www.huisartsendementie.be, een toegankelijke website voor de richtlijn 'Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk'?

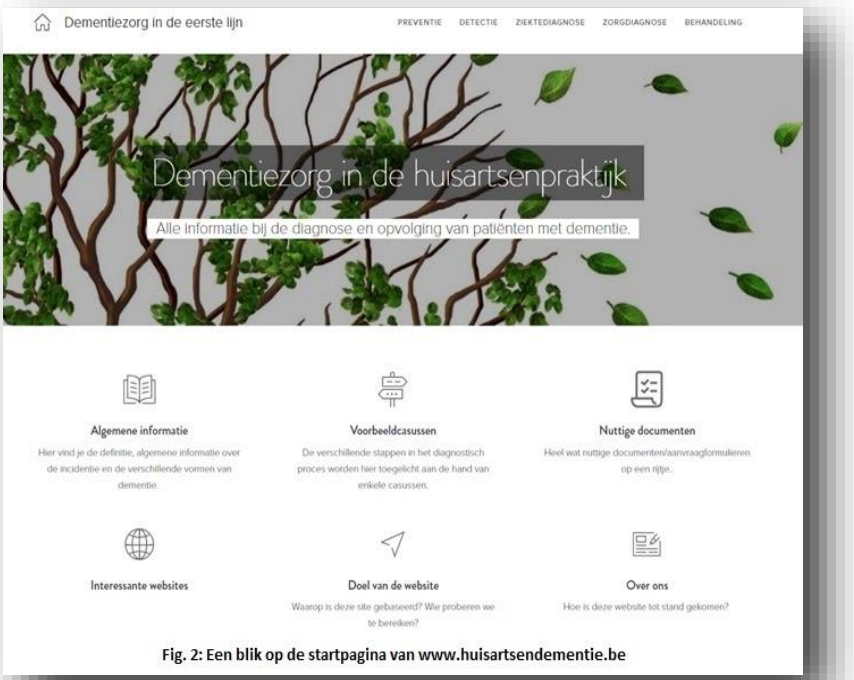


Fig. 2: Een blik op de startpagina van www.huisartsendementie.be

Frie Allemeersch, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. De Lepeleire, Jan, KU Leuven

Copromotor: Prof. dr. Steyaert, Jan, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: [2018 – 2020]

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: Huisartsen geven aan behoefte te hebben aan opleiding rond de zorg voor patiënten met dementie. De richtlijn 'Diagnostiek van dementie in de eerste lijn' werd ontwikkeld om aan deze nood tegemoet te komen. Na het identificeren van mogelijke barrières en facilitatoren voor het gebruik van richtlijnen door artsen, werd geopteerd om de website www.huisartsendementie.be te ontwikkelen, die op haar beurt werd geëvalueerd op verschillende vlakken.

Onderzoeksvraag: *Hoe toegankelijk is de website huisartsendementie.be voor huisartsen als implementatietool voor de richtlijn 'Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk?*

Methode: Op basis van de richtlijn en aanvullende literatuur werd de website www.huisartsendementie.be gebouwd. De website werd geëvalueerd aan de hand van vier focusgroepen waarin vier verschillende indicatoren werden getoetst: de waarde, de volledigheid, de toegankelijkheid en de bruikbaarheid. In deze paper wordt de toegankelijkheid van de website beschreven door middel van een kwalitatieve analyse van de focusgroepen met behulp van dataverwerkingsprogramma NVivo12.

Resultaten: De website wordt als een toegankelijke informatiebron ingeschat door huisartsen, voornamelijk op vlak van lay-out en bruikbaarheid. Er zijn nog bijkomende (onderzoeks)projecten nodig om de bekendheid en de bereikbaarheid van de website te verbeteren om aan de educatiebehoeften van huisartsen te voldoen.

Conclusie: Huisartsendementie.be kan een ondersteuning bieden aan huisartsen in de zorg voor patiënten met dementie. De website probeert de richtlijn te implementeren en aan de opleidingsbehoeften van huisartsen te voldoen. Wanneer ze betrouwbaar en up to date blijft, wordt de website door huisartsen als waardevol ingeschat. De toegankelijkheid is gegarandeerd op vlak van lay-out en gebruiksgemak, maar de bekendheid en vindbaarheid moet nog verder gerealiseerd worden.

Dankwoord

Het schrijven van een masterpaper is geen gemakkelijke opgave. Dankzij de inspanningen van elk teamlid hebben we dit mooi resultaat kunnen neerzetten. Dit was echter niet mogelijk dankzij de steun, raad en inspanningen van enkele belangrijke personen.

Graag willen wij onze promotor, Prof. dr. Jan De Lepeleire, onze copromotor, Prof. dr. Jan Steyaert, en Dhr. Jurn Verschraegen, directeur van het Expertisecentrum Dementie, bedanken. Zij stonden ons tijdens elke vergadering en gedurende het hele traject bij met constructieve feedback. We konden steeds met onze vragen bij hen terecht.

Graag willen wij ook specifiek praktijkopleider Prof. dr. Lieve Peremans bedanken voor het nalezen en het geven van opbouwende feedback.

Ook willen wij alle artsen bedanken die deelnamen aan de focusgroepen. Zonder hun vrijwillige inzet was het onmogelijk geweest om data te verzamelen voor ons onderzoek.

Tot slot willen wij de vele mensen achter de schermen bedanken die onze masterpaper hebben nagelezen en ons hebben gesteund met raad en daad tijdens de hele periode: onze familie, vrienden en praktijkopleiders.

Dankjewel!

Inhoudsopgave

1. Inleiding 6
2. Identificatie 9
3. Contextanalyse 10
   3.1 Wat zijn de opleidingsbehoeften van huisartsen en waar liggen de prioriteiten bij de implementatie van deze richtlijn voor huisartsen? 12
   3.2 Wat zijn de barrières en facilitatoren bij de toepassing van richtlijnen over dementie door huisartsen? 13
   3.3 Welke barrières en facilitatoren worden onderscheiden bij het gebruik van online richtlijnen en online educatie door huisartsen? 13
   3.4 Hoe kan de toegankelijkheid van een online informatiebron zoals een website voor huisartsen geëvalueerd worden? 15
4. Implementatieplan 17
   4.1 Het ontwerpen van een website op basis van de richtlijn dementie in eerste lijn 17
   4.2 Voorstelling van de website 18
5. Evaluatie 20
   5.1 Introductie: focusgroep als onderzoeksmethode 20
      5.1.1 Samenstelling focusgroep 20
      5.1.2 Opbouw script 21
   5.2 Methode 22
   5.3 Resultaten 23
      5.3.1 Sociodemografische gegevens van de focusgroepen 23
      5.3.2 Thematische analyse van de focusgroepen naar toegankelijkheid van de website 24
6. Onderhoudsfase 29
7. Discussie 30
8. Conclusie 33
9. Referenties 34
10. Bijlagen 37
   Bijlage 1: Gunstig advies Ethisch Comité 37
   Bijlage 2: Informatiebrief + informed consent 38
   Bijlage 3: Protocol ethische commissie 40
   Bijlage 4: Script interview 44
   Bijlage 5: codeboom onder vorm van projectmap 48

1. Inleiding

Dit onderzoek kwam tot stand in kader van het masterpaperproject voor de opleiding huisartsgeneeskunde. Deze masterpaper tracht de richtlijn 'Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk' te implementeren. Deze richtlijn werd ontwikkeld in het academiejaar 2018-2019 aan de KU Leuven door volgende auteursgroep: Dr. Marlies De Brandt, Dr. Sicco Bakker, Dr. Michael Barelli, Dr. Steven Flerackers, Prof. dr. Jan De Lepeleire (1). Hun extensief literatuuronderzoek gebeurde in samenwerking met en onder begeleiding van het Academisch Centum voor Huisartsgeneeskunde (ACHG) KU Leuven en het Expertisecentrum Dementie. De richtlijn is gevalideerd door het Belgisch Centrum voor Evidence Based Medicine (CEBAM). Ze werd online geplaatst op ebpracticenet op 25 februari 2020 (cfr onderdeel 'Over ons' op de website huisartsendementie.be).

Doelstelling

Onder leiding van het ACHG en het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen ontwikkelden wij de website 'www.huisartsendementie.be' (2). Het eerste opzet van deze masterproef is het ontwerpen van een website. Deze website heeft als doel de richtlijn 'Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk' te implementeren in de huisartsenpraktijk en in extenso de eerste lijn. Het tweede opzet van dit werk omvat de toetsing van deze website in vier afzonderlijke focusgroepen. Daarin werd de website beoordeeld op vlak van waarde, volledigheid, gebruiksgemak en toegankelijkheid. De resultaten van deze focusgroepen werden vervolgens geïnterpreteerd in vier verschillende masterproeven, waarbij elk van de onderzoekers een hierboven vermeld hoofdthema voor zich nam.

Onderzoeksvragen

Dit leidde tot de volgende vier onderzoeksvragen:

1. Is de website van waarde als informatiebron en implementatietool voor de richtlijn voor artsen? (cfr masterpaper huisartsgeneeskunde door Klaartje Brepoels)

2. Hoe beantwoordt de website als informatiebron en implementatietool inhoudelijk aan de educatiebehoeften en noden van de huisarts? (cfr masterpaper huisartsgeneeskunde door Goedele Mertens)

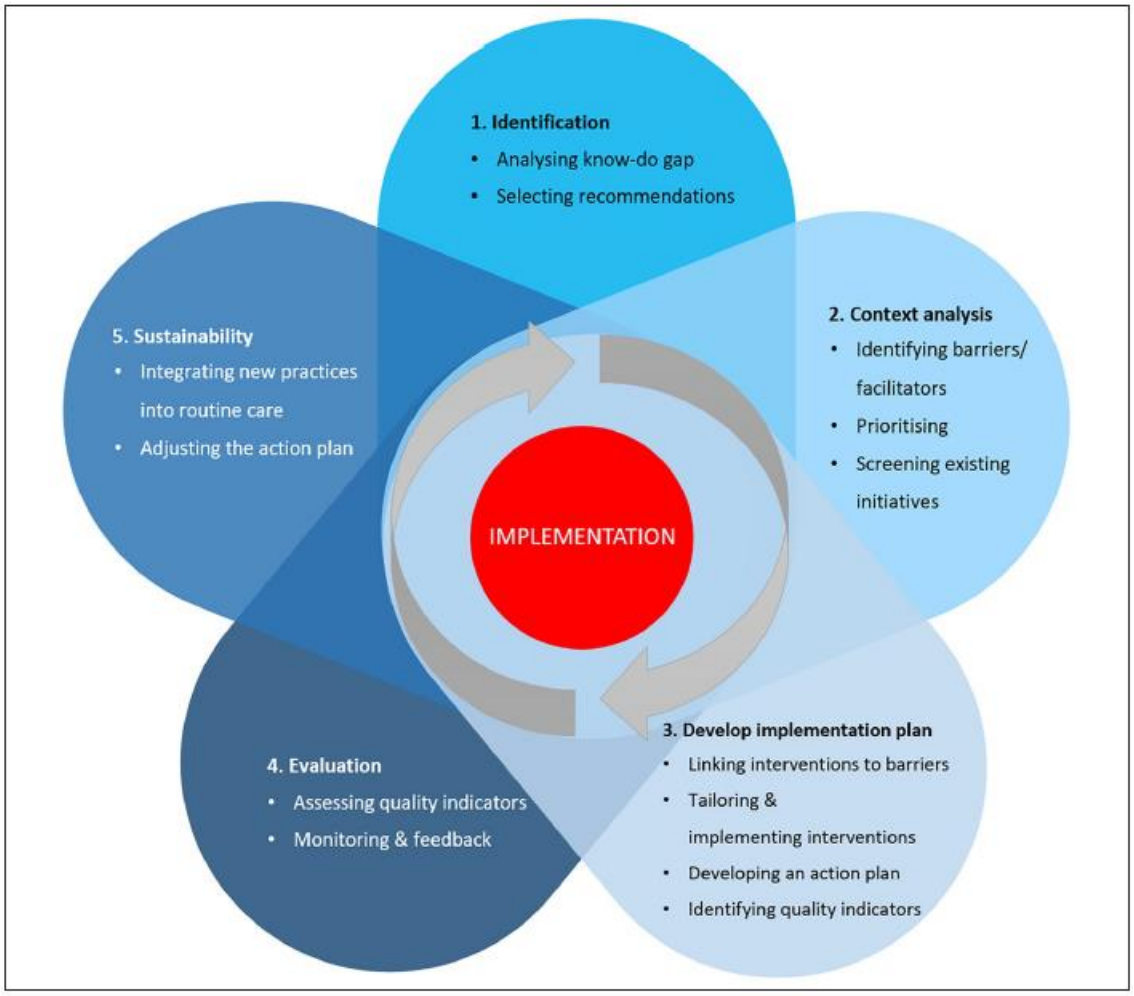
3. Hoe beantwoordt de website als informatiebron en implementatietool aan de verwachtingen rond gebruiksvriendelijkheid? (cfr masterpaper huisartsgeneeskunde door Saadat K.Bhatti)

4. Hoe toegankelijk is de website als informatiebron voor huisartsen en als implementatietool voor de richtlijn Diagnostiek van dementie in de eerste lijn? (cfr masterpaper huisartsgeneeskunde Frie Allemeersch)

Deze masterproef zal de vierde onderzoeksvraag beantwoorden.

Leeswijzer van de masterproef

Om het implementatieproces vorm te geven werd gebruik gemaakt van het implementatiemodel van EBpracticenet (zie figuur 1) (3). Dit implementatiemodel bestaat uit vijf fases. De eerste vier fases werden doorlopen in deze masterpaper. Tijdens de fase van identificatie tracht men het probleem van implementatie in kaart te brengen en na te gaan wat er in de huidige praktijkvoering dient te veranderen. In fase twee (‘contextanalyse’) wordt dit probleem verder uitgediept en worden mogelijke barrières en facilitatoren voor het probleem geïdentificeerd. Rekening houdend met de informatie vergaard uit de vorige twee fases, wordt een implementatieplan opgesteld. In de vierde fase volgt de evaluatie, waar het implementatieplan wordt getoetst. Als laatste stap wordt nagegaan hoe de voorgestelde veranderingen kunnen gegarandeerd blijven in de toekomst. Deze laatste fase (‘sustain’ of onderhoudsfase) werd slechts summier behandeld. De verschillende stappen van het implementatiemodel zijn ook terug te vinden in de structuur van deze masterpaper.



Figuur 1: Implementatiemodel EBpracticenet (3)

2. Identificatie

Goede zorg voor mensen met dementie is een uitdaging. De stijgende prevalentie van personen met dementie maakt dat er een groeiende vraag is naar dementiezorg in de gemeenschap. Op basis van bevolkingscijfers wordt de prevalentie van dementie in het Vlaams Gewest in 2018 geschat op 131.818 mensen. Ruim tien procent van de Vlaamse bevolking ouder dan 65 jaar is gekend met dementie. Boven de 95 jaar heeft zelfs de helft van de Vlaamse vrouwen de diagnose van dementie. Een verdubbeling van het aantal personen met dementie in het Vlaams Gewest kan de volgende halve eeuw verwacht worden (4).

Voor het welbevinden van de patiënt en zijn mantelzorger is goede zorg belangrijk (5,6). Huisartsen spelen hierin een cruciale rol, ondersteund door een multidisciplinair team (5). De rol van de huisarts in de detectie en opvolging van patiënten met dementie komt ook naar voor in het dementieplan Vlaanderen van 2010 en 2016 (7).

Bij de zorg voor patiënten met dementie en hun naasten ontbrak het huisartsen tot voor kort aan duidelijke richtlijnen (8). Dankzij de ontwikkeling en publicatie van de richtlijn 'Diagnostiek van dementie in de huisartsenprakijk' kan bovenstaande nood vervuld worden. De richtlijn focust zich voornamelijk op het vroegtijdig herkennen van signalen van dementie en het stellen van de diagnose van dit syndroom (1). Hoewel er heel wat informatie voorhanden is, is er echter - voor zover we konden nagaan - geen gebundelde informatie in de Vlaamse context die de huisarts ondersteunt bij de opvolging van patiënten van dementie.

Hoewel bekend is dat het toepassen van richtlijnen de zorg voor de patiënt ten goede kan komen, blijkt dit in de praktijk vaak moeilijk. Het aanbieden van de richtlijn onder een andere vorm kan de implementatie bevorderen (9). Er werd gekozen om de richtlijnen te integreren in de vorm van een website. De website tracht niet enkel de richtlijn bevattelijk weer te geven, maar biedt ook extra informatie omtrent zorgdiagnostiek en behandeling.

3. Contextanalyse

Om de implementatie van richtlijnen te bewerkstelligen is het belangrijk om een idee te krijgen over de context waarin de richtlijn ontworpen werd, en over de omstandigheden waarin de implementatie van de richtlijn dient te gebeuren.

In deze contextanalyse worden de prioriteiten voor implementatie weergegeven op basis van de behoeften van huisartsen in de zorg voor patiënten met dementie (3.1). Daarnaast wordt ook onderzocht welke barrières en facilitatoren de huisartsen ervaren enerzijds in de zorg voor patiënten met dementie (3.2) en anderzijds bij het gebruik van online informatiebronnen voor huisartsen (3.3).

In vier verschillende masterproeven komen vier kwaliteitsinidicatoren waaraan een implementatietool, i.c. de website moet voldoen aan bod: de (meer)waarde, de volledigheid, de bruikbaarheid en de toegankelijkheid. In deze masterproef zal de focus op het concept 'toegankelijkheid' van richtlijnen voor huisartsen en meer bepaald websites liggen. Er werd naar een vertaling gezocht voor dit concept in de context van de Vlaamse huisarts (3.4).

Volgende vragen dienden als uitgangspunt voor deze contextanalyse:

1. Wat zijn met andere woorden de specifieke **opleidingsbehoeften** van huisartsen voor diagnostiek en opvolging van patiënten met dementie? Waar moeten met andere woorden de **prioriteiten** liggen bij de implementatie van de richtlijn voor de huisartsen? (3.1)

2. Welke **barrières en facilitatoren** herkennen huisartsen bij de **zorg** voor patiënten met dementie? (3.2)

3. Welke **barrières en facilitatoren** ondervinden huisartsen bij het gebruik van **online richtlijnen en informatiebronnen door huisartsen**? (3.3)

4. Wat houdt het concept **toegankelijkheid van een website voor huisartsen** in? Hoe kan de toegankelijkheid van een website voor huisartsen getoetst worden? (3.4)

Zoekstrategie

In een eerste fase werd gezocht in de databanken van Medline (via pubmed) en Tripdatabase met behulp van Meshtermen (zie tabel 1 en 2). Daarnaast werd ook de KCE databank en Cochrane library geraadpleegd. De selectie van artikels vond plaats op basis van de titel en het abstract, en daarna aan de hand van de relevante inhoud en toepasbaarheid in de Vlaamse context. Enkel Engelstalige en Nederlandstalige artikels werden weerhouden. Een filter naar systematic reviews en randomized control trials werd niet toegepast omwille van het nauwe onderzoeksgebied.

In een tweede fase werden artikels gevonden op basis van 'similar articles', de referenties van de reeds gevonden artikels of artikels die aangereikt werden door de promotor, copromotor en het expertisecentrum Dementie.

De meeste artikels die weerhouden werden betroffen kwalitatieve studies.

Tabel 1: zoekopdrachten in Medline

Zoekopdracht	*Aantal gevonden artikels*	*Aantal weerhouden artikels*
(("Dementia"[Mesh]) AND "Physicians, Primary Care"[Mesh]) AND "Attitude"[Mesh]	6	2
("Health Plan Implementation"[Mesh]) AND "General Practitioners"[Mesh]	7	5
("Practice Guidelines as Topic"[Mesh]) AND "General Practitioners"[Mesh] dementia	3	2
"General Practitioners"[Mesh]) AND "Guidelines as Topic"[Mesh] AND access	21	3
"Health Plan Implementation"[Mesh] AND "General Practitioners"[Mesh]	9	3

Tabel 2: zoekopdrachten in Tripdatabase

Zoekopdracht	*Aantal gevonden artikels*	*Aantal weerhouden artikels*
(title:primary care) (title:dementia)(needs) from:2014	24	6
(title: dementia diagnosis) (title: primary care) needs	8	4
(online guidelines) (attitudes) (title: primary care) from: 2014	46	4

3.1 Wat zijn de opleidingsbehoeften van huisartsen en waar liggen de prioriteiten bij de implementatie van deze richtlijn voor huisartsen?

Bij de benadering van de patiënt met dementie en zijn mantelzorger heeft de huisarts een rol te vervullen in meerdere fases: de detectiefase, de ziektediagnostiek, de zorgdiagnostiek en de monitoring/behandeling (10). Bij het vervullen van al deze rollen voelen huisartsen zich niet altijd comfortabel en identificeren zij nog belangrijke opleidingsbehoeften. Welke inhoudelijke opleidingsbehoeften identificeren zij voor diagnostiek en opvolging van patiënten met dementie?

In eerste instantie is er opleiding nodig over het stellen van de diagnose, de differentieeldiagnose en hoe ze die diagnose moeten meedelen aan patiënt en mantelzorger (11). Er is behoefte aan een leidraad om deze elementen over verschillende consultaties te verdelen. Een systematische arts-patiëntinteractie leidt immers tot een betere gezondheid van de patiënt met chronische ziekte (12). Bij het stellen van de diagnose is er nog extra ondersteuning nodig bij het onderscheid met mild cognitive impairment en de interpretatie van resultaten van screeningstesten (11).

Ten tweede geven huisartsen aan nood te hebben aan kennis van de sociale kaart (11). In zijn coördinerende rol heeft hij de taak om door te verwijzen naar andere hulpverleners. De huisarts is belangrijk in de ondersteuning van de patiënt met dementie en zijn mantelzorgers.

Tot slot, bij het thema behandeling identificeren de huisartsen een eigen opleidingsbehoefte over de niet-medicamenteuze en medicamenteuze aanpak van gedragsproblemen (11,13)

3.2 Wat zijn de barrières en facilitatoren bij de toepassing van richtlijnen over dementie door huisartsen?

De praktische barrières die eerstelijnszorgers bij richtlijnen en opleidingen over dementie ervaren zijn de hoeveelheid aan informatie en het gebrek aan tijd om deze te verwerken, het afstandsleren (en dus niet kunnen aftoetsen bij collega's of peers) dat bij sommige opleidingen gepaard gaat en de uitdaging van een persoonsgerichte i.p.v. een biomedische benadering (14).

Op basis van voorgaande inzichten uit de literatuur weerhouden we volgende mogelijke facilitatoren in de zorg voor de patiënt met dementie: handvaten om diagnose mee te delen aan patiënt en mantelzorger, handvaten in het gebruik van screeningstools, kennis en ter beschikking stellen van een uitgebreide sociale kaart en een leidraad voor de aanpak van gedragsproblemen. Voor de opleiding van de huisarts in deze onderwerpen dient voldoende tijd voorzien te worden, dient de informatie beperkt en bevattelijk te zijn, met aandacht voor de persoonsgerichte benadering en overleg met collega's.

3.3 Welke barrières en facilitatoren worden onderscheiden bij het gebruik van online richtlijnen en online educatie door huisartsen?

Er is een toename in het gebruik van online informatiebronnen door huisartsen over heel de wereld (15, 16). Bovendien kan men op basis van de huidige gegevens enkel een toename verwachten in de toekomst (15, 16, 17, 18). Uit een Scandinavische studie van 2016 blijkt dat 91% van de bevraagde huisartsen wekelijks medische websites bezoekt (15). In een andere studie geeft 95,0% van de ondervraagde huisartsen aan dat ze online informatie lezen en online leermodules volgen (87,4%) omdat ze dit als een belangrijke meerwaarde voor de dagelijkse praktijkvoering vinden (17).

Ook in de context van de Vlaamse huisarts blijken online bronnen en online opleidingen aan populariteit te winnen. Het concept van online-on-the-spot (OOS) opzoeken, waarbij men in een aantal EBM-databanken naar een antwoord zoekt tijdens een consultatie, lijkt patiënt, arts en evidence based medicine bij elkaar te brengen (19).

Evidence based medicine is de hoeksteen van kwalitatieve zorg. Om wetenschappelijke

evidentie te integreren in de dagelijkse huisartsenpraktijk zijn online bronnen onontbeerlijk geworden. Studies beschrijven dat het aanbieden van een richtlijn in verschillende vormen (naast de gebruikelijke tekstversie), het gebruik van korte samenvattingen, beslishulpen,… de implementatie van richtlijnen kan bevorderen (16, 17, 20, 21). KCE benadrukt daarnaast het belang van richtlijnen met een gevalideerd kwaliteitslabel, clustering van kwaliteitsvolle richtlijnen op één platform, alsook de mogelijkheid om de richtlijn tijdens de consultatie te gebruiken met koppeling aan het medisch dossier van de patiënt (21). De grote hoeveelheid van informatie online zorgt ervoor dat huisartsen hebben aan online bronnen die goed gestructureerd, betrouwbaar, snel toegankelijk en bruikbaar zijn tijdens de patiënt-artsinteracties (22). Kostenieuk et al, weerhouden verschillende factoren die het gebruik van online informatiebronnen faciliteren - onder andere het aanbieden van betrouwbare, beknopte informatie, een goede toegankelijkheid, een makkelijk zoektocht, websites met relevante informatie voor de klinische praktijkvoering en het aanbieden van nuttige links (23).

Huisartsen ervaren echter ook barrières in het gebruik van online educatief materiaal. Enerzijds is er de hoeveelheid werk dat moet gebeuren om de informatie te verwerken en het engagement dat hieraan vasthangt. Het gebrek aan tijd en financiële vergoeding spelen ook een rol. Daarnaast wordt het afstandsleren online als eenzaam gepercipieerd. Bovendien blijkt het gebrek aan vaardigheden en kennis om richtlijnen op te zoeken en toe te passen bij sommige artsen ook een belangrijke barrière in het toepassen van de informatie (17, 20, 21, 24, 25).

Daarnaast kan het gebrek aan kwaliteitsvolle, betrouwbare en geactualiseerde informatie ook voor terughoudendheid bij de huisarts zorgen. Deze elementen zijn inhoudelijk en verbonden met de richtlijn zelf, of de opvattingen die de huisarts daarover heeft. Om de betrouwbaarheid van online tools en websites voor huisartsen te evalueren distilleerden Lenaerts et.al 2019 volgende 5 criteria: de auteursinformatie, het vermelden van de methode waarop de evidentie verkregen werd, de kwaliteit van de website, het design en de bruikbaarheid van de website en de interactiviteit van de website (26).

Na dit tweede deel van de contextanalyse kunnen we concluderen dat een richtlijn betrouwbaar, snel toegankelijk en gemakkelijk in gebruik moet zijn (27). Meer bepaald moet zij een antwoord bieden op specifieke noden van de huisarts. De informatie moet gemakkelijk raadpleegbaar zijn tijdens de consultatie en snel toegankelijk zijn. Een website die voldoet aan

deze eisen kan een aanvullende waarde hebben in het implementatieproces van richtlijnen. Jennings et al. deed alvast onderzoek naar de noden van huisartsen in Ierland en ontwikkelde eveneens een website over dementie die positief onthaald werd (28).

3.4 Hoe kan de toegankelijkheid van een online informatiebron zoals een website voor huisartsen geëvalueerd worden?

Studies beschrijven dat het aanbieden van een richtlijn in verschillende vormen (naast de gebruikelijke tekstversie) en een makkelijke toegangsweg tot de richtlijn, het gebruik ervan kunnen bevorderen. Hoe een toegankelijke bron er voor een huisarts moet uitzien wordt echter minder beschreven in de literatuur. In dit laatste gedeelte van de contextanalyse wordt een vertaling gemaakt van het concept toegankelijkheid van een website of e-bron voor de huisarts.

Het World Web Consortium identificeert in haar richtlijnen vier factoren die de toegankelijkheid van een website in het algemeen en voor een breed publiek bepalen. (Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) (29). Enerzijds is er de waarneembaarheid die duidt op een logische titelonderverdeling, duidelijk visueel onderscheid en waarneembaarheid voor mensen met zintuiglijke beperkingen. Ten tweede moet er aan bruikbaarheid en bedienbaarheid voldaan worden, dit is het linken naar andere pagina's moet voldoen aan de verwachtingen, het navigeren in de website moet via het toetsenbord kunnen en gebruikers moeten audio en video gemakkelijk kunnen hanteren. Daarnaast is de verstaanbaarheid belangrijk: is het taalgebruik aangepast aan de taal van de gebruiker? Zijn er geen te lange zinnen? Worden afkortingen uitgelegd? Tot slot moet de website robuust zijn, i.e. een goede htmlcode zodat de website eenvoudig terug te vinden is.

Hoewel bovenstaande indicatoren van toegankelijkheid ook van toepassing zijn op huisartsen, dient een specifieke vertaling van deze vier criteria naar de huisartsenpopulatie zich aan. Rekening houdend met de behoeftes die huisartsen aangeven, kunnen we volgende elementen weerhouden:

Vooreerst moet de lay-out een overzichtelijke en duidelijke weergave van de inhoud zijn.

Ten tweede houdt een goede bruikbaarheid in dat de inhoud op verschillende media (smartphone, laptop,…) op een overzichtelijke manier kan geraadpleegd worden (zie ook masterpaper van dr. Bhatti). De website moet bovendien snel antwoorden bieden op gezochte

informatie, dit wil zeggen tijdens een consultatie en eventueel via een zoekfunctie. Ze moet op een eenvoudige manier gehanteerd worden met het doorlinken naar aanvullende informatie. De verstaanbaarheid vertaalt zich in een aangepast taalgebruik voor de huisartsendoelgroep: niet-courante bewoordingen en afkortingen moeten worden uitgelegd. De robuustheid van de website wordt enerzijds vervat in de domeinnaam, maar ook de vindbaarheid voor huisartsen is hier van belang. Hoe wordt een website aangeboden? Is deze verbonden aan gekende informatiebronnen? Hoe wordt zij bekend bij de huisartsen?

4. Implementatieplan

4.1 Het ontwerpen van een website op basis van de richtlijn dementie in eerste lijn

De inhoud en vorm van de website werden ingevuld door de vier onderzoekers AF, BK, KS, MG. Als uitgangspunt werd de richtlijn over dementie in de eerste lijn gebruikt (1). De delen ‘detectie’ en ‘ziektediagnostiek’ werden grotendeels opgesteld op basis van de richtlijn: 'Diagnostiek van dementie in de eerste lijn'. Voor de webpagina’s rond preventie, zorgdiagnostiek en behandeling werd gebruik gemaakt van andere richtlijnen van externe quaternaire bronnen, zoals de NHG-standaarden, Domus Medica, Pallialine, World Health Organisation (WHO) en American Diabetes Association. Voor publicatie van het cijfermateriaal werd beroep gedaan op het Dementieplan Vlaanderen van de Vlaamse regering, WHO en het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Het Belgisch Centrum voor Farmaceutische Informatie (BCFI) werd gebruikt om onafhankelijke informatie te verschaffen over medicatie. Artikels uit databasen als Medline en Cochrane en uit gerenommeerde tijdschriften werd weerhouden. Tenslotte werden artikels uit Nederlandstalige tijdschriften zoals ‘Huisarts en Wetenschap’ en ‘Tijdschrift voor Praktijkondersteuning’, alsook voorgaande masterpapers uit de ICHO-database geïncludeerd. Tot slot werd ook informatie gebruikt van- en verwezen naar gekende betrouwbare websites zoals WHO, Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, Jong Dementie, Vlaams Instituut Gezond Leven en Palliatief. De volledige referentielijst van de gebruikte bronnen kan je terugvinden op de website huisartsendementie.be onder ‘Referenties’.

Op basis van aanvullende literatuurstudies werden onderdelen aangepast en aangevuld. In onderling overleg tussen de onderzoekers en de promotoren werd de website gereviseerd. Door middel van een iteratief proces werden daarop nieuwe aanpassingen uitgevoerd.

Om de website www.huisartsendementie.be op te bouwen werd gebruik gemaakt van het online webbouwsysteem ‘webnode’. Er werd geopteerd voor een sober profiel waarbij snel en eenvoudig informatie kan worden teruggevonden.

4.2 Voorstelling van de website

Doel website

Het doel van de website (www.huisartsendementie.be) is om een platform te creëren waar de zorgverlener alle informatie vindt over de aanpak van dementie volgens het momenteel best beschikbare wetenschappelijke bewijs. Het wil de zorgverlener wegwijs maken in het complexe ziekte- en zorgproces van dementie. De website onderscheidt hierin vijf grote stappen: preventie, detectie, ziektediagnostiek, zorgdiagnostiek en behandeling (10).

Inhoud website

De homepagina van de website geeft via de menubalk meteen toegang tot de vijf grote onderdelen (zie figuur 2). Het deel 'preventie' omschrijft verschillende risicofactoren die in verband worden gebracht met dementie, gestaafd door het Lancet artikel van Livingston et al (31). De eerste signalen die kunnen wijzen op cognitieve achteruitgang, kunnen teruggevonden worden op de webpagina 'detectie'. Bij 'ziektediagnostiek' kan de arts de diagnostische stappen toetsen die hij/zij in overweging kan nemen om de diagnose te stellen, gaande van (hetero-)anamnese naar technische onderzoeken (zie figuur 3) tot redenen om door te verwijzen. Bij dementie komt echter meer kijken dan enkel het zuiver medische aspect, dat beschreef ook Vermandere et al (32). De verschillende fases van het proces van zorgdiagnostiek, gefundeerd op vorig vermeld artikel, worden in het deel 'zorgdiagnostiek' overlopen. Onder andere vroegtijdige zorgplanning, de mantelzorger, hulpmiddelen in huis, (financiële) veiligheid van de patiënt en beoordeling van medicatie komen in dit deel aan bod. Verder wordt zowel medicatie als gedragsproblemen belicht in de rubriek 'behandeling'. Tot slot kan men op de homepagina zelf meer praktische informatie terugvinden, zoals nuttige documenten (allerhande aanvraagformulieren), interessante links en referenties of voorbeeldcasussen.

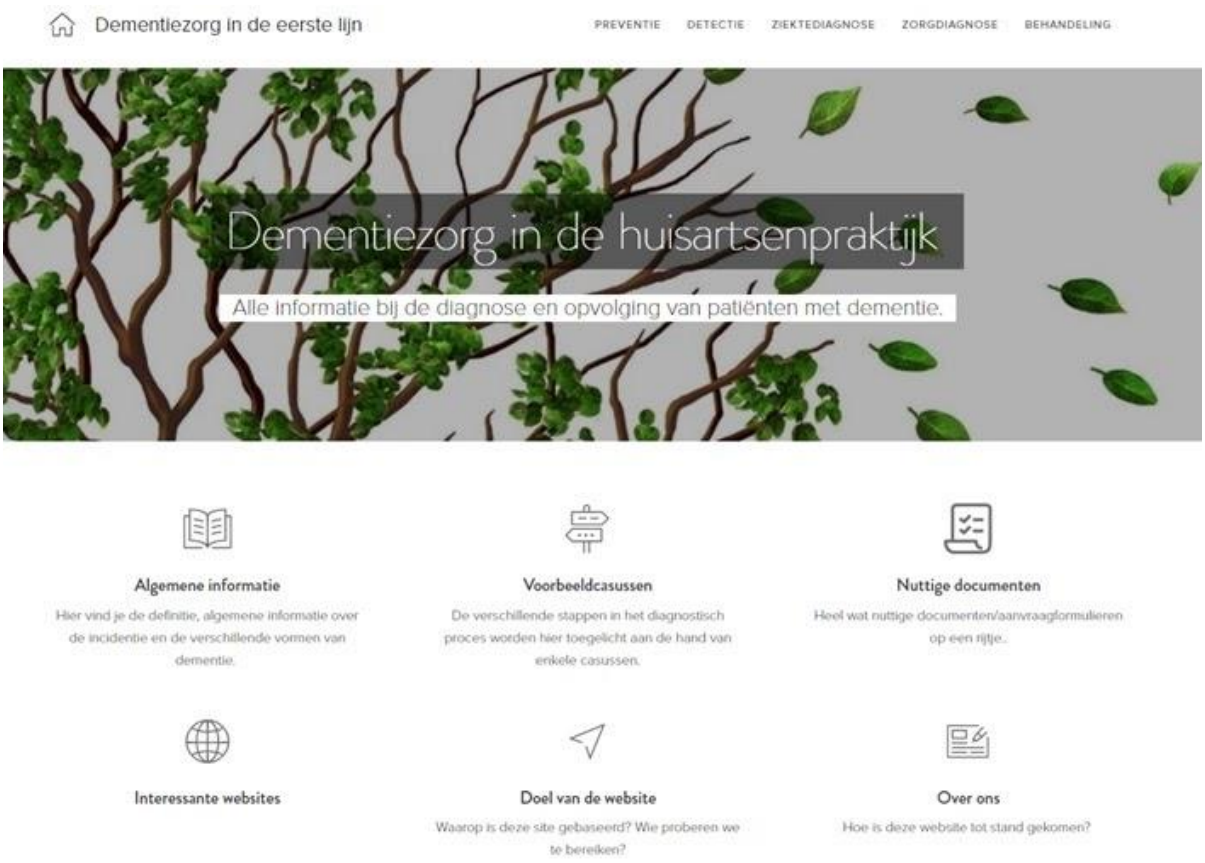


Fig. 2: Een blik op de startpagina van www.huisartsendementie.be



Fig. 1 : Webpagina over technische onderzoeken

5. Evaluatie

De evaluatie van de website vond plaats door middel van focusgroepen. Hierdoor werd getracht om onderstaande onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. Is de website van waarde als informatiebron en implementatietool voor de richtlijn voor artsen?
2. Hoe beantwoordt de website als informatiebron en implementatietool inhoudelijk aan de educatiebehoeften en noden van de huisarts?
3. Hoe beantwoordt de website als informatiebron en implementatietool aan de verwachtingen rond gebruiksvriendelijkheid?
4. Hoe toegankelijk is de website als informatiebron en implementatietool voor de richtlijn voor huisartsen?

5.1 Introductie: focusgroep als onderzoeksmethode

Een focusgroep is een vorm van groepsinterview waarbij deelnemers gevraagd wordt naar hun ervaringen, mening en perceptie van een product, in dit geval een website. De interactie tussen de moderator en deelnemers is hierbij van belang. De verschillende standpunten, ervaringen en meningen komen tijdens een focusgroep tot stand doordat de respondenten elkaars mening horen en deze toetsen aan hun eigen mening. De moderator noteert overeenstemming en tegenstelling in de percepties. Op die manier worden data verzameld om wetenschappelijke uitspraken te doen over de kwaliteit van de website enerzijds en een aanzet tot verbetering van de website en toekomstig onderzoek te geven anderzijds (33).
Om een kwalitatieve studieopzet te bekomen, werden zowel de samenstelling van de focusgroep als de opbouw van de vragenlijst die in de focusgroep werd gebruikt, op voorhand bestudeerd (33-34).

5.1.1 Samenstelling focusgroep

Een focusgroep wordt samengesteld uit een doelgericht staal deelnemers. Ten eerste moet men trachten om een verscheidenheid in demografie tussen de deelnemers te bekomen. Ervaring is een ander belangrijk selectiecriterium. Door verschillen in expertise kunnen de deelnemers

mogelijks verschillen qua attitudes en opvattingen over het geselecteerde thema (boek). Dit is echter moeilijk om op voorhand in te schatten.

Volgens sommige literatuur kan het een voordeel zijn indien de leden van de focusgroep elkaar kennen. Een veilige en open omgeving zou de kans op een open dialoog tussen de deelnemers verhogen, alsook op het delen van verschillende meningen. Dit aspect kan versterkt worden door de focusgroep homogeen samen te stellen. Wanneer men het gevoel heeft met gelijken rond een tafel te zitten, kan men immers sneller overgaan naar een open dialoog (boek, TQR). In tegenstelling hiertoe verkiezen anderen eerder een heterogene groep. Het ontbreken van een relatie tussen de deelnemers (TQR) en de aanwezigheid van onderlinge persoonlijke verschillen kan mogelijks leiden tot meer variatie in meningen en attitudes, hetgeen voor de onderzoeker van belang kan zijn (35). In deze studie werd geopteerd voor 2 homogene en 2 heterogene focusgroepen.

Ideaal gezien worden er focusgroepen georganiseerd tot het theoretische punt van saturatie wordt bereikt. Dit betekent dat men na het uitvoeren van een aantal focusgroepen op een gegeven moment nog maar weinig nieuwe informatie bekomt. Dit is heel situatie- en onderwerp gebonden, maar zou gemiddeld liggen tussen drie tot vijf groepen. De grootte van de focusgroep ligt best op 6-10 deelnemers. De duurtijd van iedere groep kan variëren tussen de 60-120 minuten (34).

5.1.2 Opbouw script

De topiclijst voor de focusgroep wordt gekenmerkt door een vast kader, waarbij de volgorde van de topics en vragen zorgvuldig wordt opgebouwd. De focusgroep begint met een introductie waarbij de studie wordt voorgesteld en praktische afspraken worden gemaakt. De deelnemers tekenen dan het informed consent. De eerste vraag is een ijsbreker die de kennismaking stimuleert. Daarna volgt de inleidingsvraag om zowel het gesprek als het onderwerp te openen en de algemene opinie te toetsen. Vervolgens is het de beurt aan de kernvragen. Tijdens die fase worden de wordt het onderzoeksthema uitgediept. De focusgroep wordt afgesloten met besluitende vragen en een bedanking (34).

5.2 Methode

Goedkeuring

Deze studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Katholieke Universiteit Leuven. (zie bijlage 3). Een geïnformeerde toestemming werd schriftelijk verkregen bij alle deelnemers (zie bijlage 2).

Vorm

Om de website en zijn doel van implementatie te evalueren aan de hand van verschillende kwalitatieve aspecten, werd geopteerd voor een kwalitatief onderzoek door middel van focusgroepen. Tijdens het uitvoeren van de focusgroepen werd een geluidsopname gemaakt, waarvan later een transcript werd opgesteld.

Deelnemers

Het doelpubliek van de website zijn huisartsen in Vlaanderen. De vier focusgroepen bestonden daarom uit een purposive sample van Vlaamse huisartsen (in opleiding) uit meerdere regio's (Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant). Deze regio's werden gekozen in functie van het werkgebied van de onderzoekers. De selectie gebeurde ook op basis van leeftijd en ervaring.
Participatie werd gefaciliteerd enerzijds door de homogene samenstelling van de groepen en anderzijds door deelname op vrijwillige basis.
De vier onderzoekers fungeerden steeds als moderator of als verslaggever. Als moderator werd een neutrale, open en tolerante houding aangehouden.

Structuur

De focusgroepen werden telkens georganiseerd vanuit een vaste structuur. Een maand voorafgaand aan de focusgroep werd een uitnodigingsmail verstuurd met een informatiebrief over het doel en de opzet van de studie (cfr. bijlage 2). Nadien werd een herinneringsmail verstuurd. De huisartsen hadden de mogelijkheid om de website op voorhand te bekijken. De focusgroep werd aangevat met duiding van het onderzoek, waarna schriftelijke toestemming van alle deelnemers bekomen werd door het ondertekenen van een 'informed consent' (cfr. bijlage 3).
Er werd gebruik gemaakt van een vooraf opgestelde topiclijst (cfr bijlage 4). Bij aanvang van de focusgroepen kregen de participanten de opdracht om informatie op de website op te zoeken

aan de hand van een casus. Vervolgens werd er gepeild naar volgende aspecten: enerzijds waarde en betrouwbaarheid (is de website een meerwaarde, is de informatie valide?), volledigheid (wat is de reikwijdte en diepgang van de informatie?), toegankelijkheid (is de website toegankelijk en bereikbaar voor huisartsen?) en gebruiksvriendelijkheid van de website (is de website gemakkelijk in gebruik?). Om de gebruiksvriendelijkheid verder te evalueren werd de system usability scale gebruikt. Er werd daarnaast voldoende ruimte gelaten voor opmerkingen die niet aan bod kwamen in de vooraf opgestelde vragenlijst.

Dataverwerking

De audio-opnames van de focusgroepen werden eerst volledig uitgetypt door de onderzoekers. Vervolgens werd deze data verwerkt met behulp van Nvivo, een programma voor kwalitatieve data-analyse. De codering gebeurde in verschillende stadia (36). Per onderzoeksvraag werd een codeboom opgesteld (cfr. Bijlage 5). De data-analyse en resultaten per onderzoeksvraag werden door de vier onderzoekers nagekeken en plenair overlegd om een zo een multidimensioneel denkproces te krijgen en een algemene conclusie te vormen (37).

5.3 Resultaten

5.3.1 Sociodemografische gegevens van de focusgroepen

Er werden vier focusgroepen georganiseerd in drie verschillende Vlaamse provincies, met name Antwerpen, Vlaams Brabant en Limburg. Van de 40 uitgenodigde artsen waren er 28 effectieve deelnemers. Het aantal deelnemers per focusgroep was respectievelijk 7, 4, 7 en 10. De gemiddelde leeftijd en het aantal jaren ervaring verschilde van focusgroep tot focusgroep.
In onderstaande tabel vindt u een overzicht van de kenmerken van de afzonderlijke focusgroepen.

Focusgroep	Locatie (provincie)	Aantal artsen uitgenodigd	Werkelijk aantal deelnemers	Samenstelling	Geslacht (aantal mannen - vrouwen)	Gemiddelde Leeftijd-spreiding	Gemiddeld aantal jaren ervaring-Spreiding
1	Antwerpen	8	7	1 HAIO, 6 huisartsen	2 vrouwen, 5 mannen	26,85 (26-27)	1,86 (1-2)
2	Vlaams-Brabant	8	4	4 huisartsen	1 vrouw, 3 mannen	60,5 (58-65)	36 (35-41)
3	Limburg	13	7	6 HAIO's, 1 huisarts	5 vrouwen, 2 mannen	30,24 (26-57)	5,28 (1-31)
4	Antwerpen	11	10	9 HAIO's, 1 huisarts	8 vrouwen, 2 mannen	29,7 (27-44)	2,85 (1,5 -15)
Totaal		**40**	**28**				

Tabel 1: Gegevens samenstelling focusgroepen

5.3.2 Thematische analyse van de focusgroepen naar toegankelijkheid van de website

Om de toegankelijkheid van de website te beoordelen werd de informatie van de focusgroepen gecodeerd in verschillende indicatoren: lay-out, gebruiksgemak, verstaanbaarheid, domeinnaam en vindbaarheid.

5.3.2.1 Lay-out

De lay-out van de website huisartendementie.be wordt positief onthaald. De meeste huisartsen in de focusgroepen beschouwen haar als een overzichtelijke en duidelijke bron met een goede hoeveelheid aan tekst en afbeeldingen. De opbouw met de verschillende tabbladen, chronologie en logica zijn aangenaam in gebruik. De artsen geven bovendien aan dat de hoeveelheid informatie op één pagina accuraat is en dat de hoeveelheid scrollen en doorklikken niet storend

aanvoelt. De lay-out zorgt voor het vlot doorlezen van de pagina's. Belangrijke concepten worden in het vet gedrukt en worden verbonden aan een nieuwe pagina via een muisklik.

> *FG 1, 3: De website is chronologisch en logisch opgebouwd, er is ook een tab vanboven. Niet alleen nu, maar ook toen ik het thuis bekeek was het heel logisch: van vroegdetectie naar anamnese naar hetero-anamnese, naar screening naar diagnose, en dan behandeling, verdere onderzoeken,… Ik vond het heel chronologisch, en zo is het ook gemakkelijk, als je dan met iemand zit met dementie en je weet dat je ergens op het derde of vierde tabblad moet gaan kijken en niet al de rest moet doorlopen, hetgeen je bij andere richtlijnen soms wel hebt dat alle informatie opeen staat. Het is duidelijk en logisch opgebouwd.*

> *FG 2, 2: Het is ook fris met de witte achtergrond, en het is aangename tekst om te lezen, het is geen standaard lettertype 'Times New Roman'. Mij spreekt het aan dat het een frisse lay-out is en niet zo'n donkere achtergrond waarin ik geen zin heb om in te lezen.*

> *FG3,1 Sommige dingen zijn in het vet gezet, wat ik ook wel nuttig vind, want als je alles moet lezen en je wilt snel iets opzoeken is het misschien wat veel. Ik vind het wel overzichtelijk en niet één brok tekst waarin je alles zelf moet gaan zoeken.*

Twee proefpersonen gaven aan liever geen afbeeldingen geïntegreerd in de pagina's te zien.

> *FG3, 8 Ik zou dus al die prentjes er eigenlijk uithalen, want dat maakt het wel leuk en blitz, maar maakt het minder overzichtelijk.*

> *FG3, 4 Ja, dat is heel persoonlijk heb ik liever denk ik zo een beetje meer NHG achtig, ik mis een overzicht op uw eerste pagina van wat ga ik allemaal vinden. Nu heb ik zo meer het gevoel dat je teveel moet klikken.*

De website is raadpleegbaar op verschillende media: computer, smarthpone, tablet. De interface past zich telkens aan de schermgrootte wat door de meeste huisartsen als belangrijk wordt aangegeven.

> *FG4, 1: Via welk medium zouden jullie de website raadplegen?*
> *1: Tablet, gsm.*

> *FG 4, 3: Ik denk alle twee, je moet gewoon zorgen dat het op alles gaat. Niet zorgen dat één medium de voorrang heeft.*

De meeste deelnemers hebben geen extra suggesties om de lay-out te verbeteren.

> *FG4, 2: Je gebruikt al verschillende tapbladen en icoontjes, er is al over nagedacht over hoe je je structuur kunt meedelen. Zelfs al op de homepage heb je in één oogopslag een idee van wat de site te bieden heeft. En je kan nog voor jezelf de verschillende tabbladen bekijken en nagaan wat je gaat bekijken. Als je dat allemaal op je homepage gaat zetten zou het teveel zijn.*

5.3.2.2 Bruikbaarheid en gebruiksgemak

De structuur, indeling en inhoud worden over het algemeen als gebruiksvriendelijk aanzien. Deze elementen komen uitgebreid aan bod in de verschillende focusgroepen.

> *FG4, 3: Ik denk wel dat de website gebruiksvriendelijk is, ik denk niet dat als de patiënt meekijkt dat dat een meerwaarde is, maar wel voor jezelf als geheugensteun aan de zijkant als je met de patiënt bezig*

bent, dat zeker wel. Het staat allemaal mooi in puntjes opgeschreven, zoals die rode vlaggen, als je bij anamnese of hetero-anamnese zit, dan is dat wel nuttig denk ik.

Hieronder bespreken we de inhoudelijke volledigheid, raadpleegbaarheid op verschillende media, gebruik tijdens consultatie en betrouwbaarheid als onderdelen van gebruiksvriendelijkheid.

Naar inhoudelijke volledigheid van de website waren de meeste huisartsen tevreden. Zij merkten wel nog de behoefte voor meer informatie over de medicamenteuze en niet-medicamenteuze aanpak van gedragsproblemen en informatie over de plaatselijke sociale kaart of doorverwijzing naar externe diensten.

De raadpleegbaarheid vanop verschillende media is belangrijk voor de huisarts en draagt bij aan het gebruiksgemak en toegankelijkheid van de website. De meeste huisartsen uit de focusgroepen geven echter aan dat de computer het meest gebruikte medium in hun praktijk is. Tijdens een rusthuisbezoek wordt de smartphone ook vaak geraadpleegd.

De website gebruiken tijdens een consult lijkt nog een discussiepunt te zijn. In de meeste focusgroepen kwam naar voor dat de website eerder als naslagwerk of ter voorbereiding van een consult zou gebruikt worden, maar niet tijdens het consult zelf. Het zijn voornamelijk ervaren artsen die de website eerder niet tijdens de consultatie maar tussendoor zouden gebruiken. De website op voorhand kennen en doorlopen, lijkt noodzakelijk voor een vlot gebruik tijdens en na het consult.

FG4, 6: Ik vind dat het eigenlijk al vrij snel is, maar je moet het inderdaad even door hebben, maar ik denk niet dat dat nog sneller of makkelijk gaat. Het is een beetje zoals 'x' zegt, iedereen heeft een beetje zijn eigen werkwijze, ik zou het niet persoonlijk bij mijn patiënt doen, maar wel nadien wel of tussendoor op een snelle en efficiëntie manier.

FG2, Moderator: ik hoor jullie zeggen dat, indien er een opleiding voorzien zou zijn of er wat meer tijd voorzien zou zijn om met de site kennis te maken. Dat het veel allemaal veel makkelijker en nuttiger zou verlopen.
FG2, 2: Dat lijkt mij inderdaad zeer nuttig voor LOK's, niet om kritiek te geven maar om het te leren. Want nu gebeurt het kennismaken na de uren en dan heb je er vaak geen zin meer in.

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat sommige artsen de website nog niet hadden bekeken voor de focusgroep plaatsvond en er dus nog niet mee vertrouwd waren.

Daarnaast werd in drie van de vier focusgroepen door meerdere deelnemers een zoekfunctie

gesuggereerd om het gebruiksgemak te bevorderen. In één focusgroep werd geen meerwaarde aan een zoekmachine gegeven. De zoekfunctie werd op dit ogenblik nog niet in de website geïntegreerd wegens technische beperkingen.

> *FG1, 7: k mis nog een zoekmachine. Als ik op een specifiek woord wil zoeken of iets bepaald wil weten, dat ik echt zie: op deze pagina staat dit vermeld. Nu moet ik echt gaan zoeken voor iets dat ik wil weten. Het is gemakkelijker als er een zoekmachine is.*
>
> *FG4, 7: Ik vind dat je nu ook al overal snel bent ook zonder zoekfunctie met die tabbladen. Als je iets zoekt moet je het gewoon even lezen en met twee klikken ben je er. Ik denk niet dat een zoekfunctie echt zoveel meerwaarde zou brengen.*
> *FG4, 1: Plus dan moet je al exact het woord intypen dat jullie gebruiken.*
> *FG4, 6: Uiteindelijk een internetbrowser heeft ook een zoekfunctie, als je echt puur naar de woordkeuze kijkt. Ik vind het zelf echt wel vrij straight forward .*

Daarnaast wensen de meeste huisartsen betrouwbare evidence based bronnen en informatie die geactualiseerd wordt. Bewijskracht van de adviezen en gebruikte bronnen worden duidelijk aangegeven op elke pagina. Dit zal de bruikbaarheid van de website ook ten goede komen Door meerdere deelnemers werd het belang aan up to date houden van de richtlijnen en website bevraagd.

> *FG4, Moderator: Komt de website betrouwbaar over? Wat vinden jullie van de gebruikte bronnen?*
> *FG4, 2: Het zijn allemaal recente bronnen, 2019, 2018, 2016.*
> *FG4, 1: Het is zo wel , Domus Medica, NHG, dus wel betrouwbare bronnen, wat ik op het eerste zicht zie.*
> *FG4, 4: Ja het is heel interessant.*
>
> *FG2, Moderator: Hebben jullie nog negatieve punten over de website?*
> *FG2, 2 Wetenschappelijke updates?*

De gebruiksvriendelijkheid met inbegrip van een kwantitatieve analyse wordt in extenso behandeld in de masterpaper van Saadat K. Bhatti.

5.3.2.3 Verstaanbaarheid en taalgebruik

De verstaanbaarheid en het taalgebruik is een criterium dat minder frequent aan bod kwam in de focusgroepen. Evenwel werd dit onderwerp goed onthaald en waren er weinig extra opmerkingen bij. Het taalgebruik van de website is aangepast aan haar doelgroep, huisartsen. Alle begrippen zijn duidelijk en waar nieuwe elementen of afkortingen voorkomen, worden deze verder uitgelegd, of kan men meer informatie krijgen via doorklikken.

5.3.2.4 Domeinnaam

Tot op heden is de website voor iedereen toegankelijk via de link www.huisartsendementie.be. De domeinnaam is duidelijk voor de meeste huisartsen. Er wordt aangegeven dat de website hoog in de resultaten van de zoekmachine Google zou moeten verschijnen. Dit ligt echter niet binnen de technische mogelijkheden van de onderzoekers.

> *FG2, 1 Ik denk dat het belangrijkste is dat je die link ergens ziet staan dat je, dat je dat krijgt als je het in google intikt. Ik zou nooit in de zoekbalk beginnen, iets beginnen typen.*
>
> *FG2, 9 Ik zou gewoon dementie intikken. 1 Dan zou je het eigenlijk moeten krijgen op google eigenlijk.*

5.3.2.5 Vindbaarheid en bekendheid

De bekendheid bij huisartsen is een cruciaal element in de toegankelijkheid van de website en wordt ook door meerdere artsen in de focusgroepen aangehaald. Hoe de website haar bekendheid bij huisartsen zal verwerven is tot op heden nog onduidelijk. Huisartsen leren nieuwe richtlijnen kennen via domus medica, NHG, mails van ebm practicenet en via collega's. Heel wat deelnemende huisartsen wensen de website terug te vinden via de evidencelinker of via ebmpracticenet.

> *FG2,1: Laat de website linken in cebam of evidencelinker. Naam moet herkenbaar zijn*
>
> *FG4,2:Ja inderdaad, EBM, als je weet dat die site daar nog stond, dat weet je dat je het altijd daar kan terugvinden omdat dat iets is dat je blijft gebruiken. Op Domus Medica bijvoorbeeld, dan moet je al echt naar die website gaan, maar EBM gebruik je al sneller via het softwaresysteem.*

In de focusgroepen worden onder andere Lokale KwaliteitsOverleg (LOK)-paketten of lessen waar accreditatiepunten aan gekoppeld zijn gesuggereerd als methode om de bekendheid van de website te verhogen.

> *FG1, 3: Kan je het niet meer zo brengen dat het een bijscholing wordt. Zodat de mensen de site doorlopen en er punten voor geven en op die manier de site leren kennen,*
> *Want als je effectief de site niet doorloopt, ben je er niet veel mee.*
>
> *FG1,4: De site is wel heel goed opgebouwd, het voelde een beetje als een e-learning aan.*

Nota: De site werd op sommige vlakken reeds aangepast op basis van enkele opmerkingen en suggesties uit de focusgroepen.

6. Onderhoudsfase

In de onderhoudsfase wordt nagegaan wat noodzakelijk is om de implementatie in de praktijken te verbeteren en om het actieplan aan te passen. Deze fase wordt in deze masterpaper slechts summier behandeld.

Om deze website relevant te houden is het belangrijk dat de inhoud van de website steeds aangepast wordt aan de laatste wetenschappelijke kennis. Het is ook belangrijk dat ze verandert naargelang de noden van de Vlaamse huisartsen. Het expertisecentrum Dementie zal deze eerste taak op zich nemen. Een verdere toetsing van de website in de huisartsencontext is essentieel. Enerzijds dient de nieuwe versie van de website getoetst te worden door gebruik te maken van geobjectiveerde schalen. Hierdoor is een vergelijking met voorgaande versies mogelijk (i.e. SUS-vragenlijst). Anderzijds wordt getracht om actief feedback te verkrijgen tijdens het gebruik in de praktijk. De toegankelijkheid van de website is belangrijk om de informatie van de richtlijn te kunnen integreren in de dagdagelijkse praktijk. Uit ons onderzoek blijkt dat het noodzakelijk is dat website voldoende bekendheid krijgt bij haar doelpubliek, de Vlaamse huisarts. Dit zou kunnen gebeuren door het aanbieden van een LOK-pakket waar de website wordt gedemonstreerd. In de context van zorg voor dementie suggereert men dat face to face learnings in grote of kleine groepen de voorkeur hebben om naast ‘self-learning’ aan te bieden. Deze worden het liefst gegeven door een ervaren expert die ook clinicus is. De website aanbieden via CEBAM of evidence linker in de medische pakketten van huisartsen is voorlopig niet mogelijk omdat de website extra informatie omtrent zorgdiagnostiek bevat, die buiten de gevalideerde richtlijn reikt en toch op de website aangeboden wordt.

7. Discussie

Om de implementatie van de richtlijn 'Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk' te verbeteren en tegemoet te komen aan de opleidingsbehoeften van huisartsen in de zorg van patiënte met dementie werd de website huisartsendementie.be ontwikkeld. In vier focusgroepen werd de toegankelijkheid van de website geëvalueerd.

Verschillende elementen van de toegankelijkheid werden getest. Op het vlak van gebruiksgemak, lay-out en verstaanbaarheid scoort de website goed bij huisartsen. Er blijft echter nog een groot deel van het vraagstuk naar bekendheid en vindbaarheid onbeantwoord. Verder onderzoek en nieuwe projecten zijn noodzakelijk om aan deze vraag tegemoet te komen. Aangezien dit project zich nog in volle ontwikkeling bevindt, is deze vraag niet eenduidig en definitief te beantwoorden. Door de analyse van de focusgroepen stellen we vast dat de bekendheid van de website op heden nog een theoretisch en deels hypothetisch gegeven is. Maar op basis van de antwoorden van artsen wordt wel duidelijk hoe deze toegankelijkheid dan in realiteit vorm zou moeten krijgen.

Sterktes van het onderzoek

- Dit is voor zover we konden nagaan de eerste Vlaamse website die informatie bundelt voor huisartsen betreffende de zorg voor patiënten met dementie.
- De focusgroepen vonden steeds plaats in een vertrouwde omgeving. Hierdoor voelden de deelnemers zich veilig om kritiek te kunnen geven. Anderzijds kan het zijn dat de deelnemers niet kritisch genoeg waren, omdat ze de onderzoekers kenden. Het feit dat de onderzoekers zelf de focusgroepen leidden kan ook als effect hebben dat ze door hun gedrag het gesprek in een bepaalde richting stuurden (interviewer bias).
- Er werd gekozen om gebruik te maken van focusgroepen om op die manier de persoonlijke ervaringen van de artsen met het gebruik van de website zo volledig mogelijk te registreren. Hierdoor was het voor de onderzoekers mogelijk om de gesprekken direct bij te sturen om zo dicht mogelijk bij de onderzoeksvragen te blijven. Daarnaast konden onduidelijkheden in respons door de participanten meteen worden uitgeklaard.
- Veel deelnemers hadden de website niet op voorhand doorlopen. Dit geeft een realistische situatie van de huisartsencontext weer, gezien artsen tijdens de consultatie

ook vaak 'on the spot' moeten zoeken. Dit heeft echter ook als effect dat de feedback minder diepgaand was dan potentieel mogelijk.

- Bij aanvang van de focusgroepen kregen de participanten de opdracht om informatie op de website op te zoeken aan de hand van een casus. Op die manier werd getracht de website te evalueren op een realistische wijze, die aanleunt bij de dagdagelijkse praktijkvoering. Daarnaast werd hierdoor gepoogd tegemoet te komen aan het feit dat veel participanten de website op voorhand niet hadden bekeken.

Zwaktes van het onderzoek

- Voorafgaand aan het bouwen van de website werd een contextanalyse uitgevoerd door middel van een literatuurstudie. De bestaande literatuur was mogelijks onvoldoende toepasbaar op de huidige Vlaamse context. Een bevraging bij Vlaamse huisartsen is noodzakelijk om een grondiger beeld te krijgen van de noden en de moeilijkheden van de huisartsen.
- Een mogelijke methodologische zwakte is de keuze voor de focusgroep als evaluatiemethode. Een testmethode die meer beantwoordt aan de realiteit is het gebruik van de website op grote schaal in de praktijk zelf. Dit kan in een volgend onderzoek meer informatie aan het licht brengen.
- De evaluatie van de website in vier focusgroepen van huisartsen is eenzijdig. Het is aangewezen om buiten de eigenlijke doelpopulatie van huisartsen, ook professionele IT-medewerkers te betrekken in een focusgroep over toegankelijkheid of gebruiksvriendelijkheid van de website.
- De samenstelling van de focusgroepen was weinig heterogeen naar leeftijd. De focusgroepen bestonden voornamelijk uit jonge artsen. Slechts één focusgroep bestond uit overwegend meer ervaren huisartsen. Deze eerste groep heeft misschien meer nood aan ondersteuning bij de zorg voor patiënten met dementie. Zij kunnen wellicht de noden van educatie beter inschatten. Anderzijds hebben ze minder ervaring met patiënten met dementie, zodat zij waarschijnlijk minder inzicht hebben in de moeilijkheden bij de zorg voor patiënten met dementie.
- Omwille van praktische overwegingen werd op voorhand het aantal focusgroepen vastgelegd. Er werd vermoedelijk nog geen datasaturatie bereikt. Hierdoor kunnen de

resultaten niet geëxtrapoleerd worden naar de gehele groep van huisartsen. Verdere toetsing van de website is noodzakelijk.

- Tot slot zou er mogelijks sprake kunnen zijn van interviewer bias, gezien de focusgroepen door budgettaire en praktische overwegingen niet door een onafhankelijk persoon, maar door de onderzoekers zelf werden geleid.

8. Conclusie

Huisartsen hebben nood aan gebundelde, duidelijke en praktische informatie die hen ondersteunt bij de zorg voor patiënten met dementie. De CEBAM-gevalideerde richtlijn 'Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk' biedt hier een antwoord op. De website huisartsendementie.be werd ontworpen om de richtlijn te implementeren en verder tegemoet te komen aan de noden van de huisartsen. Uit de focusgroepen blijkt dat deze website van waarde kan zijn voor huisartsen.
Inhoudelijk wordt de website aanzien als uitgebreid en verbredend, maar huisartsen missen onder meer informatie rond de aanpak van gedragsproblemen en praktische informatie die hen kan helpen bij het doorsturen naar de juiste instanties. Een belangrijke kanttekening is dat de website eerst grondig moet doorlopen worden om haar echte waarde te ontdekken.

De website biedt een toegevoegde waarde, doordat ze alle relevante informatie bundelt en deze zo makkelijker beschikbaar maakt. Deze informatie wordt over het algemeen als betrouwbaar geacht. Een zeer belangrijk gegeven is dat de website haar betrouwbaarheid in de toekomst moet blijven garanderen door up-to-date te blijven.
Op vlak van structuur en lay-out wordt de website door de meeste artsen als overzichtelijk en intuïtief gepercipieerd. De vindbaarheid en bekendheid van de website bij haar doelpubliek is echter cruciaal om van een toegankelijke website te spreken. Dit is tot op heden nog niet verzekerd, maar de suggesties van een LOK pakket, e-learnings en workshops bieden mogelijkheden voor verder toekomstig onderzoek.
Er is nood aan verdere toetsing van de website om niet alleen de kwaliteit van de website, maar ook de zorg voor de patiënten te verbeteren.

9. Referenties

1. De Brandt M, Bakker S, Flerackers S, Stulens T, Verschraegen J, De Lepeleire J. Richtlijn Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk. Leuven/Antwerpen: Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KU Leuven/ Expertisecentrum Dementie Vlaanderen; 2020.

2. Allemeersch F, Brepoels K, Khan Bhatti S, Mertens G, Verschraegen J, Steyaert J, De Lepeleire J. Dementiezorg in de huisartsenpraktijk. Internetsite 2020. Beschikbaar via: www.huisartsendementie.be Geraadpleegd 2019 november 10.

3. Peters S, Bussières A, Depreitere B, Vanholle S, Cristens J, Vermandere M Thomas A. Facilitating Guideline Implementation in Primary Health Care Practices. Journal of Primary Care & Community Health 2020; 11: 1–9.

4. Steyaert J. Prevalentie: hoeveel personen in Vlaanderen hebben dementie? In M. Vermeiren (Red.), Dementie, van begrijpen naar begeleiden. Brussel: Politeia; 2016.

5. Heintz H, Monette P, Epstein-Lubow G, Smith L, Rowlett S, Forester BP. Emerging Collaborative Care Models for Dementia Care in the Primary Care Setting: A Narrative Review. Am J Geriatr Psychiatry 2020, 28(3): 320-330.

6. Zwingmann I, Michalowsky B, Esser A, Kaczynski A, Monsees J, Keller A et al. Identifying Unmet Needs of Family Dementia Caregivers: Results of the Baseline Assessment of a Cluster-Randomized Controlled Intervention Trial. J Alzheimers Dis. 2019, 67(2): 527-539.

7. Geactualiseerd dementieplan Vlaanderen 2016 – 2019 “Samen verderbouwen aan een dementievriendelijk Vlaanderen”. Brussel: Vlaamse Overheid; 2016.

8. De Lepeleire J, Gorissen H, Vermandere M, Schoenmakers B. Tijdige diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk. Bijblijven 2009, 25: 13-24.

9. Desomer A, Dilles T, Steckel S, Duchesnes C, Vanmeerbeek M, Peremans L et al. Verspreiding en implementatie van klinische richtlijnen in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) 2013: KCE Reports 212As.

10. Buntinx, F, De Lepeleire J, Paquay L, Iliffe S, Schoenmakers B. Diagnosing dementia: no easy job. BMC Fam Pract. 2011, 12: 60.

11. Foley T, Boyle S, Jennings A , Smitson, WH. “We’re certainly not in our comfort zone”: a qualitative study of GPs’ dementia-care educational needs. BMC Fam Pract 2017, 18: 66.

12. KaplanSH, Greenfield S, Ware EJ, Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease., Med Care. 1989 Mar;27(3 Suppl):S110-27.

13. Kroes M, Garcia-Stewart S, Allen F, Eyssen M, Paulus D. Dementie: welke niet-pharmacologische interventies? Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 160A. D/2011/10.273/35.

14. Sass C, Burnley N, Drury M, Oyebode J, Surr C. Factors associated with successful dementia education for practitioners in primary care: an in-depth case study. BMC Medical Education volume 19, Article number: 393 (2019) .

15. Jette VL, Pedersen LB, Riisgaard H, Lykkegaard J, Nexøe J, Lemmergaard J, et al. Variation in general practitioners' information-seeking behaviour – a cross-sectional study on the influence of gender, age and practice form. Scand J Prim Health Care. 2016 Dec;34(4):327.

16. Foley T, Boyle S, Jennings A, Smithson WH. "We're certainly not in our comfort zone": a qualitative study of GPs' dementia-care educational needs. BMC Fam Pract. 2017 May 22;18(1):66.

17. MacWalter G, McKay J, Bowie P. Utilisation of internet resources for continuing professional development: a cross-sectional survey of general practitioners in Scotland. BMC Med Educ. 2016 Jan 21;16:24.

18. Dijkstra R, Terpstra J, Mokkink H. Use of the Internet in general practice. Huisarts Wet 2006;49(10):496-8.

19. Van Duppen, Dirk ; Aertgeerts, Bert ; Hannes, Karin ; Neirinckx, J ; Seuntjens, L ; Goossens, F ; Van Linden, A. Online-on-the-spot zoeken verhoogt het gebruik van EBM tijdens consultaties. Huisarts Nu; 2009; Vol. 38; iss. 1; pp. 17 – 21.

20. Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. Med. Care. 2001;39:II46–II54.

21. Desomer A, Dilles T, Steckel S, Duchesnes C, Vanmeerbeek M, Peremans L, Van Rompaey B, Remmen R, Paulus D. Verspreiding en implementatie van klinische richtlijnen in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 212As. D/2013/10.273/86.

22. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996 Jan 13;312(7023):71-72.

23. Kostenieuk Kosteniuk JG, Morgan DG, D'Arcy CK. Use and perceptions of information among family physicians: sources considered accessible, relevant, and reliable. J Med Libr Assoc. 2013 Jan;101(1):32-7.

24. Bradford A, Kunik ME, Schulz P, Williams SP, Singh H. Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2009 Oct-Dec;23(4):306-14.

25. Mansfield E, Noble N, Sanson-Fisher R, Mazza D, Bryant J. Primary CarePhysicians' Perceived Barriers to Optimal Dementia Care: A Systematic Review. Gerontologist. 2019 Nov 16;59(6):e697-e708.

26. Lenaerts G, Bekkering GE, Goossens M, De Coninck L, Delvaux N, Cordyn S, Adriaenssens J, Vankrunkelsven P. Tools to Assess the Trustworthiness of Evidence-Based Point-of-Care Information for Health Care Professionals: Systematic Review.

27. Ingemansson M, Bastholm-Rahmner P, Kiessling A. Practice guidelines in the context of primary care, learning and usability in the physicians' decision-making process--a qualitative study.

28. Jennings A, Boyle S, Foley T, The development and evaluation of an online dementia resource for primary care based health professionals. Internet Interventions. Volume 11, 2018, Pages 47-52.

29. Ingemansson M1, Bastholm-Rahmner P, Kiessling A. Practice guidelines in the context of primary care, learning and usability in the physicians' decision-making process--a qualitative study.

30. World Wide Web Consortium W3C. W3C recommendations 05.06.2018: Improved Accessibility Guidance for Websites and Applications 2.1. Internetsite: Beschikbaar via https://www.w3.org/2018/06/pressrelease-wcag21.html.en.

31. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. Lancet 2017; 390 (10113): 2673-2734.

32. Vermandere M, Decloedt P, De Lepeleire J. Zorgdiagnose bij thuiswonende, dementerende patiënten. Een nieuw concept? Tijdschr Gerontol Geriatr 2012; 43: 25-32.

33. Focusgroep. Internetsite KU LEUVEN Beschikbaar via: https://www.kuleuven.be/onderwijs/werken_opo/bevragingen/soorten/hearing Geraadpleegd 2019 juli 25.

34. Dimitri Mortelmans. Handboek Kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven: Acco; 2013, 4de editie.

35. Paulus PB, Nijstad, B.A. Group creativity: Innovation through collaboration. New York: Oxford University Press; 2003.

36. Hunter A, Lusardi P, Zucker D, Jacelon C, Chandler G. Making meaning: the creative component in qualitative research. Qualitative Health Research 2002; 12 (3): 388–398.

37. Dierckx CB, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012; 49(3): 360-71.

10. Bijlagen

Bijlage 1: Gunstig advies Ethisch Comité

KU LEUVEN

UZ LEUVEN

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

English version below.

Ons kenmerk: MP009825
Uw kenmerk: Masterproef studie: Implementatie van de aanbeveling omtrent de diagnostiek van dementie in de eerste lijn
Leuven, 25-03-2019

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Jan De Lepeleire
Geachte Frie Allemeersch, Goedele Mertens, Saadat Khan Bhatti, Klaartje Brepoels

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 25-03-2019

Deze studie is een focusgroepstudie over de diagnose van dementie in eerste lijn met 2 focusgroepen (huisartsen, LOK) en 2 seminariegroepen (HAIO's), met telkens 8 deelnemers. De Commissie heeft geen fundamentele bezwaren, maar vraagt een aantal wi

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

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

Dit gunstig advies betreft de indiening van 17-03-2019 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

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

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

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Bijlage 2: Informatiebrief + informed consent

Implementatie van de richtlijn: Diagnostiek van dementie in de eerste lijn - een website.
Focusgroep over werking van de website met als doel implementatie.

Deze studie maakt deel uit van een masterthesisproject voor de opleiding 'Master in de huisartsgeneeskunde' van KU Leuven.

In het laatste dementieplan Vlaanderen van 2016 wordt de rol van de huisarts in de vroegtijdige herkenning van dementie, diagnose, zorgdiagnose en behandeling en opvolging van de patiënt benadrukt. Daarom werd er een aanbeveling omtrent de diagnose van dementie ontwikkeld die momenteel wordt gevalideerd door CEBAM.

Wat is het doel van deze studie?
De opzet van deze masterproef is om de nieuwe aanbeveling te implementeren in de eerste lijn. Op basis van een literatuurstudie werden barrières en faciliterende factoren voor huisartsen naar implementatie van richtlijnen geïdentificeerd. Hieruit blijkt dat een website een mogelijke, volledige en praktisch bruikbare tool is om huisartsen te informeren omtrent diagnose van dementie en een praktisch hulpmiddel te geven ter implementatie van de richtlijn. Er werd een prototype van een website ontwikkeld: (link website) om dit doel te bewerkstelligen. In dit onderzoek wordt de website getest bij een populatie van huisartsen aan de hand van verschillende focusgroepen. Een focusgroep is een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij de ervaringen, meningen en percepties van een groep mensen over een bepaald product of concept wordt nagegaan, in dit geval de website. Hierbij is de input van degenen die deelnemen van groot belang voor ons onderzoek.

Hoe ziet het onderzoek eruit?
Indien u beslist om deel te nemen aan het onderzoek, krijgt u een maand voor start van de focusgroep deze informatie en de link van de website. We vragen u om de website op voorhand te doorlopen en uw bedenkingen hierrond te vormen. Twee weken voor start van het onderzoek zal u een herinneringsmail ontvangen. De dag van het onderzoek zal u allereerst onderstaande informed consent invullen.
In het eerste deel van de focusgroep krijgen de deelnemers opnieuw 10 minuten de tijd om de website te bekijken en door te nemen op door de onderzoekers voorziene media. In het tweede deel van de focusgroep worden de kwaliteitsindicatoren besproken in 30 minuten, gemodereerd door een moderator (onderzoeker) en geduid door een evaluator (onderzoeker). Uw persoonlijke input tijdens de discussie is van groot belang van ons onderzoek. Tijdens de vergadering zal een geluidsopname gemaakt worden om de data nadien beter te kunnen verwerken. De dataverwerking zal volledig anoniem gebeuren.
De resultaten van de registraties worden volledig anoniem verwerkt. Het studieontwerp werd voorgelegd aan en goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven. Voor deelname aan de studie is geen vergoeding voorzien.

Het verloop van de studie
De focusgroep bestaat uit ongeveer 6-8 personen en zal 30-60 minuten van uw tijd vragen. De registratie dient te gebeuren in een rustige omgeving zodat de deelnemers zo weinig mogelijk afgeleid en gestoord worden.

Al het benodigde materiaal wordt voorzien door de onderzoeker. De kosten van deze studie worden volledig gedekt door de KU Leuven. Bijgevolg is dit onderzoek voor u volledig gratis.

Indien u vragen hebt kan u zich altijd wenden tot een van de onderzoekers via onderstaande e-mailadressen. Indien u graag op de hoogte wordt gehouden van de resultaten van ons onderzoek mag u ons ook steeds contacteren. Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

Steeds bereid tot nadere informatie,

Frie Allemeersch (frie.allemeersch@student.kuleuven.be)
Saadat Khan Batti (saadat.kb@student.kuleuven.be)
Goedele Mertens (goedele.mertens@student.kuleuven.be)
Klaartje Brepoels (klaartje.brepoels@student.kuleuven.be)
Prof. Jan De Lepeleire, promotor (jan.delepeleire@kuleuven.be

INFORMED CONSENT

Ik heb kennisgenomen van bovenstaande informatie en heb de kans gehad om mij hierover voldoende te informeren. Ik stem vrijwillig toe om deel te nemen aan deze studie en begrijp dat ik het recht heb om elk onderzoek te weigeren en op eender welk moment mijn deelname aan de studie stop te zetten.

Naam en voornaam: _____

Datum: ____ / ____ / _____

Handtekening deelnemer: Handtekening onderzoeker:

Bijlage 3: Protocol ethische commissie

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Implementatie van de richtlijn omtrent de diagnostiek en opvolging van dementie in de eerste lijn
Version 1: Date submission	Date: 01/03/2019
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:17/03/2019.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promoter	Name: De Lepeleire Jan
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Klaartje Brepoels
	Student number: r0296832
	Name: Goedele Mertens
	Student number: s0204328
	Name: Saadat Khan Bhatti
	Student number: r0307911
	Name:Frie Allemeersch
	Student number:s0195633

2. BACKGROUND AND RATIONAL

Er werd een aanbeveling omtrent de diagnose van dementie ontwikkeld die momenteel wordt gevalideerd door CEBAM. De opzet van deze masterproef is om de nieuwe aanbeveling te implementeren in de eerste lijn. Door middel van een literatuurstudie gaan we eerste de attitudes van huisartsen ten opzichte van de huidige diagnosestelling na. Ook proberen we barrières en facilitatoren van de implementatie van richtlijnen te identificeren, geïnspireerd op het implementatiemodel van EBMPracticenet. Uit de literatuur blijkt dat een website een mogelijke, volledige en praktisch bruikbare tool is om huisartsen te informeren omtrent diagnose van dementie en een praktisch hulpmiddel is om de richtlijn te implementeren. Er zal een website ontwikkeld worden die de richtlijn op een overzichtelijke, gebruiksvriendelijke manier zal weergeven. Hierna zal de website geëvalueerd worden door andere (huis)artsen. Dit wordt gedaan door het organiseren van focusgroepen bij zowel huisartsen-in-opleiding als bij huisartsen tijdens een LOK-vergadering.

3. STUDY OBJECTIVES

Het doel van dit project is om de aanbeveling omtrent de diagnose van dementie te implementeren in de eerste lijn. Dit wordt gedaan door een website te maken die de richtlijn op een overzichtelijke manier weergeeft. Nadien zal de website op een kwalitatieve manier geëvalueerd worden door focusgroepen**.**

4. RESEARCH METHOD

Via literatuuronderzoek wordt de huidige stand van praktijkvoeren omtrent de diagnose van dementie nagegaan. Ook worden barrières en facilitatoren van het implementeren van richtlijnen bestudeerd. Tijdens het ontwikkelen van de website zal er rekening gehouden worden met de bevindingen uit de literatuur. De website wordt nadien beoordeeld door middel van focusgroepen georganiseerd in seminarie- en LOK-groepen van de onderzoekers. Het organiseren van deze focussen groepen werd eerst in de literatuur bestudeerd. De seminariegroepen bestaan uit huisartsen-in-opleiding, de LOK-groepen bestaan uit huisartsen van alle leeftijden van een bepaalde regio. Een maand voor samenkomst in de seminarie- en LOK groepen wordt een uitnodiging voor participatie aan de focusgroep doorgestuurd via mail. De mail zal meer informatie omtrent het onderzoek en een informed consent bevatten. Gezien de onderzoekers zelf deel uit maken van de seminarie- en LOK-groepen zijn de mailadressen van de participanten reeds publiekelijk voor hen. De mail zal een link naar de website bevatten. Aan de participanten wordt gevraagd de website reeds op voorhand uitvoerig te raadplegen. Twee weken op voorhand krijgen de participanten eveneens een herinneringsmail toe gestuurd. De geïnformeerde toestemming wordt bij start van de focusgroep ondertekend. Elke deelnemer kan vrijwillig, op elk ogenblik uit het onderzoek stappen.

In het eerste deel van de focusgroep krijgen de deelnemers opnieuw 10 minuten de tijd om de website te bekijken en door te nemen op door de onderzoekers voorziene media. In het tweede deel van de focusgroep worden de kwaliteitsindicatoren besproken in 30 minuten, gemodereerd door een moderator (onderzoeker) en geduid door een evaluator (onderzoeker). De moderator zal tijdens de vergadering verschillende stellingen naar voren brengen omtrent de inhoud, lay-out, relevantie, gebruiksvriendelijkheid en efficiëntie van de website, waarna een open discussie kan gevoerd worden door de deelnemers.Tijdens de vergadering zal een geluidsopname gemaakt worden om de data nadien beter te kunnen verwerken. De dataverwerking zal volledig anoniem gebeuren. Achteraf zal een verslag over de focusgroep opgesteld worden, dat wordt nagelezen door één van de participanten van de focusgroep. Eén lid van de focusgroep zal uitgenodigd worden het verslag na te lezen naar correctheid van genoteerde samenvatting.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

De focusgroepen worden georganiseerd in de seminarie- en LOK groepen van de onderzoekers. In de praktijk zijn dit allen praktiserende artsen en artsen in opleiding. De artsen die niet wensen deel te nemen of de informed consent niet tekenen worden geëxcludeerd.In totaal zullen 4 focusgroepen georganiseerd worden, 2 in LOK groepen en 2 in seminariegroepen.

5.2 Expected duration

Voor start van de focusgroep wordt aan de deelnemers gevraagd om de website te doorlopen. Het doorlopen van de focusgroep zal ongeveer 30-60 minuten tijd in beslag nemen.. Achteraf zal een verslag over de focusgroep opgesteld worden, dat wordt nagelezen door één van de participanten van de focusgroep. Eén lid van de focusgroep zal uitgenodigd worden het verslag na te lezen naar correctheid van genoteerde samenvatting. Dit zal ongeveer 10 minuten in beslag nemen. We voorzien hierbij vanaf eind oktober tot januari voor de interpretatie van deze resultaten.

5.3 Recruitment

De focusgroepen bestaan uit artsen uit de LOK- of seminariegroepen van de onderzoekers, waardoor de

mailadressen voor de onderzoekers reeds gekend zijn. Een maand voor samenkomst wordt een uitnodiging voor participatie aan de focusgroepen doorgestuurd via mail. Een link naar de website zal hierin doorgegeven worden, alsook verdere informatie en een informed consent.

Aan de participanten wordt gevraagd de website reeds uitvoerig te raadplegen. Twee weken op voorhand krijgen de participanten eveneens een herinneringsmail toegestuurd. De geïnformeerde toestemming wordt bij start van de focusgroep ondertekend. Elke deelnemer kan vrijwillig, op elk ogenblik uit het onderzoek stappen. Achteraf zal ad random één participant aangeduid worden om het verslag van de focusgroep na te lezen.

6. ANALYSIS

Er wordt gestart met 4 focusgroepen, elk bestaande uit 8 deelnemers. Bekomen data zal vervolgens kwalitatief geanalyseerd worden via het werken met thema's. Om bias tijdens de focusgroepen te beperken zal er 1 moderator aanwezig zijn die zich objectief opstelt en de discussie leidt. Een 2de persoon staat in voor het maken van een verslag en interpreteren van de resultaten. Ook wordt een geluidsopname gemaakt. De moderator zal tijdens de vergadering verschillende stellingen naar voren brengen omtrent de inhoud, lay-out, relevantie, gebruiksvriendelijkheid en efficiëntie van de website, waarna een open discussie kan gevoerd worden door de deelnemers. Achteraf zal een verslag over de focusgroep opgesteld worden, dat wordt nagelezen door één van de participanten van de focusgroep. Eén lid van de focusgroep zal uitgenodigd worden het verslag na te lezen naar correctheid van genoteerde samenvatting

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Alle data zullen tijdens het project met vertrouwelijkheid behandeld worden. Alles wat de respondenten tijdens het interview vertellen, zal via geluidsopname worden opgenomen. Er zullen geen beelden worden gemaakt. Bijkomend zullen de opgenomen interviews enkel worden beluisterd en uitgetypt door de onderzoekers, zonder vermelding van de identiteit van de participanten. Transcripts van de interviews zullen volledig geanonimiseerd worden. In de eigenlijke masterproef zullen enkele fragmenten van de interviews worden geciteerd op een volledig anonieme wijze. Tijdens het onderzoek zullen de geluidsopnames en de transcripts op een beveiligde manier bewaard worden. De studenten zullen deze bestanden bewaren op een persoonlijke computer die beveiligd is met een paswoord. Identificerende gegevens zullen niet op dezelfde locatie bewaard worden als de datafiles. Na het afronden van de data-analyse zullen de interviewopnames, de dagboekgegevens, de persoonlijke notities van de interviewer worden vernietigd. Na afloop van het project zullen de bestanden met de transcripts aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden nog voor minstens vijf jaar bewaard worden.

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

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

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

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

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he /*

she comes into contact;

- *He / she will only process and collect data that is relevant and necessary for his / her Master's thesis;*
- *He / she will not share information with persons not directly involved within the framework of his / her research;*
- *He / she will take all necessary steps to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with care and responsibility the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*

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

ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

Bij verdere vragen kunnen de deelnemers steeds contact opnemen met één van de studenten. De namen en mailadressen zijn terug te vinden in de uitnodigingsmail. Daarnaast is het mogelijk voor de participanten om zich op elk mogelijk moment uit de focusgroep terug te trekken, zonder eender welk nadelig effect.

8. APPROVAL

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

9. PUBLICATION POLICY

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

10. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

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

11. REFERENCES

Vermandere M. Zorgdiagnose bij thuiswonende dementerenden: Een nieuw concept? Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2009.

Hannes K, Leys M, Vermeire E, et al. Implementing evidence-based medicine in general practice: a focus group based study. BMC Family Practice 2005,6:3.

Piers R, Albers G, Gilissen, J, et al. Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals. BMC Palliative Care (2018) 17:88.

Desomer A, Dilles T, Steckel S, Duchesnes C, Vanmeerbeek M, Peremans L, Van Rompaey B, Remmen R, Paulus D. Verspreiding en implementatie van klinische richtlijnen in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 212As. D/2013/10.273/86.

Jennings et al. The knowledge and attitudes of general practitioners to the assessment and management of pain in people with dementia. BMC Family Practice (2018) 19:166.

Vandael A, Steyaert J, De Lepeleire. Monitoring van patiënten met dementie door Vlaamse huisartsen: nood aan concrete richtlijnen.Tijdschr. voor Geneeskunde, 74, nr. 13, 2018.

Foley et al. "We're certainly not in our comfort zone": a qualitative study of GPs' dementia-care educational needs. BMC Family Practice 2017,18:66.

Bijlage 4: Script interview

1. Openingsvraag

Stel jezelf voor en leg nogmaals de achtergrond/opzet van de studie uit. Leg ook het verloop van de focusgroep uit. Laat vervolgens iedereen de informed consent tekenen. **5 min**

2. Inleidende vraag

Vier verschillende casussen worden verdeeld over de hele groep. Er worden 4 groepjes gevormd, 2-3 mensen per groepje (**10min**). Adhv website dienen ze enkele vragen te beantwoorden.

'Hoe was het voor jullie om de website te gebruiken?' **5 min**

3. Transit-vraag

'Geef drie positieve punten en drie negatieve punten over de website?' **5 min**

4. Sleutelvragen **5 min per vraag**

Vragen in het **vet** zijn vragen die zeker gesteld moeten worden, de rest zijn suggesties, subvragen als het gesprek vastloopt

Onderzoeksvraag 1 WAARDE: Wat is de waarde van de website als informatiebron voor artsen?

- Wat vind je van een website als medium om een richtlijn te gebruiken?
- Op welke manier maken jullie kennis met richtlijnen?
- **Vinden jullie een website een waardevolle aanvulling op een papieren richtlijn?**
- **Vinden jullie deze website een meerwaarde tegenover de huidig beschikbare bronnen?**
- Wat is jullie indruk over de betrouwbaarheid van de website?
- Vinden jullie de gebruikte bronnen en referenties valide?
- **Hebben jullie suggesties om de waarde van de website te verbeteren?**

Onderzoeksvraag 2 VOLLEDIGHEID: Hoe volledig is de website als informatiebron voor artsen in de praktijk?

- **Wat moet er volgens jullie op een website over dementie staan?**
- **Vind je alle informatie terug die je nodig hebt?**
- Welke informatie ontbreekt er?
- Is de informatie diepgaand genoeg?
- Is de informatie concreet genoeg?
- Heb je iets bijgeleerd bij het raadplegen van de site?
- **Hebben jullie suggesties om de volledigheid van de website te verbeteren?**

Onderzoeksvraag 3 GEBRUIKSGEMAK: Hoe gebruiksvriendelijk is de website voor artsen bij gebruik in de praktijk?

- **Leent de website zich ertoe om on the spot te gebruiken tijdens een consult?**
- **Vinden jullie informatie makkelijk terug op de website?**
- Is de website overzichtelijk?
- Is de website snel in gebruik?
- Is de website efficiënt in gebruik?
- Wanneer/ via welk medium zouden jullie deze website gebruiken? Thuis/ in het cabinet/ op huisbezoek? Op smartphone/ Op vaste computer?
- **Hebben jullie suggesties om het gebruiksgemak van de website te verbeteren?**

Onderzoeksvraag 4 TOEGANKELIJKHEID: Hoe toegankelijk is de website voor artsen bij gebruik in de praktijk?

- **Vind je de website toegankelijk?**
- Wat vind je van de domeinnaam?
- Hoe zou jij graag de website willen terugvinden?
- Is de informatie op de website begrijpelijk? (taal, grammatica)
- **Wat vinden jullie van de lay-out van de website?**
- Moet de website toegankelijk zijn via het medisch dossier en evidence linker?
- **Hebben jullie suggesties om de toegankelijkheid te verbeteren?**

System Usability Scale

1. Ik denk dat ik de website graag regelmatig wil gebruiken

Helemaal niet akkoord — Helemaal akkoord

1	2	3	4	5

2. Ik vond de website onnodig complex

Helemaal niet akkoord — Helemaal akkoord

1	2	3	4	5

3. Ik vond de website makkelijk te gebruiken

Helemaal niet akkoord — Helemaal akkoord

1	2	3	4	5

4. Ik denk dat ik ondersteuning nodig heb van een technisch persoon om deze website te kunnen gebruiken

Helemaal niet akkoord — Helemaal akkoord

1	2	3	4	5

5. Ik vond dat de verschillende functies van de website goed geïntegreerd zijn

Helemaal niet akkoord — Helemaal akkoord

1	2	3	4	5

6. Ik vond dat er veel tegenstrijdigheden in de website zaten.

Helemaal niet akkoord Helemaal akkoord

1	2	3	4	5

7. Ik kan me voorstellen dat de meeste mensen zeer snel leren om de website te gebruiken

Helemaal niet akkoord Helemaal akkoord

1	2	3	4	5

8. Ik vond de website erg omslachtig in gebruik

Helemaal niet akkoord Helemaal akkoord

1	2	3	4	5

9. Ik voelde me erg vertrouwd met de website

Helemaal niet akkoord Helemaal akkoord

1	2	3	4	5

10. Ik moest veel leren voordat ik aan de slag kon met de website

Helemaal niet akkoord Helemaal akkoord

1	2	3	4	5

Bijlage 5: codeboom onder vorm van projectmap

