzaak dat vraagt.[31]

Een veilige heropstart houdt in dat patiënten met COVID-19 gerelateerde symptomen te allen tijde uit de huisartspraktijk geweerd worden. Het is immers zo dat er absoluut moet vermeden worden dat er een overdracht van infectie volgt als gevolg van contact tussen patiënt en patiënt (in de wachtzaal), tussen patiënt en personeel (onthaal- of administratief medewerker) of tussen patiënt en arts. Aldus dient er een onderscheid gemaakt te worden tussen de patiënten die verdacht zijn voor COVID-19 en patiënten die dit niet zijn. Dit onderscheid wordt bemoeilijkt door het gegeven dat 10 tot 15% van de met het SARS-CoV-2 virus besmette personen asymptomatische zijn.[31,32]

Patiënten dienen op de hoogte gesteld te worden van die gewijzigde werking en toegankelijkheid van de huisartspraktijk. Informeren van patiënten kon door het hangen van een affiche op de deur en het plaatsen van een gelijkaardige boodschap op de praktijkwebsite en op het afspraak-systeem. Aanvullend dienen alle medewerkers binnen de praktijk duidelijke instructies te krijgen voor contact met patiënten.[32]

Een consultatie inplannen kan veelal op verschillende manieren. Heel wat huisartspraktijken werken met een online agenda voor het maken van een consultatie. Dit systeem zorgt voor een belangrijke daling van de telefonische belasting van de praktijk. Dit kent echter zijn beperkingen omdat bijvoorbeeld de reden voor een consultatie niet steeds duidelijk is.

Domus Medica gaf aan dat de online agenda blijvend bruikbaar is, mits er een duidelijke en patiëntvriendelijke boodschap weergegeven wordt. Dit omvat dat er geen consultaties ingepland kunnen worden voor infectieuze luchtwegpathologie. Indien mogelijk worden de patiënten voor het fysiek consult telefonisch gecontacteerd om navraag te doen naar symptomen die mogelijk op een COVID-19 infectie kunnen wijzen.[31] Nochtans opperde Dirk Avonts, senior-arts kennisgroep preventie van Domus Medica en hoofdredacteur Huisarts Nu, eerder om de online agenda gesloten te houden. Door louter een mededeling te plaatsen dat enkel personen zonder bovenste luchtwegklachten afspraak mogen inplannen, ligt de verantwoordelijkheid bij de patiënt. Een telefonisch gesprek met risico-inschatting van het infectierisico door een arts kent de voorkeur.[33]

Om verdere verspreiding van het virus tegen te gaan kwam voor de huisarts de nadruk te liggen op de telefonische consultaties. Deze telefonische consultaties zijn echter niet nieuw en maken in bepaalde landen reeds deel uit van de dagelijkse praktijkvoering. In België bestaat er echter

geen gestructureerd systeem voor telefonische triage. In de huidige klinische praktijkvoering vervult de telefonische consultaties veelal een triagefunctie. In dat geval voert men een gesprek, alvorens er contact is met de arts. Op basis van dit gesprek bepaalt de arts de urgentie van de klachten: dringende of riskante zaken worden alsnog doorverwezen.[34]

2.4. Besluit

Sinds de publicatie van 'To Err is Human: Building a Safer Health System' werd kwaliteit van zorg in de meeste ontwikkelde landen een belangrijk nieuw onderzoeksdomein, initieel vooral in ziekenhuizen, maar later ook in de eerstelijnsgezondheidszorg. Patiëntveiligheid is hierin een essentieel domein en hiervoor werden verschillende meetinstrumenten ontwikkeld. Deze zijn echter voornamelijk ontwikkeld voor de tweede lijn.

Als onderdeel van patiëntveiligheid is een patiëntenstroom met een doordacht afsprakensysteem een belangrijk element dat bovendien onder een belangrijke druk kwam te staan door de heersende COVID-19 pandemie.

In de richtlijnen van Domus Medica en Sciensano konden huisartspraktijken een belangrijke basis vinden voor een veilig ondersteunen en ontvangen van patiënten in een periode waarin courante huisartsenzorg helemaal niet evident meer was.

3. Experimenteel luik

Voor deze masterproef werd gekozen voor een onderzoeksmethode uitgaande van een eigen ontwikkeld online meetinstrument op basis van theoretische raamwerken, praktijkervaringen van HAIO's en een expertenbevraging.

3.1. Procedure

Via een systematische zoekopdracht konden bestaande instrumenten voor evaluatie van patiëntveiligheid of veiligheidscultuur binnen de eerstelijnsgezondheidszorg gevonden worden. Deze instrumenten worden in deze masterproef niet verder beschreven. Gezien geen van deze instrumenten voldoende aansloot op de eigen wensen werd beslist om een nieuw instrument voor kwantitatief onderzoek te ontwikkelen.

Het was immers zo dat deze gevonden instrumenten vrij algemene zaken gingen bevragen. Ook de hierin gedefinieerde domeinen waren soms minder van toepassing voor de eigen onderzoeksvraag. Ze vormden echter wel een basis tot kritisch nadenken.

Voor de ontwikkeling van een eigen instrument werd een basis gevonden in de Rand Modified Delphi procedure. Deze methode is nationaal en internationaal aanvaard voor het ontwikkelen van een meetinstrument op basis van indicatoren. De ontwikkeling bestaat uit vijf belangrijke stappen: (1) het samenstellen van een groep experten met betrekking tot de materie, (2) een literatuurstudie met het verzamelen van mogelijke kwaliteitsindicatoren, (3) de ontwikkeling van het online meetinstrument, (4) het bereiken van een consensus onder de onderzoekers en (5) een kritische evaluatie. In deze masterproef werd echter van deze vaste procedure afgeweken. De experten werden immers na de bevraging niet meer betrokken voor het bereiken van een consensus, waardoor stap vier niet werd voltooid.

Een belangrijke basis voor de selectie van domeinen en indicatoren kon gevonden worden in de verschillende dimensies van kwaliteit van zorg, geformuleerd door het 'Institute of Medicine' in de publicatie 'Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century'.[13] Ook het raamwerk van Reiman et al. met de verschillende aspecten van patiëntveiligheidscultuur leek een vrij belangrijke naslagwerk te zijn.[21] Daarnaast kon ook de publicatie van Dovey et al over de taxonomie van patiëntveiligheidsincidenten verhelderende inzichten geven.[20]

Verder werd het instrument ontwikkeld op basis van praktijkervaringen van huisartsen-in-opleiding. Dit gebeurde tijdens een videogesprek met de eigen seminariegroep. Er werd nagedacht welke aspecten van patiëntveiligheid er opgenomen moesten worden. Deze werden verwoord in indicatoren. Tevens werden belangrijke organisatorische en structurele praktijkkenmerken geïdentificeerd. Na onderling overleg werd als unit van analyse de huisartspraktijk gekozen.

Het instrument werd vervolgens onderworpen aan het oordeel van vijf Vlaamse experten in de materie. Deze experts werden geselecteerd en gerekruteerd in overleg met promotor en co-promotor, beiden lid van het Expertisecentrum Quality and Safety Ghent, een interdisciplinair expertisecentrum voor kwaliteit en veiligheid in de eerste lijn en de transdisciplinaire zorg binnen de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van Universiteit Gent. Daarnaast werd ook een methodologisch expert geconsulteerd. Alle experts met uitzondering van de methodologisch expert hebben ervaring met betrekking tot kwaliteit van zorg. Vervolgens werden ze persoonlijk aangesproken en werd hen de vraag tot medewerking aan het onderzoek gesteld. Na toestemming werd hen een e-mail gestuurd met verdere informatie en in bijlage ook het

rekruteringsmateriaal. De items op de vragenlijst werd voorzien van informatie zodat het voor de experten duidelijk was wat men via een bepaald item wilde te weten te komen. Er werd hun gevraagd in welke mate de geformuleerde items geschikt waren om opgenomen te worden in de vragenlijst. Een antwoord werd gegeven op basis van een Likert vijfpuntenschaal, variërend van helemaal niet geschikt tot helemaal geschikt als item binnen het domein. Ook over de lengte van de vragenlijst werd hen vragen gesteld. Daarenboven werd er gepeild naar mogelijke herformuleringen of tekortkomingen bij de items.

Het instrument werd door de experten als voldoende valide beschouwd, waardoor indruks-validiteit werd bekomen. Ook een methodologisch expert gaf opmerkingen over het instrument wat mede bijdragend was tot de bekomen indruksvaliditeit. Op basis van de feedback van experten feedback kon het instrument verder tot een finale versie aangepast worden.

Dit instrument werd opgedeeld in zes delen. Een eerste deel bevat een set van tien algemene vragen die peilen naar structurele en organisatorische kenmerken van huisartspraktijken. Ze peilen naar de actuele situatie in huisartspraktijken op het moment van invullen.

Hierop volgen de overige vijf delen met een totaal van 28 items, die in sommige gevallen verder onderverdeeld werden. De vijf delen hebben respectievelijk als titel ‘patiëntenstroom’ (13 items), ‘infectiepreventie’ (5 items), ‘informatieverwerking’ (2 items), ‘communicatie naar patiënten’ (5 items) en ‘samenwerking, collegialiteit en zelfzorg’ (8 items).

Omwille van beperkingen in tijd en haalbaarheid beperkt deze masterproef zich tot het verdiepen van de sectie met betrekking tot patiëntenstroom. Bijgevolg zal een belangrijk deel van de data zal nu niet verder geanalyseerd worden. Onder de resultaten en in de discussie worden louter gegevens uit het eerste (algemene gegevens) en tweede deel (patiëntenstroom met afsprakensysteem) van het instrument beschreven gezien deze relevant zijn voor het formuleren van antwoorden op de specifieke onderzoeksvragen van deze masterproef. De overige delen bevatten ander belangrijke domeinen van patiëntveiligheid en zullen door het onderzoeksteam op latere tijdstippen bekeken worden.

3.2. Dataverzameling

Het finale instrument werd eind april 2020 op het online survey platform REDCap geïnstalleerd. Na installatie werd aan tien personen uit de eigen vriendenkring gevraagd om het instrument willekeurig in te vullen om het zo te controleren op eventuele technische, taalkundige of lay-out gerelateerde fouten. De dataverzameling is gestart op 20 mei 2020. In onderling overleg met de co-promotor van deze masterproef werd de dataverzameling afgerond op 30 juni 2020.

3.3. Deelnemers en informed consent

Er werd gepoogd om een representatief staal van Vlaamse huisartspraktijken te bereiken. Hiervoor werden verschillende kanalen gecontacteerd: Domus Medica, ’t HOP, Jong Domus, de lokale huisartsenkring HAMWVL, de verenging van wijkgezondheidscentra en verschillende seminariegroepen van HAIO’s. Ook werd Facebook als social media platform gebruikt om verschillende groepen van artsen of HAIO’s aan te spreken. Een belangrijke groep hiervoor was de recent ontwikkelde ‘COVID-19 voor artsen’. Als laatste werden kennissen persoonlijk aangeschreven. Hierbij werd er ook gebruikt gemaakt van de sneeuwbalmethode. Hierbij werd er als vertrekpunt een e-mail gestuurd naar mogelijke geïnteresseerden uit de kennissenkring van het onderzoeksteam. Vervolgens verspreidden deze kennissen het instrument verder naar personen van wie zijn denken dat ze mogelijk geïnteresseerd zijn in deelname.

Vooraleer het instrument ingevuld kon worden, kreeg de deelnemer een informatiebrief te lezen. Het invullen van de vragenlijst, na het doornemen van de informatiebrief, impliceerde dat de deelnemer akkoord ging met het informed consent. Op het eind van de vragenlijst werd aan de deelnemer gevraagd of hij of zij een e-mailadres wilde nalaten voor contact in de toekomst. Vervolgens werden de bekomen gegevens gepseudonimiseerd.

Het doornemen van het totale instrument nam ongeveer 15 tot 30 minuten in beslag.

In totaal namen 128 unieke personen deel aan de bevraging. Er waren 156 personen die startten aan de bevraging, maar afhaakten tijdens het invullen.

3.4. Dataverwerking

De uit de online vragenlijst bekomen data kon via de REDCap software geëxporteerd worden. Voor de dataverwerking werd gebruik gemaakt van het IBM SPSS software platform. Onvolledig of incorrect ingevulde vragenlijsten werden na kritische evaluatie uit de dataset verwijderd. In de verwerking werd er een categorische variabele 'praktijkgrootte' aangemaakt die het aantal huisartsen en het aantal HAIO's samenbrengt. Deze variabele werd ingedeeld in solo- (één arts), duo- (twee artsen) en groepspraktijken (meer dan twee artsen). Vervolgens werden kruistabellen gegenereerd met de items uit het instrument als afhankelijke variabele en praktijkgrootte als onafhankelijke variabele. Hierbij werd als derde en modererende variabele de aanwezigheid van een onthaal- of administratief medewerker mede betrokken.

3.5. Commissie voor Medische Ethiek

Het onderzoeksproject werd voorgelegd aan de Commissie voor Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Gent ter goedkeuring. De goedkeuring van het project werd verkregen op 12 juni 2020 (BC-07617 E01). Een kopie van deze goedkeuring die zowel de informatiebrief als de vragenlijst omvat, werd als bijlage aan deze masterproef toegevoegd. Dit onderzoeksproject sluit aan als fase drie bij een reeds door het EC goedgekeurde studie van de promotor (BC-07617).

3.6. Internationaal luik en longitudinaal studiedesign

Gezien de positieve reacties van de deelgenomen huisartspraktijken en andere onderzoeksgroepen kon aan deze masterproef een internationaal luik gekoppeld worden. Het ontwikkelde instrument kreeg immers de opportuniteit tot verspreiding buiten de eigen landsgrenzen in een internationaal project met naam 'PRICOV-19 study'. Een gevalideerde Engelstalige vertaling van de oorspronkelijke vragenlijst werd opgemaakt via de forward-backward methode. Vervolgens werd het via een samenwerking met EQuiP (European Working Party for Quality in Primary Care) aangeboden aan onderzoeksgroepen van verschillende landen. Inmiddels gaven vijf landen een officiële bevestiging voor lokale implementatie van het instrument en dit na vertaling in de eigen landstaal: Estland, Israël, Kroatië, Slovenië en Turkije. Bovendien nemen zeven landen een samenwerking in overweging: Denemarken, Duitsland, Ierland, Kosovo, Macedonië, Oekraïne en Zweden. Daarenboven kreeg het project een 'EGPRN COVID-19 Grant' van het European General Practice Research Network.

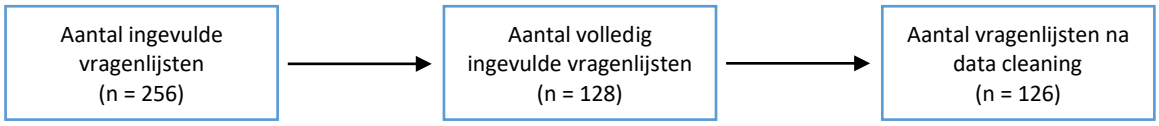
Daarnaast beschikt het instrument potentieel voor een longitudinale onderzoeksetting. Zoals eerder aangegeven werd aan de deelnemers vrijblijvend gevraagd hun e-mailadres na te laten voor contact in de toekomst. Dit biedt mogelijkheden naar een nieuwe ronde van verspreiding die momenteel voorzien is voor oktober 2020.

4. Resultaten

4.1. Praktijkkenmerken

4.1.1. Deelnemende huisartspraktijken

In totaal konden 256 personen via verschillende kanalen hun weg vinden naar de online bevraging over kwaliteitszorg in tijden van een pandemie. Van die deelnemers haakten 156 van hen af vooraleer de bevraging volledig voltooid kon worden. Het aantal volledig ingevulde vragenlijsten was 128. Data cleaning hield concreet in dat de niet-volledig ingevulde vragenlijsten verwijderd werden. Hierbij werden ook twee incorrecte datasets verwijderd gezien er werd aangegeven dat er geen artsen actief waren in de desbetreffende huisartspraktijk. De vragenlijst werd hoofdzakelijk ingevuld door een huisarts (n = 102; 81,0 %) of een huisarts-in-opleiding (n = 22; 17,5 %). Slechts 2 deelnemers hadden geen artsendiploma (n = 2; 1,6 %). Zij hadden als functie zorgcoördinator en zorgkundige. Ook werd er aangegeven dat de vragenlijst in team ingevuld kon worden, bijvoorbeeld tijdens een praktijkoverleg. Dit kon het team de opportuniteit geven om het samen te hebben over kwaliteitszorg en patiëntveiligheid. Geen van de deelnemers koos echter voor dit laatste.

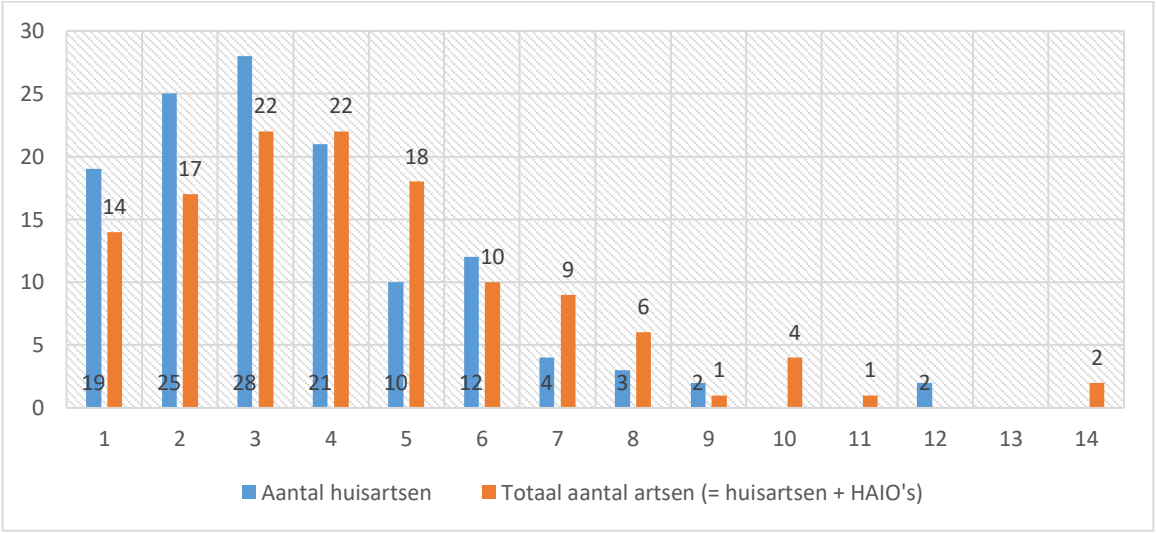


Tabel 1: het aantal vragenlijsten

4.1.2. Praktijkgrootte

Het aantal huisartsen per praktijk varieert in deze steekproef van één tot en met twaalf. Het aantal HAIO's in een praktijk varieert van geen tot en met drie. Het aantal artsen in de bevraagde huisartspraktijken varieert van één tot en met veertien.

De mediaan voor het aantal huisartsen per praktijk is drie (interkwartielafstand 3,00). Voor het aantal HAIO's is de mediaan één (interkwartielafstand 1,00). Het aantal artsen kent een mediaan van vier (interkwartielafstand 3,25) en hierbij is de Skewness 1,171 en de Kurtosis 1,909. Het gemiddelde aantal artsen per praktijk is 4,37 met een standaarddeviatie van 2,61.



Tabel 2: praktijkgrootte op basis van het aantal huisartsen

4.1.3. Solo-, duo- en groepspraktijken

Bij dit onderzoek waren er 14 deelnemende solopraktijken (11,1 %), 17 duopratijken (13,5 %) en 95 groepspraktijken (75,4 %).

4.1.4. Aanwezigheid van een onthaal- of administratief medewerker

In 70,0 % van de huisartspraktijken (n = 88) is er een onthaal- of administratief medewerker aanwezig en dit ongeacht het tewerkstellingspercentage. Hierbij kunnen we stellen dat slechts een minderheid van de solo-artsen bijgestaan wordt door een onthaal- of administratief medewerker (n = 1; 7,0 %). In duopraktijken (n = 7; 41,0 %) en vooral groepspraktijken (n = 80; 84,0 %) is deze ondersteuning vaker aanwezig.

4.2. Veilig afsprakensysteem

4.2.1. Online en telefonisch maken van afspraken door patiënten

Item: Indien patiënten online een afspraak willen maken in deze praktijk, krijgen ze een boodschap te zien die hen informeert over met welke klachten ze wel/niet naar de praktijk mogen komen.

In 58,7 % (n = 74) van de praktijken kregen patiënten dergelijke informatieve boodschap te zien. Dit was met 42,9 % (n = 6) minder het geval in solopraktijken. In duopraktijken was dit 70,6 % (n = 12) en in groepspraktijken 58,9 % (n = 56). Praktijken zonder secretariaat zorgden in 65,8 % (n = 25) van de gevallen voor het weergeven van een informatieve boodschap. In praktijken met een secretariaat was dit aantal lager, namelijk 55,7 % (n = 49).

Een groot aantal deelnemers gaf aan dat dit op het moment van invullen ‘niet van toepassing’ was (n = 40; 31,7 %). In praktijken zonder secretariaat was dit in 21,1 % (n = 8) van de gevallen, terwijl dit bij praktijken met secretariaat 36,4 % (n = 32) was.

		Ja	Nee	Weet ik niet	Niet van toepassing
Secretariaat	Solo	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Duo	71,4%	0,0%	0,0%	28,6%
	Groep	55,0%	6,3%	2,5%	36,3%
	Totaal	**55,7%**	**5,7%**	**2,3%**	**36,4%**
Geen secretariaat	Solo	46,2%	15,4%	7,7%	30,8%
	Duo	70,0%	10,0%	0,0%	20,0%
	Groep	80,0%	6,7%	0,0%	13,3%
	Totaal	**65,8%**	**10,5%**	**2,6%**	**21,1%**
Totaal	Solo	42,9%	14,3%	7,1%	35,7%
	Duo	70,6%	5,9%	0,0%	23,5%
	Groep	58,9%	6,3%	2,1%	32,6%
	Totaal	**58,7%**	**7,1%**	**2,4%**	**31,7%**

Tabel 3: het zien van een boodschap bij het maken van een online afspraak

Item: Patiënten moeten een reden vermelden bij het maken van een online afspraak in de praktijk.

Hierbij aansluitend werd bevraagd of patiënten een reden moesten aangeven bij het maken van een online afspraak. In 38,9 % (n = 49) was dit wel het geval. Niet van toepassing werd aangegeven door 41,3 % (n = 52) van de deelnemers. In praktijken met secretariaat was dit 46,6 % (n = 41), terwijl dit in praktijken zonder secretariaat 28,9 % (n = 11) was. Slechts 17,5 % (n = 22) van de praktijken maakte het opgeven van een reden via de online agenda geen verplichting. Dit laatste

was meer het geval bij duopraktijken (n = 5; 29,4 %), dan in solo- (n = 1; 7,1 %) of groepspraktijken (n = 16; 16,8 %).

		Ja	Nee	Weet ik niet	Niet van toepassing
Secretariaat	Solo	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Duo	57,1%	14,3%	0,0%	28,6%
	Groep	35,0%	13,8%	2,5%	48,8%
	Totaal	**37,5%**	**13,6%**	**2,3%**	**46,6%**
Geen secretariaat	Solo	38,5%	7,7%	7,7%	46,2%
	Duo	30,0%	40,0%	0,0%	30,0%
	Groep	53,3%	33,3%	0,0%	13,3%
	Totaal	**42,1%**	**26,3%**	**2,6%**	**28,9%**
Totaal	Solo	42,9%	7,1%	7,1%	42,9%
	Duo	41,2%	29,4%	0,0%	29,4%
	Groep	37,9%	16,8%	2,1%	43,2%
	Totaal	**38,9%**	**17,5%**	**2,4%**	**41,3%**

Tabel 4: het moeten vermelden van een reden bij een online gemaakte afspraak

Item: Patiënten moeten een reden vermelden bij het telefonisch maken van een afspraak.

Bij het maken van een telefonische afspraak werd een reden van komst actief aangegeven of bevraagd in 86,5 % (n = 109) van de praktijken. Dit was iets meer het geval bij solopraktijken (n = 13; 92,9 %) in vergelijking met duopraktijken (n = 15; 88,2 %) en groepspraktijken (n = 81; 85,3 %). Bij de solo-artsen gaf 7,1 % (n = 1) aan niet te weten of patiënten een reden moeten vermelden bij het maken van een telefonische afspraak.

		Ja	Nee	Weet ik niet
Secretariaat	Solo	100,0%	0,0%	0,0%
	Duo	100,0%	0,0%	0,0%
	Groep	87,5%	11,3%	1,3%
	Totaal	**81,6%**	**15,8%**	**2,6%**
Geen secretariaat	Solo	92,3%	0,0%	7,7%
	Duo	80,0%	20,0%	0,0%
	Groep	73,3%	26,7%	0,0%
	Totaal	**88,6%**	**10,2%**	**1,1%**
Totaal	Solo	92,9%	0,0%	7,1%
	Duo	88,2%	11,8%	0,0%
	Groep	85,3%	13,7%	1,1%
	Totaal	**86,5%**	**11,9%**	**1,6%**

Tabel 5: het moeten vermelden van een reden bij een telefonische afspraak

Item: Is er in deze praktijk een protocol voor het beantwoorden van de telefoon?

Voor het beantwoorden van een telefonische oproep kan een protocol gebruikt worden. In 48,4 % (n = 61) van de huisartspraktijken was dat protocol gebaseerd op een officiële richtlijn. Dit laatste was meer het geval bij duopraktijken (n = 9; 52,9 %), dan in groepspraktijken (n = 48; 50,5 %) en solopraktijken (n = 4; 28,6 %).

In 61,1 % (n = 77) van de huisartspraktijken was dat protocol besproken tijdens een intern overleg. Hierbij werden ook de antwoorden van solo-artsen betrokken. Van de groepspraktijken gaf 71,6 % (n = 68) aan het protocol intern besproken te hebben. In duo- en solopraktijken was dit minder het geval met respectievelijke waardes van 41,2 % (n = 7) en 14,3 % (n = 2).

Slechts 14,3 % (n = 18) gaf aan er geen protocol gebruikt wordt voor het beantwoorden van de telefoon en bij 4,8 % (n = 6) zou dit 'niet van toepassing' zijn. Van de solo-artsen gaf 14,3 % (n = 2) aan niet te weten of er een protocol bestaat voor het beantwoorden van de telefoon en in 42,9 % (n = 6) was dit protocol afwezig.

	Ja, het protocol is gebaseerd op een officiële richtlijn	Ja, het protocol is besproken op een intern overleg	Nee	Weet ik niet
Solo	28,6%	14,3%	42,9%	14,3%
Duo	52,9%	41,2%	29,4%	0,0%
Groep	50,5%	71,6%	7,4%	4,2%
Totaal	**48,4%**	**61,1%**	**14,3%**	**4,8%**

Tabel 6: de aanwezigheid van een protocol voor het beantwoorden van de telefoon

Item: Bij het beantwoorden van de telefoon in deze praktijk wordt gebruik gemaakt van een uitgewerkt protocol.

Een protocol voor het beantwoorden van de telefoons werd in 46,0 % (n = 58) van de praktijken meestal gebruikt en in 28,6 % (n = 36) altijd. Bij praktijken die 'meestal' als antwoord gaven, was dit 48,4 % (n = 46) een groepspraktijk, 46,6 % (n = 8) een duopraktijk en 28,6 % (n = 4) een solopraktijk. In 31,6 % (n = 30) van de groepspraktijken werd altijd een protocol gebruikt, terwijl dit in duopraktijken 23,5 % (n = 4) was en in solopraktijken 14,3 % (n = 2).

		Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Weet ik niet - niet van toepassing
Secretariaat	Solo	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
	Duo	0,0%	14,3%	0,0%	57,1%	28,6%	0,0%
	Groep	2,5%	1,3%	10,0%	46,3%	35,0%	5,0%
	Totaal	**2,3%**	**2,3%**	**9,1%**	**46,6%**	**35,2%**	**4,5%**
Geen secretariaat	Solo	30,8%	7,7%	0,0%	30,8%	7,7%	23,1%
	Duo	30,0%	0,0%	10,0%	40,0%	20,0%	0,0%
	Groep	13,3%	0,0%	13,3%	60,0%	13,3%	0,0%
	Totaal	**23,7%**	**2,6%**	**7,9%**	**44,7%**	**13,2%**	**7,9%**
Totaal	Solo	28,6%	7,1%	0,0%	28,6%	14,3%	21,4%
	Duo	17,6%	5,9%	5,9%	47,1%	23,5%	0,0%
	Groep	4,2%	1,1%	10,5%	48,4%	31,6%	4,2%
	Totaal	**8,7%**	**2,4%**	**8,7%**	**46,0%**	**28,6%**	**5,6%**

Tabel 7: het gebruik van een uitgewerkt protocol voor het beantwoorden van de telefoon

4.2.2. Maatregelen ter reductie van het infectierisico

Item: Patiënten die een afspraak maakten en waarbij het toch onduidelijk is of ze een infectierisico betekenen, worden opgebeld om dit na te gaan.

In 46,8 % (n = 59) van de gevallen werd aangegeven dat patiënten die een afspraak maakten en waarbij het toch onduidelijk was of ze een infectierisico betekenen, altijd werden opgebeld om dit na te gaan. Bij afwezigheid van een secretariaat zakte dit percentage naar 42,1 %. Een aanwezigheid zorgde voor een stijging tot 48,9 %.

		Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Weet ik niet - niet van toepassing
Secretariaat	Solo	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
	Duo	0,0%	0,0%	14,3%	42,9%	42,9%	0,0%
	Groep	1,3%	0,0%	10,0%	30,0%	48,8%	10,0%
	Totaal	**1,1%**	**0,0%**	**10,2%**	**30,7%**	**48,9%**	**9,1%**
Geen secretariaat	Solo	0,0%	15,4%	7,7%	23,1%	38,5%	15,4%
	Duo	20,0%	0,0%	20,0%	0,0%	50,0%	10,0%
	Groep	0,0%	6,7%	20,0%	33,3%	40,0%	0,0%
	Totaal	**5,3%**	**7,9%**	**15,8%**	**21,1%**	**42,1%**	**7,9%**
Totaal	Solo	0,0%	14,3%	7,1%	21,4%	42,9%	14,3%
	Duo	11,8%	0,0%	17,6%	17,6%	47,1%	5,9%
	Groep	1,1%	1,1%	11,6%	30,5%	47,4%	8,4%
	Totaal	**2,4%**	**2,4%**	**11,9%**	**27,8%**	**46,8%**	**8,7%**

Tabel 8: het contacteren van patiënten bij een afspraak met onduidelijk infectierisico

Item: In deze praktijk wordt voldoende tijd voorzien tussen de consultaties voor het ontsmetten van het kabinet.

Van de bevraagde praktijken gaf 65,9 % (n = 83) aan dat er altijd, 27,8 % (n = 35) meestal, 4,8 % (n = 6) soms en 0,8 % (n = 1) nooit voldoende tijd voor het ontsmetten van het kabinet voorzien wordt. Praktijken zonder secretariaat gaven voor altijd ontsmetten slechts 60,5 % (n = 23) aan, terwijl dit bij praktijken met secretariaat 68,2% (n = 60) was.

		Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Weet ik niet - Niet van toepassing
Secretariaat	Solo	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
	Duo	0,0%	0,0%	28,6%	71,4%	0,0%
	Groep	1,3%	5,0%	25,0%	67,5%	1,3%
	Totaal	**1,1%**	**4,5%**	**25,0%**	**68,2%**	**1,1%**
Geen secretariaat	Solo	0,0%	7,7%	38,5%	53,8%	0,0%
	Duo	0,0%	10,0%	10,0%	80,0%	0,0%
	Groep	0,0%	0,0%	46,7%	53,3%	0,0%
	Totaal	**0,0%**	**5,3%**	**34,2%**	**60,5%**	**0,0%**
Totaal	Solo	0,0%	7,1%	35,7%	57,1%	0,0%
	Duo	0,0%	5,9%	17,6%	76,5%	0,0%
	Groep	1,1%	4,2%	28,4%	65,3%	1,1%
	Totaal	**0,8%**	**4,8%**	**27,8%**	**65,9%**	**0,8%**

Tabel 9: voldoende tijd voor het ontsmetten van het kabinet

Item: De ronde voor huisbezoeken is aangepast zodat de patiënten met een verhoogd infectierisico door één arts op het einde van dienst ronde worden gezien.

Het merendeel van de deelnemers gaf aan dat de ronde van de huisbezoeken soms werd aangepast zodat patiënten met een verhoogd infectierisico op het einde van de ronde werden gezien. Hierbij gaf 31,7 % (n = 40) aan dit altijd te doen en 27,0 % (n = 34) meestal. In 7,9 % (n = 10) werd dit soms gedaan, in 6,3% zelden (n = 8) en in 11,9 % nooit (n = 15). Van alle deelnemers gaf 15,1 % aan dat dit niet van toepassing was en dit vooral in solo- (n = 5; 35,7 %) en duopraktijken (n= 5; 29,4 %).

		Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Weet ik niet - niet van toepassing
Secretariaat	Solo	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Duo	0,0%	0,0%	0,0%	28,6%	42,9%	28,6%
	Groep	12,5%	7,5%	10,0%	22,5%	36,3%	11,3%
	Totaal	**11,4%**	**6,8%**	**9,1%**	**22,7%**	**36,4%**	**13,6%**
Geen secretariaat	Solo	15,4%	0,0%	0,0%	38,5%	15,4%	30,8%
	Duo	0,0%	10,0%	10,0%	30,0%	20,0%	30,0%
	Groep	20,0%	6,7%	6,7%	40,0%	26,7%	0,0%
	Totaal	**13,2%**	**5,3%**	**5,3%**	**36,8%**	**21,1%**	**18,4%**
Totaal	Solo	14,3%	0,0%	0,0%	35,7%	14,3%	35,7%
	Duo	0,0%	5,9%	5,9%	29,4%	29,4%	29,4%
	Groep	13,7%	7,4%	9,5%	25,3%	34,7%	9,5%
	Totaal	**11,9%**	**6,3%**	**7,9%**	**27,0%**	**31,7%**	**15,1%**

Tabel 10: een aangepaste ronde voor huisbezoeken

4.2.3. Videoconsultaties

Item: In welke mate maakt deze praktijk op dit moment gebruik van videoconsultaties?

Bij de groepspraktijken gaf 12,7 % (n = 12) aan dat er minstens wekelijks een videoconsultatie doorging terwijl dit in solopraktijken slechts 7,1 % (n = 1) was en in duopraktijken 0,0 % (n = 0). In praktijken met een secretariaat gaf 5,7 % (n = 5) aan wekelijks een consultatie via video te voeren, 4,5 % (n = 4) dagelijks en 1,1 % (n = 1) meerdere keren per dag. Deze percentages zijn hoger dan bij praktijken zonder secretariaat, waarbij 5,3 % (n = 2) aangaf wekelijks een consultatie te voeren via video, 2,6 % (n = 1) dagelijks en 0,0 % (n = 0) meerdere keren per dag.

Van de bevraagde praktijken gaf 89,7 % (n = 113) aan dat dit nooit (n = 92; 73,0 %) of minder dan wekelijks gebruikt (n = 21; 16,7 %) werd.

		Nooit	Minder dan 1 keer per week	Wekelijks	Dagelijks	Meerdere keren per dag
Secretariaat	Solo	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Duo	71,4%	28,6%	0,0%	0,0%	0,0%
	Groep	70,0%	17,5%	6,3%	5,0%	1,3%
	Totaal	**70,5%**	**18,2%**	**5,7%**	**4,5%**	**1,1%**
Geen secretariaat	Solo	69,2%	23,1%	7,7%	0,0%	0,0%
	Duo	90,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Groep	80,0%	6,7%	6,7%	6,7%	0,0%
	Totaal	**78,9%**	**13,2%**	**5,3%**	**2,6%**	**0,0%**
Totaal	Solo	71,4%	21,4%	7,1%	0,0%	0,0%
	Duo	82,4%	17,6%	0,0%	0,0%	0,0%
	Groep	71,6%	15,8%	6,3%	5,3%	1,1%
	Totaal	**73,0%**	**16,7%**	**5,6%**	**4,0%**	**0,8%**

Tabel 11: het gebruik van videoconsultaties

5. Discussie

Deze masterproef kan aangeven dat er een samenhang bestaat tussen de praktijkgrootte en het afsprakensysteem in de preventie van infectie-overdracht. Hierbij lijken duo- en groepspraktijken meer hun patiënten te informeren via het online afsprakensysteem of de praktijkwebsite. Daartegenover lijken solo-artsen iets beter op de hoogte te zijn van de reden van een gemaakte consultatie en dit zowel op een online als telefonische manier. Zij maken echter minder gebruik van een voordien opgemaakt protocol voor het beantwoorden van de telefoon. Voornamelijk duo- en groepspraktijken hanteren voor het beantwoorden van de telefoon een protocol dat op een officiële richtlijn is gebaseerd. In groepspraktijken wordt dat protocol ook meer besproken tijdens een intern overleg in vergelijking met duo- of solopraktijken. Huisbezoeken kunnen in duo- en groepspraktijken meer ingepland worden in volgorde van het mogelijke infectierisico. Videoconsultaties werden in alle praktijkvormen op het moment van de bevraging weinig gebruikt.

Ook de aanwezigheid van een secretariaat speelt een bepaalde rol in dat afsprakensysteem. Het online afsprakensysteem lijkt bij aanwezigheid van een secretariaat minder gebruikt te worden, wellicht doordat praktijken hierbij de aanbeveling van Domus Medica volgen en gezien de onthaalmedewerker kan helpen bij het beantwoorden van de inkomende telefoons. Bij het beantwoorden wordt er in aanwezigheid van een onthaal- of administratief medewerker duidelijk meer gebruik gemaakt van een uitgewerkt protocol. Daartegenover kent die aanwezigheid een negatieve impact op het moeten vermelden van een reden bij het maken van een telefonisch contact. Zo het infectierisico van een gemaakte afspraak onduidelijk lijkt te zijn worden patiënten meestal of altijd opgebeld. Hierin kent de aanwezigheid van een secretariaat eveneens een belangrijke positieve rol.

5.1 Praktijkgrootte

Zoals in de literatuurstudie aangegeven kan praktijkgrootte op verschillende manieren gedefinieerd worden. Voor deze masterproef werd gekozen om het totale aantal artsen, namelijk de som van huisartsen en HAIO's, als maat voor praktijkgrootte te gebruiken. Een belangrijke reden hiervoor kon gevonden worden in de onderzoeksdoelstellingen. Het is immers zo dat HAIO's een zo goed als volwaardige agenda voor consultaties en huisbezoeken hebben. Een veilige patiëntenstroom door middel van een goed afsprakensysteem is dan ook bij hen van toepassing.

De gemiddelde huisartspraktijk telt in deze studie is 4,37 artsen. Dit laatste cijfer is hoger dan het gemiddeld aantal huisartsen per praktijk in 2005, waar HAIO's niet werden meegeteld (gemiddeld 3,95 artsen).[25] Doordat de vereniging van wijkgezondheidscentra werd gecontacteerd voor verspreiding van de vragenlijst kon er verwacht worden dat dit gemiddelde hoger zou zijn dan het gemiddelde uit 2005. Ook werden HAIO's actief gecontacteerd en dit via verschillende kanalen. Eén HAIO in de opleidingspraktijk impliceert steeds de aanwezigheid van een praktijkopleider. Hieruit volgt dat de grootte van een huisartspraktijk minstens dubbel zo groot is als het aantal HAIO's die er aanwezig zijn.

Praktijkgrootte kan geoperationaliseerd worden in drie groepen: solo-, duo- en groepspraktijken. Deze onderverdeling is gebaseerd op een samenwerkingsverband van huisartsen. HAIO's worden in deze termen niet meegerekend gezien deze veelal tijdelijk aanwezig zijn in de praktijk. Omwille van de onderzoeksdoelstellingen werd in deze masterproef de aanwezigheid van een HAIO wel in rekening gebracht voor de termen solo-, duo- of groepspraktijken.

Recente cijfers voor het aantal artsen per Vlaamse huisartsenpraktijk konden niet achterhaald worden. Ook de Vlaamse verdeling met betrekking tot solo-, duo of groepspraktijken kon niet

bekomen worden. Bijgevolg was het niet mogelijk om de resultaten uit de steekproef te vergelijken met de actuele Vlaamse verdeling.

5.2 Patiëntveiligheid in de verschillende organisatievormen

Een belangrijke eerste stap in het voorkomen van de verspreiding van infecties in huisarts-praktijken lijkt een doordacht en veilig afsprakensysteem te zijn. Hierbij is het van belang dat patiënten geïnformeerd worden wanneer ze wel of niet de praktijk voor een consultatie kunnen betreden. Het geven van die informatie aan patiënten via een boodschap op de praktijkwebsite of op het afsprakenysteem was in sommige praktijken wellicht een nieuw gegeven.[11]

Vooral in duo- en groepspraktijken was dergelijke boodschap aanwezig. In 14,3 % van de solopraktijken was er geen boodschap aanwezig, meer dan in de andere praktijksamenstellingen. Echter, een groot deel van deze solo-artsen gaf aan dat een website en online afsprakensysteem 'niet van toepassing' was. Het al dan niet aanwezig zijn van een praktijkwebsite of online afsprakensysteem werd bevraagd, maar buiten beschouwing van de analyse gelaten. Een verklaring voor het antwoorden met 'niet van toepassing' kan ofwel gevonden worden in het niet gebruiken van een online agenda in de desbetreffende praktijken, ofwel doordat de online agenda buiten gebruik werd gesteld als gevolg van de aanbeveling van Domus Medica.[10]

Hierbij aansluitend werd bevraagd of patiënten een reden moesten aangeven bij het maken van een online afspraak. In 38,9 % was dit wel het geval en dit was iets meer bij solo-artsen dan bij duopraktijken en vervolgens groepspraktijken. 'Niet van toepassing' werd aangegeven door 41,3 % van de deelnemers. Als verklaring kan ook hierbij het buiten gebruik stellen van de online agenda gegeven worden.[10] Slechts 17,5 % van de praktijken maakte het opgeven van een reden via de online agenda geen verplichting, waardoor er geen notie was over het eventuele infectierisico. Dit laatste was meer het geval bij duopraktijken (29,4 %) dan in solo- (7,1 %) of groepspraktijken (16,8 %).

Wanneer de telefoon in een huisartspraktijk opgenomen wordt, kan dit door een arts, een onthaal- of administratief medewerker of een ander teamlid zijn. Voor het maken van een telefonische afspraak werd meer een reden gevraagd bij solopraktijken dan bij duo- of groepspraktijken. Wellicht heeft een patiënt van een solopraktijk meer kans om rechtstreeks met zijn huisarts te spreken, waardoor de redenen voor consultatie sneller gedeeld of duidelijker bevraagd kunnen worden.

Het beantwoorden van de telefoon tijdens de COVID-19 pandemie gebeurde niet steeds via een vooropgesteld protocol. Er leek een belangrijk impact te zijn van de praktijksamenstelling. In duo- of groepspraktijken was het zo dat er meer gebruik gemaakt werd van een protocol dat op een officiële richtlijn gebaseerd was in vergelijking met solopraktijken. Bovendien werd dit protocol ook meer intern overlegd in groepspraktijken (71,6 %) dan in duopraktijken (41,2 %) of solopraktijken (14,3 %). Ongeveer een vierde van de solopraktijken gaf aan geen dergelijk protocol te hebben.

Opmerkelijk bij solopraktijken was het aangeven van 'niet van toepassing' in 21,4 % of 'nooit' in 28,6 % bij het gebruiken van een uitgewerkt protocol voor het beantwoorden van de telefoon. Die percentages bij solo- of duopraktijken waren beduidend lager. Daarentegen kon de data aantonen dat een uitgewerkt protocol meer gebruikt werd bij groepspraktijken in vergelijking met duo- en groepspraktijken.

Het merendeel van de deelnemers gaf aan dat de ronde van de huisbezoeken soms, meestal of altijd werd aangepast zodat patiënten met een verhoogd infectierisico op het einde van de ronde werden gezien. Van alle deelnemers gaf 15,1 % aan dat dit niet van toepassing was en dit vooral in solo- (35,7 %) en duopraktijken (29,4 %). Het lijkt evident te zijn dat solo-artsen minder mogelijkheden hebben om de planning van huisbezoeken te gaan aanpassen zodat patiënten met een welbepaald infectierisico op het eind van de ronde of door een andere arts worden gezien.

Desondanks de vuistregel van Domus Medica die aangaf dat videoconsultaties een onderdeel zijn van het nieuwe werken, werd dit medium op het moment van de bevraging amper gebruikt.[8] Dit sluit aan met mijn persoonlijk aanvoelen en gebruik van dit kanaal in de dagelijkse praktijk. Hierin speelt praktijkgrootte slechts een matige rol. Groepspraktijken leken iets frequenter dit medium te hanteren. Praktijken met secretariaat gebruikten ook meer deze relatief nieuwe vorm van consulteren in vergelijking met praktijken zonder secretariaat, al is het verschil zeer discreet. Redenen voor het niet gebruiken werden in deze studie niet bevraagd en kunnen onderwerp zijn voor verder onderzoek.

5.3 Een onthaal- of administratief medewerker in de praktijk

In 70,0 % van de huisartspraktijken was er een onthaal- of administratief medewerker aanwezig en dit ongeacht het tewerkstellingspercentage. Deze aanwezigheid lijkt een verband te hebben met de praktijkgrootte waarbij groepspraktijken vaker worden ondersteund door een secretariaat in vergelijking met duopraktijken en vervolgens solopraktijken.

Een positief effect van de aanwezigheid van een secretariaat kon gezien worden bij het moeten vermelden van een reden bij een online gemaakte afspraak. Bij praktijken zonder secretariaat gaf 28,9 % aan dat dit gegeven ‘niet van toepassing’ was, terwijl dit bij aanwezigheid 48,6 % was. Door de aanwezigheid van een onthaal- of administratief medewerker bestaat er een mogelijkheid tot het buiten gebruik stellen van de online agenda gezien hij of zijn zich vrij kan maken voor het beantwoorden van de telefoons. Deze positieve tendens werd ook gezien bij het weergeven van een boodschap bij het maken van een online afspraak. Ook had de aanwezigheid van een secretariaat een duidelijk gunstige impact op het gebruiken van een uitgewerkt protocol voor het beantwoorden van de telefoon. Daarnaast leek de aanwezigheid van een onthaal- of administratief medewerker voor het inplannen van videoconsultaties van kleine meerwaarde te zijn.

Bij het moeten vermelden van een reden bij het telefonisch maken van een afspraak kon een negatieve impact van de aanwezigheid van een onthaal- of administratief medewerker aangetoond worden en dit voor alle praktijksamenstellingen.

Zo een afspraak ingepland werd en alsnog het infectierisico onduidelijk was, werden globaal ongeveer de helft (46,8 %) van de patiënten altijd opgebeld. Bij afwezigheid van een secretariaat zakte dit percentage naar 42,1 %. De aanwezigheid van een secretariaat zorgde voor een betere risico-inschatting gezien 48,9 % van de praktijken met een secretariaat altijd een patiënt met onduidelijk infectierisico gaan opbellen. Een gelijkaardige tendens werd gezien bij het meestal opbellen van patiënten.

Een bemerking die gemaakt kan worden is dat er in deze masterproef uitgegaan wordt van een continue aanwezigheid van de onthaal- of administratief medewerker om bijvoorbeeld de telefoon op te nemen. Mogelijkerwijs is het in vele gevallen niet zo dat deze persoon altijd aanwezig is waardoor de gegevens met enige nuance geïnterpreteerd dienen te worden.

Volgens de aanbeveling van Domus Medica dient er voldoende tijd gerekend te worden tussen twee patiënten opdat het kabinet gedesinfecteerd en verlucht kan worden.[8] Deze aanbeveling werd in alle praktijkvormen goed en in ongeveer even sterke mate opgevolgd. Praktijken zonder secretariaat gaven voor altijd ontsmetten slechts 60,5 % aan, terwijl dit bij praktijken met secretariaat 68,2 % was.

De rol van de aanwezigheid van een onthaal- of administratief medewerker op het inplannen van huisbezoeken bij de verschillende praktijkgroottes kan niet geformuleerd worden wegens de beperktheid aan gegevens uit de dataset om hierin het onderscheid te kunnen maken.

5.4 Beperkingen van het onderzoek

Voor de evaluatie van patiëntveiligheid binnen huisartspraktijken werd in deze masterproef louter gekeken naar het afsprakensysteem onder het domein patiëntenstroom. Ongetwijfeld spelen ook de andere domeinen uit het instrument een belangrijke rol. Door de resultaten van alle domeinen van het instrument te analyseren zal er wellicht een duidelijker beeld van veiligheidscultuur in Vlaamse huisartspraktijken bekomen worden.

Een andere beperking die geformuleerd kan worden is er een die zich situeert op het definiëren van de praktijkgrootte. Zoals in tabel 1 aangegeven is er een belangrijke variëteit in praktijkgrootte wanneer deze gedefinieerd op basis van het aantal artsen. Deze variëteit werd vervolgens geoperationaliseerd in drie groepen, waarbij een solo-arts werd vergeleken met een duopraktijk en vervolgens met een groepspraktijk. In deze laatste praktijksamenstelling werd verder geen onderverdeling gemaakt. Ook werden er geen andere zorgverleners of praktijkmedewerkers betrokken in de analyse, terwijl zij ongetwijfeld wel een belangrijk effect kunnen betekenen op patiëntveiligheid, alsook in de preventie van infectie-overdracht.

Daar dit een online instrument is, kan er een zekere selectie bias verwacht worden. De manier waarop het instrument werd verspreid en ingevuld diende te worden kan bepalend zijn voor wie hieraan deelnam. Ook de manier van aanschrijven kan ervoor zorgen dat er deelnemers met een gelijkaardig profiel geantwoord hebben. Hierdoor kan het zijn dat de steekproef niet volledig representatief is voor totale populatie van Vlaamse huisartspraktijken.

Daarnaast geven de resultaten in deze mastproef mogelijk een vertekend beeld gezien de kleinschaligheid van het onderzoek. Wellicht zal ook een korte bevragingsperiode en de door de COVID-19 snel evoluerende situatie in prakijken een belangrijk effect hebben op de bekomen resultaten. Statistische significantie kon niet bekomen worden. Er konden enkel tendensen beschreven worden. De analyse bleef dan ook beperkt tot beschrijvende statistiek. Hierdoor dienen er voor interpretatie een zekere nuance gehanteerd te worden.

De gehanteerde Likert vijfpuntenschaal variërend van nooit tot meestal en met optie ‘weet ik niet’ of ‘niet van toepassing’ maakt de interpretatie van de gegevens bij sommige items onnodig complex. Het anders formuleren van bepaalde items kon er wellicht voor zorgen dat bepaalde tendensen iets duidelijker te achterhalen waren.

De data die als basis voor deze masterproef werd gebruikt, werd bekomen door het analyseren van de antwoorden op items uit de vragenlijst. Niet het gedrag of de situaties in huisartspraktijken op zich werden geobserveerd. In sommige gevallen werd er mogelijkerwijs professioneel wenselijk geantwoord en dit conform hoe een goede huisarts met aandacht voor kwaliteit van zorg zou moeten handelen. Hierdoor kan er ook een zekere vertekening zijn ontstaan.

Bovenstaande beperkingen maken het dus vrij moeilijk om de bekomen conclusies te veralgemenen voor de gehele Vlaamse huisartsenpopulatie.

5.5 Toekomstig onderzoek

Verdere analyse van de overige domeinen uit het instrument door de onderzoeksgroep zal wellicht een duidelijker beeld kunnen bieden over veiligheidscultuur in de Vlaamse huisartspraktijken. Het longitudinale perspectief biedt aanvullend de mogelijkheid om na te gaan of die veiligheidscultuur permanent veranderd zal zijn op het moment van de volgende bevraging.

Ook de resultaten uit de internationale 'PRICOV-19 study' zal wellicht verhelderende inzichten geven over hoe patiëntveiligheid en veiligheidscultuur in andere Europese landen gepercipieerd wordt. Het verkrijgen van de EGPRN COVID-19 Grant is een mooie erkenning en geeft het onderzoek wellicht meer mogelijkheden.

6. Besluit

De COVID-19 pandemie deed de eerstelijns gezondheidszorg in Vlaanderen nadenken over hoe patiënten met infectieuze symptomen op een veilige manier in de huisartspraktijk ontvangen kunnen worden. Een doordacht afsprakensysteem lijkt hierin een essentiële rol te spelen.

Deze masterproef kan aangeven dat er een samenhang bestaat tussen de praktijkgrootte en het afsprakensysteem in de preventie van infectie-overdracht. Hierbij lijken duo- en groepspraktijken meer hun patiënten te informeren via het online afsprakensysteem of de praktijkwebsite. Daartegenover moeten patiënten bij solo-artsen iets meer de reden voor consultatie aangeven en dit zowel op een online als telefonische manier. Zij maken echter minder gebruik van een voordien opgemaakt protocol voor het beantwoorden van de telefoon. Dat protocol is bovendien minder op een officiële richtlijn gebaseerd of besproken tijdens een intern overleg. Videoconsultaties werden in alle praktijkvormen op het moment van de bevraging weinig gebruikt.

Ook de aanwezigheid van een secretariaat speelt een belangrijke rol in dat afsprakensysteem. Het online afsprakensysteem lijkt bij aanwezigheid van een secretariaat minder gebruikt te worden. Bij het beantwoorden van de telefoon wordt er in aanwezigheid van een onthaal- of administratief medewerker duidelijk meer gebruik gemaakt van een uitgewerkt protocol. Zo het infectierisico van een gemaakte afspraak onduidelijk lijkt te zijn, gaan praktijken met secretariaat meer de desbetreffende patiënten hieromtrent gaan contacteren.

Gezien het afsprakensysteem slechts een klein onderdeel van patiëntveiligheid is het niet geheel mogelijk om de beschreven tendensen te gaan veralgemenen voor patiëntveiligheidscultuur onder de verschillende praktijksamenstelling. Hiervoor zal de bekomen data verder geanalyseerd worden. Daarnaast zal dit ontwikkelde instrument in een longitudinale onderzoekssetting nationaal opnieuw gebruikt worden. Bovendien kent het intstrument internationaal potentieel gezien het in minstens vijf Europese landen verder gebruikt zal worden.

7. Dankwoord

Het ontwikkelen van een masterproef is een vrij intensief karwei. Het vraagt een continue inzet met nastreven van goed bepaalde deadlines. Dit combineren met het werk in de praktijk was voor mij soms helemaal niet evident. Ik mag dan ook tevreden zijn dat ik dit tot een goed einde heb gebracht.

Tijdens deze ontwikkeling kreeg ik een belangrijke ondersteuning vanuit verschillende hoeken. Uiteraard wil ik dan ook graag aan bepaalde personen mijn dank uitdrukken.

Een eerste dank gaat vanzelfsprekend uit naar de collega's uit mijn opleidingspraktijk: Piet, Hilde, Sanne, Evelien en Sandy. Door hun dagdagelijkse enthousiaste ondersteuning kon ik groeien tot de HAIO die ik nu ben. Ik ben dan ook heel blij dat ik verder in deze praktijk als huisarts kan blijven verder werken.

Daarenboven gaat mijn dank uit naar mijn promotor Prof. Sara Willems en co-promotor dr. Piet Vanden Bussche. Door hun expertise, connecties en snelle feedback kon deze masterproef in een nauw tijdsvenster ontwikkeld worden. Ook de andere medewerkers van het expertisecentrum 'Quality and Safety Ghent' en de vakgroep 'Volksgezondheid en Eerstelijnszorg', met in het bijzonder drs. Esther Van Poel, wil ik bedanken voor de sterke ondersteuning. Bedankt ook aan methodologisch expert dr. Susan Lagaert. Voor de statistische ondersteuning mocht ik rekenen op dr. Wendelien Vantieghem, maar ook mijn broer Tijs, waarvoor uiteraard ook mijn dank.

Tijdens de ontwikkeling van een vragenlijst als basis voor deze masterproef kon ik beroep doen op enkele experten binnen de materie. Graag uit ik dan ook mijn dank ten aanzien van mijn STACO dr. Ann Cleeren, mijn vorige STACO dr. Julie Kwembeke, dr. Frederik Vannoote, dr. Siegfried Provoost en dr. Fleur Helewaut.

Tot slot wil ik ook mijn thuisfront heel erg bedanken.

8. Referenties

1. Sciensano. COVID-19 – algemene informatie. [Internet]. Beschikbaar via: https://covid-19.sciensano.be/nl/covid-19-algemene-informatie [Geraadpleegd op 1 juli 2020].
2. World Health Organization (WHO). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. [Internet]. Beschikbaar via: https://covid19.who.int/ [Geraadpleegd op 1 juli 2020].
3. Sciensano. COVID-19 – epidemiologisch bulletin van 1 juli 2020. [Internet]. Beschikbaar via: https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/Meest%20recente%20update.pdf [Geraadpleegd op 1 juli 2020].
4. Marshall M. COVID-19: A danger and an opportunity for the future of general practice. British Journal of General Practice Online First 2020, 1–2.
5. Zorg en Gezondheid. COVID-19 – Hospital & transport surge capacity: verdere opvolging. [Internet]. https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Gezamenlijke%20brief_Surge%20capacity_NL_FIN_200416.pdf [Geraadpleegd op 1 juli 2020].
6. Domus Medica. Noodplan huisartsgeneeskunde afgekondigd. [Internet]. https://www.domusmedica.be/actueel/noodplan-huisartsgeneeskunde-afgekondigd [Geraadpleegd op 1 juli 2020].
7. Domus Medica. Noodplan huisartsgeneeskunde blijft van kracht. [Internet]. https://www.domusmedica.be/actueel/noodplan-huisartsgeneeskunde-blijft-van-kracht [Geraadpleegd op 1 juli 2020].
8. Domus Medica. Start de gezondheidszorg opnieuw op in de huisartspraktijk. [Internet]. https://www.domusmedica.be/actueel/start-de-gezondheidszorg-opnieuw-op-de-huisartsenpraktijk [Geraadpleegd op 1 juli 2020].
9. Domus Medica. Tien vuistregels voor een veilige heropstart. [Internet]. https://www.domusmedica.be/sites/default/files/10%20vuistregels%20voor%20een%20veilige%20heropstart.pdf [Geraadpleegd op 1 juli 2020].
10. Committee on Quality of Health Care in America and Institute of Medicine. To Err is human: building a safer health system. Washington DC: The National Academies Press; 2000.
11. Ricci-Cabello I, Gonçalves DC, Rojas-garcía A, Valderas JM. Measuring experiences and outcomes of patient safety in primary care: a systematic review of available instruments. Family Practice 2015, 32(1): 106–119.
12. Desmedt M, Berghs J, Hellings J, Vertriest S, Dessers E, Vankrunkelsven P et al. Patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg: stand van zaken en aanbevelingen. Tijdschrift voor Geneeskunde 2017, 73(4): 202–211.
13. Committee on Quality of Health Care in America and Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC: National Academies Press; 2001.
14. Verstappen W, Gaal S, Wensing M. Patiëntveiligheid in de eerste lijn. Huisarts en Wetenschap 2016, 59(8): 350–353.
15. World Health Organization. Patient Safety. [Internet]. https://www.who.int/patientsafety/en/ [Geraadpleegd op 1 juli 2020].
16. Wagner C, Van der Wal G. Voor een goed begrip: bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities. Netherlands Institute for Health Services Research 2005, 60(47): 1888–1891.
17. Parker D, Wensing M, Esmail A, Valderas JM. Measurement tools and process indicators of patient safety culture in primary care. A mixed methods study by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. European Journal of General Practice 2015, 21(1): 26–30.

18. Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvilla SA, SLicht SP et al. How safe is primary care? A systematic review. BMJ Quality & Safety 2015, 0: 1–10

19. Piccardi C, Detollenaere J, Vanden Bussche P, Willems S. Social disparities in patient safety in primary care: a systematic review. International Journal for Equity in Health 2018, 17(114): 1–9.

20. Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL, Green LA, Fryer GE, Galliher JM et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. Quality and Safety in Health Care 2002, 11: 233–238.

21. Reiman T, Pietikäinen E, Oedewald P. Multilayered approach to patient safety culture. Quality and Safety in Health Care 2010, 19(20): 1–6.

22. Vasconcelos PF, Arruda LP, Freire VECS, Carvalho REFL. Instruments for evaluation of safety culture in primary health care: integrative review of the literature. Public Health 2018, 156: 147–151.

23. Lydon S, Cupples ME, Murphy AW, Hart N, Connor PO. A systematic review of measurement tools for the proactive assessment of patient safety in general practice. Journal of Patient Safety 2017, 00(00): 1–7.

24. Gaal S, van Laarhoven E, Wolters R, Wetzels R, Verstappen W, Wensing M. Patient safety in primary care has many aspects: an interview study in primary care doctors and nurses. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2010, 16: 639–643.

25. Jabaaij L, Hingstman L. Alleen is maar alleen: huisartsen steeds vaker samen. Huisarts en Wetenschap 2007, 50: 311–312.

26. Van den Hombergh, Campbell S. Is 'practice size' the key to quality of care? Let us look for better clues than size. British Journal of General Practice 2013, 459–460.

27. Charis WLN, Kok PN. Does practice size matter? Review of effects on quality of care in primary care. British Journal of General Practice 2013, 604–610.

28. Mehrotra A, Epstein AM, Rosenthal MB. Do integrated medical groups provide higher-quality medical care than individual practice associations? Annals of Internal Medicine 2006, 145(11): 826–833.

29. van den Hombergh P, Engels Y, van den Hoogen H, van Doremalen J, van den Bosch W, Grol R. Saying 'goodbye' to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain? Family Practice 2005, 22(1): 20–27.

30. Casalino LP. Which type of medical group provides higher-quality care? Annals of Internal Medicine 2006, 145(11): 860–861.

31. Domus Medica. Veilige heropstart reguliere zorg voor patiënten niet verdacht van COVID-19. [Internet]. https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Synthesedocument%20Veilige%20heropstart%20van%20reguliere%20zorg%2027-04-2020_1.pdf [Geraadpleegd op 1 juli 2020].

32. Domus Medica. Hoe kan ik vermijden dat patiënten met symptomen op raadpleging verschijnen? [Internet]. https://www.domusmedica.be/richtlijnen/coronavirus/niet-wetenschappelijk/hoe-kan-ik-vermijden-dat-patienten-met-symptomen-op [Geraadpleegd op 1 juli 2020].

33. Domus Medica. De online agenda blijft gesloten. [Internet]. https://www.domusmedica.be/actueel/de-online-agenda-blijft-gesloten [Geraadpleegd op 1 juli 2020].

34. Beerten SG. Telefonische triage bij COVID-19: een praktische leidraad voor de eerste lijn. Tijdschrift voor Geneeskunde 2020, 1–5.

9. Bijlagen

9.1. Goedgekeurd protocol

Document E
SCRIPTIES OF Z-LIJN

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

telefoon
+32 (0)9 332 56 13 | +32 (0)9 332 33 36 | +32 (0)9 332 68 55

fax
+32 (0)9 332 49 62

e-mail
ethisch.comite@uzgent.be

VERZOEK TOT ADVIES VAN DE COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK OVER EEN PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEKSPROJECT EN/OF RETROSPECTIEF ONDERZOEKSPROJECT OP GEZONDHEIDSGEGEVENS VOOR HET MAKEN VAN EEN SCRIPTIE OF Z-LIJN
(enkel patiëntengegevens, vragenlijsten en interviews verzamelen)

1. Titel van de scriptie

'Reductie van patiëntveiligheidsincidenten in tijden van een pandemie: een exploratieve studie in Vlaamse huisartspraktijken'

☐ retrospectief ☒ prospectief

2. Projectnummer (EC), naam aanvrager van de reeds ingediende academisch onderzoek + datum goedkeuring:

Projectnummer: BC-07617

Naam onderzoeker: Prof. Dr. Sara Willems

Datum goedkeuring: dinsdag 21 april 2020

3. Onderzoek in functie van

☒ **Masterscripties of Z-lijn**

Naam student: Simon Ghekiere

Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde

Naam hogeschool: Universiteit Gent

E-mail student: simon.ghekiere@student.kuleuven.be

Tel. student: 0474 24 85 35

4. Soort onderzoek

☐ Patiëntengegevens verzamelen die klinisch standaardgegevens zijn
(= geen enkel aanvullend onderzoek, bloed- of andere staalafname)

☒ **Vragenlijsten (gelieve deze eveneens voor te leggen aan de CME)**

☐ Interview (gelieve de vragen eveneens voor te leggen aan de CME)

5. Taak van de student bij dit onderzoek

- Exploratie van het thema door middel van een literatuurstudie
- Ontwikkeling en verspreiding van de vragenlijst
- Verzamelen en analyseren van de gegevens
- Formuleren van de resultaten in de vorm van een masterthesis

6. Gegevens van de promotor + affiliatie

Naam: Willems

Voornaam: Sara

Functie: Vakgroepvoorzitter

UZ-dienst of faculteit/vakgroep: volksgezondheid en eerstelijnszorg – onderzoeksgroep 'equity in health care'

Telefoon/gsm: 093 32 39 84

Fax: 093 32 49 67

E-mail: sara.willems@ugent.be

Naam UZ-diensthoofd of vakgroepvoorzitter: Prof. Dr. Sara Willems

7. Periode van het onderzoek (begin- en einddatum maand/jaar)

Datum goedkeuring CME – Dinsdag 1 oktober 2024

Ik verklaar de gehele verantwoordelijkheid van het hierboven vermeld project op mij te nemen en bevestig dat voor zover de huidige kennis het toelaat, de gegeven inlichtingen met de werkelijkheid overeenstemmen.

De hoofdonderzoeker

08/06/2020

Prof. Dr. Sara Willems

handtekening

VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID
EN EERSTELIJNSZORG
UNIVERSITEIT GENT
Prof. dr. S. WILLEMS – Vakgroepvoorzitter
CAMPUS UZ GENT – 6K3
Corneel Heymanslaan 10
B-9000 GENT
TEL. +32(0)9 332 36 28

Het UZ-diensthoofd of de vakgroepvoorzitter (voor akkoord)

08/06/2020

Prof. Dr. Sara Willems

handtekening

VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID
EN EERSTELIJNSZORG
UNIVERSITEIT GENT
Prof. dr. S. WILLEMS – Vakgroepvoorzitter
CAMPUS UZ GENT – 6K3
Corneel Heymanslaan 10
B-9000 GENT
TEL. +32(0)9 332 36 28

Promotor van de scriptie

(zo verschillend van de hoofdonderzoeker)

08/06/2020

Prof. Dr. Sara Willems

handtekening

VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID
EN EERSTELIJNSZORG
UNIVERSITEIT GENT
Prof. dr. S. WILLEMS – Vakgroepvoorzitter
CAMPUS UZ GENT – 6K3
Corneel Heymanslaan 10
B-9000 GENT
TEL. +32(0)9 332 36 28

Naam student

08/06/2020

Simon Ghekiere

handtekening

9.2. Gunstig advies Commissie voor Medische Ethiek

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Sara Willems
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	**Uw kenmerk**	**datum**	**pagina**
BC-07617 E01	NVT	12/06/2020	1/2

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

Titel hoofdstudie: "Reductie van patiëntveiligheidsincidenten in tijden van een pandemie: een exploratieve studie in Vlaamse huisartspraktijken"
Titel thesis: REDUCTIE VAN PATIËNTVEILIGHEIDSINCIDENTEN IN TIJDEN VAN EEN PANDEMIE: EEN EXPLORATIEVE STUDIE IN VLAAMSE HUISARTSPRAKTIJKEN. - Scriptie: Simon Ghekiere
B.U.N.: B6702020000252

* (Alle goedgekeurde documenten documenten cfr. project BC-07617)
Begeleidende brief dd. 8/06/2020
Adviesaanvraagformulier Type E dd. 08/06/2020 (volledig ontvangen dd. 9/09/2020)
Informatie- en waarschuwingsnota ondertekend door Simon Ghekiere op 7/06/2020
Antwoord onderzoeker ontvangen op 9/06/2020 in antwoord op opmerkingen EC dd. 5/06/2020

Advies werd gevraagd door: prof. dr. Sara Willems

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 12/06/2020 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 12/06/2021, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 12/06/2020 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 12/06/2021, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/06/2020.
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/06/2020.

- *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*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sara De Smet
T +32(09) 332 68 55
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54

SECRETARIAAT
Sebastian Callewaert
T +32(09) 332 41 81
Marieke De Meyer
T +32(09) 332 05 06
Charlotte De Wolf
T +32(09) 332 22 66
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

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. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst 2019-2023:

Voorzitter:	Prof.dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)
Secretaris:	Prof.dr. R. PELEMAN (UZG –internist, ♂)
Leden:	Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)
	Dhr. K. BENHADDOU (menswetenschapper, ♂)
	Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
	Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist, ♂)
	Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)
	Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)
	Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)
	Dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)
	Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – fysiotherapeute, ♀)
	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
	Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)
	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)
	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
	Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)
	Prof.dr. F. MORTIER (UG – moraalfilosoof, ♂)
	Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)
	Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
	Prof.dr. R. PIERS (UZG - geriater, ♀)
	Prof.dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂)
	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
	Prof.dr. S. STERCKX (moraalfilosoof, ♀)
	Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger)
	Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)
	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
	Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)
	Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
	Prof.dr. K. VAN LIERDE (UG – logopediste, ♀)
	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – vulva arts, ♂)

9.3. Informatiebrief en vragenlijst voor deelnemers

UNIVERSITEIT GENT

FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

Kwaliteitszorg in tijden van een pandemie

Beste mevrouw
heer,

De COVID-19 pandemie stelde de huisartsgeneeskunde voor nooit eerder gekende uitdagingen. Praktijken ervaarden de nood aan nieuwe manieren van werken, samenwerkingsverbanden veranderden, en huisartsgeneeskunde kreeg een nieuwe dimensie.

Als expertisecentrum Quality and Safety Ghent van de Universiteit Gent zijn we erg benieuwd naar wat de COVID-19 pandemie betekende voor het beleid rond kwaliteitszorg en veiligheid in de Vlaamse huisartspraktijken. In het bijzonder willen we meer te weten komen over hoe huisartspraktijken de organisatie van hun praktijk aanpassen, welke inspanningen ze leveren om de zorg toegankelijk te houden, en om de veiligheid van patiënten en medewerkers te waarborgen.

Uw deelname betekent voor ons een grote meerwaarde! Met de resultaten van deze studie willen we de overheden informeren over hoe huisartsen tijdens een pandemie beter kunnen ondersteund worden in hun zorg voor kwetsbare patiënten.

We willen u alvast danken om even tijd vrij te maken om deze vragenlijst in te vullen! Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten.

Met vriendelijke groet

Het onderzoeksteam

Prof. dr. Sara Willems
Dr. Piet Vanden Bussche
Dr. Simon Ghekiere
dr. Wendelien Vantieghem
drs. Esther Van Poel

Expertisecentrum Quality and Safety Ghent
Vakgroep 'Volksgezondheid en Eerstelijnszorg'
Universiteit Gent

Enkele aandachtspunten voor u begint met het invullen van de vragenlijst:

- Bent u werkzaam in **verschillende huisartspraktijken**? Vul de vragenlijst dan in met 1 praktijk in gedachten.
- De term '**medewerkers**' in de vragenlijst verwijst naar iedereen die zijn beroep uitoefent in het gebouw van de praktijk, inclusief uzelf, en mogelijk ook onbezoldigde medewerkers.
- Bij voorkeur wordt de vragenlijst ingevuld door een **huisarts of huisarts-in-opleiding.**
- U kan ervoor kiezen deze vragenlijst **in team** in te vullen tijdens een praktijkoverleg. De vragenlijst kan in dat geval een aanleiding vormen om het in team te hebben over kwaliteitszorg in tijden van COVID-19.
- Er zijn **geen foute antwoorden** mogelijk.
- Misschien staat bij de antwoordmogelijkheden niet het antwoord dat precies overeen komt met de situatie in uw praktijk, duid dan het antwoord aan dat de huidige situatie in uw praktijk zo **dicht mogelijk benadert**.
- De vragenlijst telt **6 delen**: algemene gegevens, patiëntenstroom, infectiepreventie, informatieverwerking, communicatie naar patiënten en tot slot samenwerking, collegialiteit en zelfzorg.
- Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer **15 minuten.**

INFORMATIEBRIEF VOOR DE DEELNEMERS

Beste mevrouw

heer,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Wanneer u na het doornemen van de informatiebrief de vragenlijst invult, geeft u uw akkoord voor het 'informed consent' inclusief het gebruik van uw e-mailadres voor de communicatie met het onderzoeksteam.

Met vriendelijke groet

Prof. dr. Sara Willems sara.willems@UGent.be

1. Beschrijving en doel van de studie

De vakgroep 'Volksgezondheid en Eerstelijnszorg' (Universiteit Gent) voert een onderzoek uit naar de organisatie van Vlaamse huisartspraktijken naar aanleiding van de coronapandemie. Wij vragen u of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. dr. Sara Willems.

2. Toestemming en weigering

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie met de onderzoeker.

3. Voordelen

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen voordeel met zich mee.

4. Kosten

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Belgische wet van 30 juli 2018 en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in voege is, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men de vragenlijst nog terug koppelen naar u als persoon via een sleutel). In het geval van pseudonimisering zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de hoofdonderzoeker en voor haar onderzoeksteam. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. De gegevens zullen verwerkt en bewaard worden gedurende 20 jaar op een beveiligde server van het onderzoeksteam. Nadien wordt alle verzamelde

gegevens vernietigd. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de hoofdonderzoeker, Prof. dr. Sara Willems. Haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens. De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van deze studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) of (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door de vragenlijst, na voorafgaande uitleg, in te vullen, stemt u in met deze toegang.

U heeft het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

Deel 1: Algemene gegevens

In dit eerste deel van de vragenlijst worden kort enkele kenmerken van uw praktijk bevraagd. Onderstaande vragen peilen naar de actuele situatie in uw praktijk. Dit deel telt 10 vragen.

1. Wat is uw functie in de huisartspraktijk?

- ❑ Huisarts
- ❑ Huisarts-in-opleiding
- ❑ Deze vragenlijst is in team ingevuld
- ❑ Andere: …

2. Hoeveel medewerkers telt deze praktijk (inclusief uzelf en ongeacht het tewerkstellingspercentage of het statuut)?

Aantal bezoldigde medewerkers: …
Aantal niet-bezoldigde medewerkers: …

*Bezoldigde medewerkers: ongeacht de manier van bezoldiging
*Niet-bezoldigde medewerkers: bv. vrijwilligers, meewerkende echtgenote, …

3. Hoeveel huisartsen en huisartsen-in-opleiding zijn er werkzaam in deze praktijk (inclusief uzelf en ongeacht het tewerkstellingspercentage)?

Aantal huisartsen: …
Aantal huisartsen-in-opleiding: …

4. Welke verschillende functies hebben de medewerkers in deze praktijk? We bedoelen hierbij alle medewerkers die hun beroep uitoefenen in het gebouw van deze praktijk, ongeacht het statuut of tewerkstellingspercentage.

- ❑ Algemeen coördinator of directeur
- ❑ Diëtist of voedingsdeskundige
- ❑ Gezondheidspromotor
- ❑ Huisarts
- ❑ Huisarts-in-opleiding
- ❑ Kinesitherapeut, manueeltherapeut of osteopaat
- ❑ Maatschappelijk werker
- ❑ Medewerker schoonmaak
- ❑ Onthaal- of administratief medewerker
- ❑ Podoloog
- ❑ Psycholoog
- ❑ Verpleegkundige of verzorgende
- ❑ Andere: ….

5. Werkt deze praktijk forfaitair?

- ❑ Ja, met een erkenning als wijkgezondheidscentrum.
- ❑ Ja, zonder een erkenning als wijkgezondheidscentrum.
- ❑ Nee

*De derdebetalersregeling wordt niet als forfaitair beschouwd.

6. We zijn geïnteresseerd in welke omgeving deze praktijk gelegen is (stedelijk, ruraal, …). Om dit op te zoeken, vragen we hierbij uw postcode:

Postcode: …

7. Ondervond je tijdens de COVID-19 pandemie beperkingen aan het gebouw of de infrastructuur van deze praktijk om kwaliteitsvolle en veilige zorg te kunnen bieden?

- ❑ In belangrijke mate
- ❑ In beperkte mate
- ❑ Nauwelijks
- ❑ Niet
- ❑ Weet ik niet

Gelieve uw antwoord toe te lichten in de open ruimte:
…

8. Heeft de COVID-19 pandemie deze praktijk doen overwegen om in de toekomst aanpassingen te maken aan het gebouw of de infrastructuur?

- ❑ In belangrijke mate
- ❑ In beperkte mate
- ❑ Nauwelijks
- ❑ Niet
- ❑ Weet ik niet

Gelieve uw antwoord toe te lichten in de open ruimte:
…

9. We krijgen graag zicht op de grootte van uw praktijk.
Hoeveel patiënten met een globaal medisch dossier (prestatiegeneeskunde) telt deze praktijk of hoeveel patiënten zijn ingeschreven in het forfait (medisch huis)?

Aantal patiënten: …

10. Zou u stellen dat deze praktijk gemiddeld meer of minder patiënten ziet uit onderstaande categorieën in vergelijking met de gemiddelde huisartspraktijk in Vlaanderen?

	Meer dan gemiddeld	Ongeveer gemiddeld	Minder dan gemiddeld	Weet ik niet
1. Patiënten met een migratieachtergrond die geen of zeer beperkt Nederlands kennen	❑	❑	❑	❑
2. Patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden [a] of laaggeletterdheid [b].	❑	❑	❑	❑
3. Patiënten met financiële problemen.	❑	❑	❑	❑

4. Patiënten met een verstandelijke beperking of psychiatrische kwetsbaarheid.	❑	❑	❑	❑
5. Patiënten die ouder zijn dan 70 jaar.	❑	❑	❑	❑
6. Patiënten met een chronisch aandoening [c].	❑	❑	❑	❑
7. Patiënten met weinig sociale omkadering of beperkte mantelzorg	❑	❑	❑	❑

[a] Gezondheidsvaardigheden betekenen "alle vaardigheden om mondelinge en schriftelijke informatie over gezondheid zelfstandig te verkrijgen, te begrijpen en toe te passen. Dit staat los van de kennis van het Nederlands".
[b] Laaggeletterdheid betekent "onvoldoende kunnen lezen, spellen of schrijven in de eigen moedertaal (analfabetisme)".
[c] Patiënten met een chronisch aandoening: i.e. minstens 1 geneesmiddel (naast orale anticonceptie) met ≥ 80 dagdosissen (DDD) per jaar

Deel 2: Patiëntenstroom

We krijgen graag zicht op de manier waarop de patiëntenstroom verloopt. Hiermee bedoelen we onder meer het afsprakensysteem, de triage, doorverwijzing, ... Dit deel telt 13 vragen.

1. Duid aan wat van toepassing is op het afsprakensysteem in deze praktijk:

	Ja	Nee	Weet ik niet
1. Indien patiënten online een afspraak willen maken in deze praktijk, krijgen ze een boodschap te zien die hen informeert over met welke klachten ze wel/niet naar de praktijk mogen komen.	❑	❑	❑
2. Patiënten moeten een reden vermelden bij het maken van een online afspraak in de praktijk.	❑	❑	❑
3. Patiënten moeten een reden vermelden bij het telefonisch maken van een afspraak.	❑	❑	❑

2. Duid aan in welke mate u akkoord gaat met volgende uitspraken met betrekking tot het afspraaksysteem:

	Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Niet van toepassing/ weet ik niet
1. Patiënten die een afspraak maakten en waarbij het toch onduidelijk is of ze een infectierisico betekenen, worden opgebeld om dit na te gaan.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. In deze praktijk wordt voldoende tijd voorzien tussen de consultaties voor het ontsmetten van het kabinet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. De ronde voor huisbezoeken is aangepast zodat de patiënten met een verhoogd infectierisico door één arts op het einde van diens ronde worden gezien.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. In welke mate maakt deze praktijk op dit moment gebruik van videoconsultaties?

- ❑ Nooit
- ❑ Minder dan 1 keer per week
- ❑ Wekelijks
- ❑ Dagelijks
- ❑ Meerdere keren per dag

4. Is er in deze praktijk een protocol voor het beantwoorden van de telefoon? Meerdere opties aanvinken, is mogelijk.

- ❑ Ja, het protocol is gebaseerd op een officiële richtlijn
- ❑ Ja, het protocol is besproken tijdens een intern overleg
- ❑ Nee
- ❑ Weet ik niet

5. Bij het beantwoorden van de telefoon in deze praktijk wordt gebruik gemaakt van een uitgewerkt protocol.

- ❑ Nooit
- ❑ Zelden
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd
- ❑ Niet van toepassing/ weet ik niet

6. In het geval de telefonische triage wordt uitgevoerd door iemand anders dan een huisarts en die nood heeft aan ondersteuning bij het beoordelen van een oproep, kan hij/zij terugvallen op ondersteuning door een huisarts.

- ❑ Nooit
- ❑ Zelden
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd
- ❑ Weet ik niet
- ❑ Niet van toepassing

7. In elk dokterskabinet van deze praktijk is de meest recente informatie over hoe een patiënt kan worden doorverwezen naar de triagepost onmiddellijk beschikbaar (bv. procedure, telefoonnummers, welke documenten mee te geven, …).

- ❑ Ja, deze informatie is afgeprint beschikbaar
- ❑ Ja, deze informatie is elektronisch beschikbaar (bv. op het bureaublad van de computer)
- ❑ Nee, de huisarts kan deze informatie opzoeken op een publieke website (bv. van de eerstelijnszone)
- ❑ Andere:…
- ❑ Weet ik niet

8. Omwille van de complexiteit van de eerstelijnszorg en de grote mate van onzekerheid gebeuren in alle huisartspraktijken wel eens incidenten. Geef aan of volgende incidenten zich in deze praktijk hebben voorgedaan tijdens de COVID-19 pandemie:

	Ja	Nee	Weet ik niet
1. Een patiënt met koorts veroorzaakt door een andere infectie dan COVID-19 werd laattijdig gezien omwille van het COVID protocol	❑	❑	❑
2. Een patiënt met een ernstige aandoening werd laattijdig gezien, omdat hij/zij niet eerder naar de praktijk durfde te komen.	❑	❑	❑
3. Een patiënt met een ernstige aandoening werd laattijdig gezien, omdat hij/zij niet wist hoe hij/zij beroep kon doen op een huisarts.	❑	❑	❑
4. Een patiënt met een urgente aandoening werd laattijdig gezien, omdat bij de telefonische triage de situatie als niet-urgent werd ingeschat.	❑	❑	❑
5. Een patiënt met een urgente aandoening anders dan COVID-19 werd bij de triage in de triagepost niet correct ingeschat.	❑	❑	❑

9. Werden in deze praktijk één of meer van de volgende initiatieven genomen tijdens de COVID-19 pandemie:

	Ja	Nee	Weet ik niet
1. Er werd voor minstens voor één groep van patiënten met een chronische aandoening een lijst getrokken uit het EMD* (bv. alle patiënten die methotrexaat nemen en gezien moeten worden)	❑	❑	❑
2. Deze praktijk nam contact op met patiënten met een chronische aandoening die opvolgzorg nodig hadden.	❑	❑	❑
3. Deze praktijk nam contact op met psychisch kwetsbare patiënten	❑	❑	❑
4. Deze praktijk nam contact op met patiënten waar er eerder problemen waren van intrafamiliaal geweld of een problematische opvoedingssituatie	❑	❑	❑

*EMD= elektronisch medisch dossier

10. Wanneer een patiënt wordt doorverwezen naar de triagepost wordt bij de patiënt gecheckt of die zich hiernaartoe kon verplaatsen.

- ❑ Nooit
- ❑ Zelden
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd
- ❑ Weet ik niet

11. Wanneer een patiënt zich dient te isoleren, wordt bij hem/haar afgetoetst in welke mate dit bij hem/haar thuis mogelijk was.

- ❑ Nooit
- ❑ Zelden

- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd
- ❑ Weet ik niet

12. In welke mate hebben patiënten sinds de COVID-19 pandemie met u over huiselijk geweld gepraat?

- ❑ Helemaal niet
- ❑ Minder dan voorheen
- ❑ evenveel als voorheen
- ❑ Meer dan voorheen
- ❑ Veel meer dan voorheen

Voorwaarde: HA of HAIO

13. In welke mate hebt u sinds de COVID-19 pandemie zelf bij patiënten gepeild of ze direct of indirect huiselijk geweld meemaken?

- ❑ Helemaal niet
- ❑ Minder dan voorheen
- ❑ evenveel als voorheen
- ❑ Meer dan voorheen
- ❑ Veel meer dan voorheen

Voorwaarde: HA of HAIO

Deel 3: Infectiepreventie

Infectiepreventie is een belangrijke pijler in de aanpak van infectieziekten. In de volgende vragen focussen we op verschillende aspecten hiervan: elementaire hygiëne, een isolatiebeleid en een ontsmetting van infrastructuur. Dit deel telt 5 vragen.

1. Is in elk dokterskabinet van deze praktijk volgend materiaal aanwezig?

	Ja	Nee	Weet ik niet
1. Een lavabo	❑	❑	❑
2. Een kraan die met de elleboog of met een bewegingsdetector wordt bediend	❑	❑	❑
3. Een vuilnisbak die kan geopend worden zonder aanraking met de hand	❑	❑	❑
4. Wegwerphandschoenen	❑	❑	❑
5. Wegwerpschorten	❑	❑	❑
6. Ontsmettingsproduct voor oppervlakten (alcoholoplossing of bleekwateroplossing)	❑	❑	❑
7. Papier om de onderzoekstafel af te dekken	❑	❑	❑

2. Geef aan of de COVID-19 pandemie een verandering betekende in het toepassen van volgende maatregelen omtrent infectiepreventie in deze praktijk:

VOOR DE COVID-19 PANDEMIE

	Altijd	Soms	Nooit
1A. Eén of meerdere medewerkers dragen nagellak	❑	❑	❑
2A. Een of meerdere medewerkers dragen een ring of armband	❑	❑	❑
3A. Schoonmaakmedewerkers hanteren bij het schoonmaken een uitgewerkt protocol (wat schoonmaken, frequentie, methode, …)	❑	❑	❑

4A. Er is handgel voorzien in elk kabinet	❑	❑	❑
5A. Er is handgel voorzien voor huisbezoeken	❑	❑	❑
6A. Er is handgel voorzien voor patiënten aan de deur of de wachtzaal van deze praktijk	❑	❑	❑
7A. Er is een aparte dokterstas voorzien voor huisbezoeken bij patiënten met een vermoedelijke infectie	❑	❑	❑

OP DIT MOMENT

	Altijd	Soms	Nooit
1B. Eén of meerdere medewerkers dragen nagellak	❑	❑	❑
2B. Een of meerdere medewerkers dragen een ring of armband	❑	❑	❑
3B. Schoonmaakmedewerkers hanteren bij het schoonmaken een uitgewerkt protocol (wat schoonmaken, frequentie, methode, …)	❑	❑	❑
4B. Er is handgel voorzien in elk kabinet	❑	❑	❑
5B. Er is handgel voorzien voor huisbezoeken	❑	❑	❑
6B. Er is handgel voorzien voor patiënten aan de deur of de wachtzaal van deze praktijk	❑	❑	❑
7B. Er is een aparte dokterstas voorzien voor huisbezoeken bij patiënten met een vermoedelijke infectie	❑	❑	❑

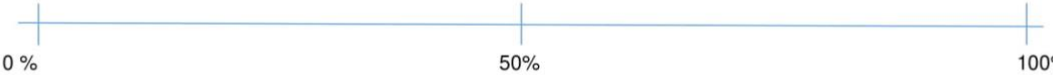
3. Indien patiënten met (een vermoeden van) COVID-19 administratieve documenten nodig hebben:

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd	Weet ik niet
1. … worden deze documenten in de praktijk klaargelegd voor afhaling.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. … worden deze opgestuurd naar de patiënt/in de brievenbus gestoken van de patiënt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3…. worden deze per e-mail verstuurd naar de patiënt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. … worden deze beschikbaar gesteld op een beveiligde server (bv. Helena).	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. In deze praktijk wordt op dit moment actief contact opgenomen met de thuisverpleegkundigen wanneer hun patiënten gediagnosticeerd worden met een belangrijk infectieuze aandoening (bv. HIV, COVID-19 of hepatitis dragerschap).

- ❑ Nooit
- ❑ Zelden
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd
- ❑ Weet ik niet

5. Hoeveel patiënten betalen op dit moment elektronisch in deze praktijk? Geef uw inschatting weer op onderstaande figuur.



Voorwaarde: deze praktijk hanteert geen forfaitaire betalingssysteem

Deel 4: Informatieverwerking

In de volgende vragen willen we peilen naar hoe in de praktijk wordt omgegaan met data en informatie. We bedoelen hiermee zowel updates van richtlijnen als patiëntengegevens. Dit deel telt 2 vragen.

1. In deze praktijk wordt wekelijks een vast moment voorzien in de agenda('s) van huisarts(en) voor het bekijken van nieuwe richtlijnen of doornemen van relevante en betrouwbare wetenschappelijke literatuur.

	Helemaal niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Helemaal akkoord	Weet ik niet
A. VOOR DE COVID-19 PANDEMIE	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B. OP DIT MOMENT	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Hoe vaak wordt een overleg gepland in deze praktijk om bestaande, nieuwe of gewijzigde richtlijnen te bespreken?

	Nooit	Minder dan 1 keer per week	Wekelijks	Dagelijks	Meerdere keren per dag	Weet ik niet
A. VOOR DE COVID-19 PANDEMIE	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B. OP DIT MOMENT	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Deel 5: Communicatie naar patiënten

Dit deelt telt 5 vragen.

1. Hoe vaak werd in de 12 maanden voorafgaand aan de COVID-19 pandemie de informatie op de website van de praktijk geactualiseerd?

- ❑ Niet
- ❑ 1 of 2 keer
- ❑ Minder dan maandelijks
- ❑ Maandelijks
- ❑ Wekelijks
- ❑ Dagelijks
- ❑ Weet ik niet
- ❑ Deze praktijk heeft geen website

2. Wordt de informatie op de website van deze praktijk in meerdere talen aangeboden?

- ❑ Ja, in volgende talen:…
- ❑ Nee
- ❑ Weet ik niet
- ❑ Deze praktijk heeft geen website

3. Is de praktijkfolder voor patiënten beschikbaar in meerdere talen?

- ❑ Ja, in volgende talen: …
- ❑ Nee
- ❑ Weet ik niet
- ❑ Deze praktijk heeft geen praktijkfolder voor patiënten

4. Beschikt deze praktijk over een folder met informatie over COVID-19 om mee te geven aan patiënten?

- ❑ Ja, in één taal
- ❑ Ja, in volgende talen: …
- ❑ Nee
- ❑ Weet ik niet

5. Geeft het antwoordapparaat van deze praktijk informatie in meerdere talen?

- ❑ Ja, in volgende talen:…
- ❑ Nee
- ❑ Weet ik niet
- ❑ Er is geen antwoordapparaat

Deel 6: Samenwerking, collegialiteit en zelfzorg

Dit deel telt 8 vragen.

1. Wanneer een medewerker uitvalt, gebeurt er dan een overdracht van de op te volgen dossiers naar een andere collega? Dit kunnen zowel administratieve als medische dossiers zijn.

- ❑ Nooit
- ❑ Zelden
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd
- ❑ Weet ik niet

2. Indien zich in de praktijk een incident voordoet in verband met kwaliteit van zorg, wordt dit dan op een teamoverleg (al dan niet enkel met de hulpverleners) besproken?

- ❑ Nooit
- ❑ Zelden
- ❑ Soms
- ❑ Meestal
- ❑ Altijd
- ❑ Weet ik niet

3. Duid aan in welke mate u akkoord gaat met volgende uitspraken:

	Helemaal niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Helemaal akkoord	Weet ik niet
1. De maatregelen die overheid huisartspraktijken oplegt t.g.v. COVID-19 vormen een bedreiging voor de goede organisatie van deze praktijk.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. De maatregelen die overheid huisartspraktijken oplegt t.g.v. COVID-19 vormen een bedreiging voor het persoonlijk welzijn van medewerkers in deze praktijk.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Er wordt door de overheid voldoende steun voorzien voor een goede werking van deze praktijk.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Duid aan in welke mate u akkoord gaat met volgende uitspraken:

	Helemaal niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Helemaal akkoord	Weet ik niet
1. Als er in deze praktijk een collega uitvalt, kan het werk zo verdeeld worden dat het welzijn van de andere medewerkers niet in het gedrang komt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Als er in deze praktijk een medewerker uitvalt, kan deze praktijk rekenen op de hulp van andere huisartspraktijken in de buurt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. De COVID-19 pandemie heeft de samenwerking met andere huisartspraktijken uit de buurt bevorderd.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Hoe heeft deze praktijk tijdens de COVID-19 pandemie gewaakt over het welzijn van de medewerkers?

……

6. Duid aan of **u** onderstaande gevoelens hebt ervaren doorheen de afgelopen maand:

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Ja	Nee
1. Heeft u zich opgebrand gevoeld door uw werk?	☐	☐
2. Heeft u zich zorgen gemaakt over het feit dat uw werk u harder maakt op emotioneel vlak?	☐	☐
3. Heeft u zich vaak neerslachtig, depressief of hopeloos gevoeld?	☐	☐
4. Bent u al zittend in slaap gevallen op een publieke plaats (wachtzaal, vergadering, …)?	☐	☐
5. Heeft u het gevoel gehad dat uw werk zich zo opstapelt dat u het niet meester bent?	☐	☐
6. Heeft u last gehad van emotionele problemen (angst, depressie, prikkelbaarheid)?	☐	☐
7. Heeft uw lichamelijke gezondheid u gehinderd om dagelijkse taken thuis of buitenshuis uit te voeren?	☐	☐

Voorwaarde: de vragenlijst is niet in groep ingevuld

7. Duid aan in welke mate u akkoord gaat met volgende uitspraken:

	1 (Helemaal niet akkoord)	2	3	4	5	6	7 (Helemaal akkoord)
1. Het werk dat ik doe, is betekenisvol voor mij.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Het werk dat ik doe heeft meer betekenis gekregen voor mij tijdens de COVID-19 pandemie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Voorwaarde: de vragenlijst is niet in groep ingevuld

8. Op welke manieren zorgt u voor uw mentale gezondheid?

.....

Voorwaarde: de vragenlijst is niet in groep ingevuld

Uw opmerkingen

Hartelijk dank voor uw deelname.
U heeft alle vragen van deze vragenlijst doorlopen.
Zouden we u een beperkte set van vragen over enkele maanden opnieuw mogen stellen?
Zo ja, op welk e-mailadres kunnen we u bereiken?

.....

Tenslotte horen we graag of u bijkomende opmerkingen of suggesties voor ons heeft.
Al uw feedback is welkom!

.....

Met vriendelijke groet

Het onderzoeksteam onder leiding van Prof. dr. Sara Willems

Vakgroep 'Volksgezondheid en Eerstelijnszorg' – Universiteit Gent