www.huisartsendementie.be: een meerwaarde voor de huisarts?

Klaartje Brepoels, KU Leuven

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

Co-promotor: Prof. dr. Jan Steyaert, UAntwerpen

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.

Dankwoord

Het schrijven van een masterpaper is geen makkelijke opdracht. 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.

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

Graag willen wij ook 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!

Abstract

www.huisartsendementie.be: een meerwaarde voor de huisarts?

Huisarts in opleiding: Klaartje Brepoels, Katholieke universiteit Leuven

Promotors: Prof. Dr. Jan De Lepeleire, Katholieke universiteit Leuven, Prof. Dr. Jan Steyaert, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleider: Dr. Wieter De Haes

Context: Een steeds stijgende prevalentie van dementie en de toenemende vraag van zorgverleners naar concrete informatie omtrent de aanpak van dementie, leidde tot het ontwikkelen van de richtlijn 'Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk'. Na het identificeren van mogelijke barrières en facilitatoren voor het gebruik van richtlijnen door artsen, werd geopteerd om de richtlijn te implementeren onder de vorm een website.

Onderzoeksvraag: Is de website van waarde als informatiebron en implementatietool voor de richtlijn voor artsen?

Methode: Op basis van de richtlijn en aanvullende literatuur werd de website www.huisartsendementie.be gebouwd. De waarde van de website werd geëvalueerd aan de hand van vier focusgroepen. In totaal werden 28 huisartsen(-in-opleiding) bevraagd. Nadien volgde een kwalitatieve analyse van de resultaten.

Resultaten: De website kan een waardevolle aanvulling zijn ten opzichte van een klassieke richtlijn en de huidige bronnen dankzij meer uitgebreide, gebundelde informatie en een directe raadpleegbaarheid. Ook wordt de website als betrouwbaar geacht, mits de website up-to-date blijft in de toekomst.

Conclusie: De website huisartsendementie.be kan een meerwaarde bieden voor artsen ten opzichte van de bestaande richtlijnen en bronnen. Het bundelt relevante, betrouwbare informatie op een overzichtelijke en toegankelijke manier. Om relevant te blijven dient de website echter steeds up-to-date gehouden te worden op basis van de laatste wetenschappelijke evidentie.

Inhoudsopgave

Dankwoord **3**
Abstract **4**
1. Inleiding **6**
2. Identificatie **9**
3. Contextanalyse: een literatuuronderzoek **10**
3.1 Introductie 10
3.2 Methode 10
3.3 Resultaten 11
3.3.1 Barrières en facilitatoren voor het toepassen van richtlijnen 11
3.3.2 Gebruik van - en attitudes omtrent online informatiebronnen 13
3.4 Conclusie 14
4. Het implementatieplan **15**
4.1 Het ontwerpen van een website 15
4.2 Voorstelling van de website 16
5. Evaluatie **18**
5.1 Introductie: focusgroep als onderzoeksmethode 18
5.2 Methode 19
5.3 Resultaten 21
5.3.1 Sociodemografische gegevens van de focusgroepen 21
5.3.2 Resultaten focusgroepen: de waarde van de website 22
6. Onderhoudsfase **30**
7. Discussie **31**
8. Conclusie **34**
9. Referenties **35**
10. Bijlagen **38**
10.1 Bijlage 1: Goedkeuring ethische commissie 38
10.2 Bijlage 2: Informed consent 39
10.3 Bijlage 3: Informatiebrief van de uitnodigingsmail 40
10.4 Bijlage 4: Script interviews 42
10.5 Bijlage 5: Codeboom 45
10.6 Bijlage 6: Masterpaper protocol 46

1. Inleiding

Dit onderzoek kwam tot stand in kader van de masterpaper van 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 Centrum 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 (zie 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. Het doel van deze website is om 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. De website werd 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 hoger 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)

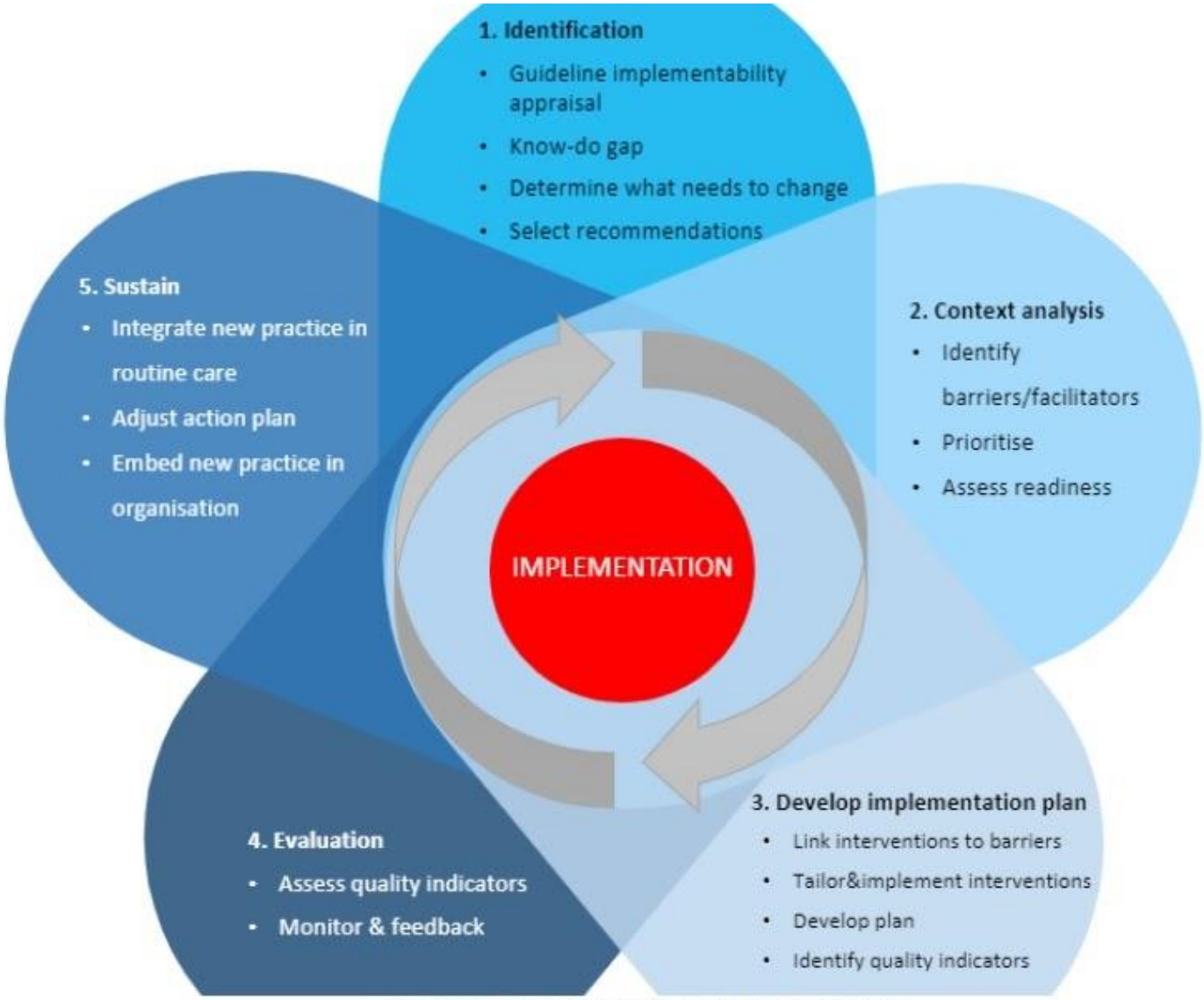
3. Hoe beantwoordt de website als informatiebron en implementatietool aan de verwachtingen rond gebruiksvriendelijkheid? (cfr masterpaper huisartsgeneeskunde door Saadat K.Bhatti)

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 eerste onderzoeksvraag trachten te beantwoorden, namelijk: 'Is de website van waarde als informatiebron en implementatietool voor de richtlijn voor artsen?

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, waarbij de eerste vier fases werden doorlopen. Tijdens de fase van identificatie wordt getracht 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 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 (3). Deze laatste fase ('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

2. Identificatie

Het leveren van 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 wordt ook beschreven in het dementieplan Vlaanderen van 2010 en 2016 (7).

Bij de zorg voor patiënten met dementie ontbrak het de huisarts tot voor kort aan duidelijke richtlijnen (8). Dankzij de ontwikkelingen en publicatie van de richtlijn 'Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk' 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 een richtlijn onder een andere vorm zou de implementatie kunnen bevorderen (9). Er werd gekozen om de richtlijn 'Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk' 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: een literatuuronderzoek

3.1 Introductie

Deze masterthesis tracht een antwoord te vinden op volgende onderzoeksvraag: 'Is de website van waarde als informatiebron en implementatietool voor de richtlijn voor artsen?'

Een website kan een waardevolle implementatietool voor een richtlijn zijn, als die het gebruik van de richtlijn kan bevorderen. Het is interessant om niet enkel de bevorderende factoren, maar ook de moeilijkheden te identificeren die momenteel ervaren worden om richtlijnen toe te passen. Daarnaast moet de doelgroep voor de website, in dit geval artsen, open staan om een online informatiebron toe te passen. Dit leidde tot de volgende zoekvragen:

1. Wat zijn de barrières en facilitatoren voor het toepassen van richtlijnen in de praktijk?

2. Wat is geweten over het gebruik van online informatiebronnen door artsen en hun attitudes hieromtrent?

3.2 Methode

Literatuur omtrent de barrières en facilitatoren van het gebruik van richtlijnen werd in Medline gezocht, gebruikmakend van de MESH- termen 'Health Plan Implementation' , 'General Practitioners, 'General Practice', 'Guideline Adherence' , 'Attitude of Health Personnel', 'Evidence based medicine' en het trefwoord 'barriers'. Ook werd gezocht via de zoekfunctie 'similar articles'. Daarnaast werd Cochrane Library geraadpleegd met behulp van de zoektermen 'implementation' en 'guideline'. Ook werd de KCE databank bezocht. Tot slot werden ook artikels via de promotoren aangereikt. Alle artikels werden op basis van hun titel en abstract geselecteerd. Artikels die het implementatieproces van een specifieke richtlijn evalueerden en niet het algemene proces van implementatie, werden geëxcludeerd, evenals niet-Engelstalige en niet-Nederlandstalige artikels.

Artikels omtrent het gebruik en de attitudes ten aanzien van online informatiebronnen, werden eveneens in Medline gezocht via de MESH-termen 'Internet', 'General Practitioners', Information seeking behaviour' en 'Attitudes of Health personnel'. Daarnaast werd gebruik gemaakt van de zoekfunctie 'similar articles' en van de referentielijst van interessante artikels. Artikels werden op basis van hun titel en abstract geselecteerd. Enkel Engelstalige literatuur werd weerhouden.

3.3 Resultaten

3.3.1 Barrières en facilitatoren voor het toepassen van richtlijnen

Literatuurselectie

Via de databases van Medline en Cochrane Library werden in totaal zes artikels weerhouden. Tabel 1 en 2 tonen de respectievelijke zoekopdrachten. Daarnaast werd één artikel in de KCE database gevonden, een ander artikel werd door de promotororen aangereikt. Dit brengt het totaal aantal artikels voor analyse op 8.

Zoektermen	**Gevonden artikels**	**Geselecteerde artikels**
("Health Plan Implementation"[Mesh]) AND "Guideline Adherence"[Mesh] and barriers	21	2
(("Guideline Adherence"[Mesh]) AND "General Practitioners"[Mesh]) AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh] and barriers	16	2
("General Practice"[Mesh] AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh]) AND "Evidence-Based Medicine"[Mesh] and barriers	22	1
Totaal	**59**	**5**

Tabel 1: Zoekstrategie Medline - Barrières en facilitatoren voor het toepassen van richtlijnen

Zoektermen	**Gevonden artikels**	**Geselecteerde artikels**
Implementation and guideline	47	1
Totaal	47	**1**

Tabel 2: Zoekstrategie Cochrane Library - Barrières en facilitatoren voor het toepassen van richtlijnen

Literatuuranalyse: barrières en facilitatoren voor het toepassen van richtlijnen

Hoewel het gebruik van richtlijnen het klinisch handelen en redeneren van een arts kan verbeteren, blijkt het in de praktijk vaak moeilijk om de aanbevelingen in de richtlijnen ook effectief toe te passen (9).

Het aanbieden van een richtlijn in verschillende vormen (naast de gebruikelijke papieren versie of het online tekstdocument), het gebruik van korte samenvattingen, beslishulpen, informatie om de interactie met patiënten te bevorderen, een goede betrouwbaarheid van de informatie en een makkelijke toegangsweg tot de richtlijn, kunnen het gebruik van een richtlijn bevorderen (9-12). Ook wordt de suggestie gedaan naar het ontwikkelen van online informatiebronnen (13). KCE benadrukt daarnaast het belang van richtlijnen met een kwaliteitslabel, clustering van kwaliteitsvolle richtlijnen op één platform, alsook de mogelijkheid om de richtlijn 'on the spot' te gebruiken met koppeling aan het medisch dossier van de patiënt (9).

Mogelijke barrières beschreven in de literatuur gerelateerd aan de informatie zelf, zijn het gebrek aan kwaliteitsvolle, geüpdatete en betrouwbare bronnen, contradictorische of onduidelijke informatie, gefragmenteerde en veelvuldige informatie, alsook een slechte toegankelijkheid tot de richtlijn. Barrières die te maken hebben met de attitudes van artsen ten opzichte van richtlijnen zijn negatieve overtuigingen van de arts en diens collega's over het nut van de richtlijn en gebrek aan vaardigheden en kennis om informatie op te zoeken en toe te passen. Wanneer de voorkeuren en wensen van de patiënten tegenstrijdig zijn met de aanbevelingen, kan dit ook leiden tot het ongebruik van een richtlijn. Barrières gerelateerd aan de setting van huisartsgeneeskunde zijn het gebrek aan tijd tijdens consultaties, een moeilijke toepasbaarheid van de richtlijn op de individuele patiënt en gebrek aan (financiële) steun om evidence based medicine toe te passen (9, 10-13-15).
Sommige barrières zijn intrinsiek te wijten aan de attitudes van zowel arts als patiënt en vragen derhalve een mentaliteitswijziging. Ontwikkelaars van richtlijnen zijn zich best bewust van deze factoren. Echter, veranderingen van deze aspecten zijn moeilijk door te voeren op korte termijn en individuele basis. Struikelblokken gerelateerd aan de richtlijn zelf en het huisartsenberoep kunnen wel meteen in rekening worden gebracht tijdens het implementatieproces van een richtlijn.

In het buitenland blijkt het concept van een website over dementie aan te slaan: de studie van Jennings et al. toont aan dat een website over dementie door huisartsen nuttig wordt bevonden (16). Deze Ierse studie beschrijft de nood van huisartsen en andere zorgverleners aan een betrouwbare,

geüpdatete online informatiebron over dementie. Als antwoord op deze nood werd een website ontwikkeld, hetgeen zeer positief onthaald werd door de lokale zorgverleners.

3.3.2 Gebruik van - en attitudes omtrent online informatiebronnen

Literatuurselectie

De zoektocht in Medline leverde twee artikels op (zie tabel 3). Verder werden artikels via de promotoren en via de referentielijst van de geselecteerde artikels gevonden. In totaal werden 4 artikels geselecteerd voor analyse.

Zoekterm	**Gevonden artikels**	**Geselecteerde artikels**
(("Internet"[Mesh]) AND "General Practitioners"[Mesh]) AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh]	44	1
(("Information Seeking Behavior"[Mesh]) AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh]) AND "General Practice"[Mesh]	7	1
Totaal	**51**	**2**

Tabel 3: Zoekstrategie Medline - Gebruik van – en attitudes omtrent online informatiebronnen

Literatuuranalyse: gebruik van- en attidues omtrent online informatiebronnen

Opvallend is een stijgende trend in het gebruik van online informatiebronnen bij artsen gedurende het laatste decennium. In een studie uit 2013 staat het gebruik van internetwebsites als informatiebron voor het vergaren van de medische kennis bij huisartsen slechts op de derde plaats, na medische tijdschriften en richtlijnen. Voor het maken van klinische beslissingen wordt er vooral beroep gedaan op handboeken en advies van collega's en staat websitegebruik pas op plaats negen van de lijst. De studie voorspelt echter een toename van het gebruik van online informatiebronnen in de toekomst (17). Dat fenomeen bevestigde Jette et al (18). Deze Scandinavische studie uit 2016 beschrijft een toegenomen gebruik van online informatiebronnen bij artsen vergeleken met een paar jaar voordien. Sterker nog, uit dit artikel blijkt dat medische websites dé meest geraadpleegde informatiebronnen zijn door huisartsen. Maar liefst 91% van de bevraagde huisartsen zou wekelijks medische websites bezoeken. Ook in de studie van Foley et al. geven huisartsen aan een voorkeur te hebben voor elektronische richtlijnen, die meteen raadpleegbaar zijn vanaf de computer (19).

Deze positieve attitude ten opzichte van online informatiebronnen wordt bijgestaan door Walter et al (20). Men verwacht dat deze positieve houding en het gebruik van online informatiebronnen ook de komende jaren nog zal toenemen (18,20).

Daarnaast beschrijven Kostenieuk et al., verschillende factoren die het gebruik van online informatiebronnen bevorderen, 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 linken (17). Dit is overeenkomstig met de beschreven facilitatoren in het eerste deel van deze literatuurstudie.

3.4 Conclusie

Bovenstaande studies beschrijven dat een richtlijn vooral betrouwbaar, vlot toegankelijk en makkelijk in gebruik dient te zijn. Het aanbieden van een richtlijn onder een andere vorm naast een papieren versie of een online tekstdocument, bestaande uit gebundelde informatie dat gebruik 'on the spot' toelaat, kan implementatie bevorderen. Bovendien bestaat er een toename van- en lijkt er een voorkeur te zijn voor het gebruik van online informatiebronnen en websites door artsen.

Hierdoor ontstond het idee om een website te ontwikkelen, gezien deze vorm van implementatie tegemoet kan komen aan bovenstaande noden en bepaalde barrières overwinnen.

4. Het implementatieplan

4.1 Het ontwerpen van een website

De inhoud en vorm van de website werden ingevuld door de vier onderzoekers AF, BK, KS, MG onder leiding van de (co)promotor en het Expertisecentrum Dementie. Als uitgangspunt werd de richtlijn 'Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk' gebruikt (1). De delen 'detectie' en 'ziektediagnostiek' werden grotendeels opgesteld op basis van de deze richtlijn. Voor de webpagina's rond preventie, zorgdiagnostiek en behandeling werd gebruik gemaakt van 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. Verder werden artikels in de databases van Medline en Cochrane gezocht. Literatuur uit Nederlandstalige tijdschriften zoals 'Huisarts en Wetenschap' en 'Tijdschrift voor Praktijkondersteuning', alsook voorgaande masterpapers uit de ICHO-database, werden eveneens 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 teruggevonden worden op de website 'www.huisartsendementie.be' onder de pagina 'Referenties' (2).

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.

De website werd ontworpen gebruikmakend van het online webbouwsysteem 'Webnode'. Er werd geopteerd voor een sober profiel waarbij snel en eenvoudig informatie kan worden teruggevonden.

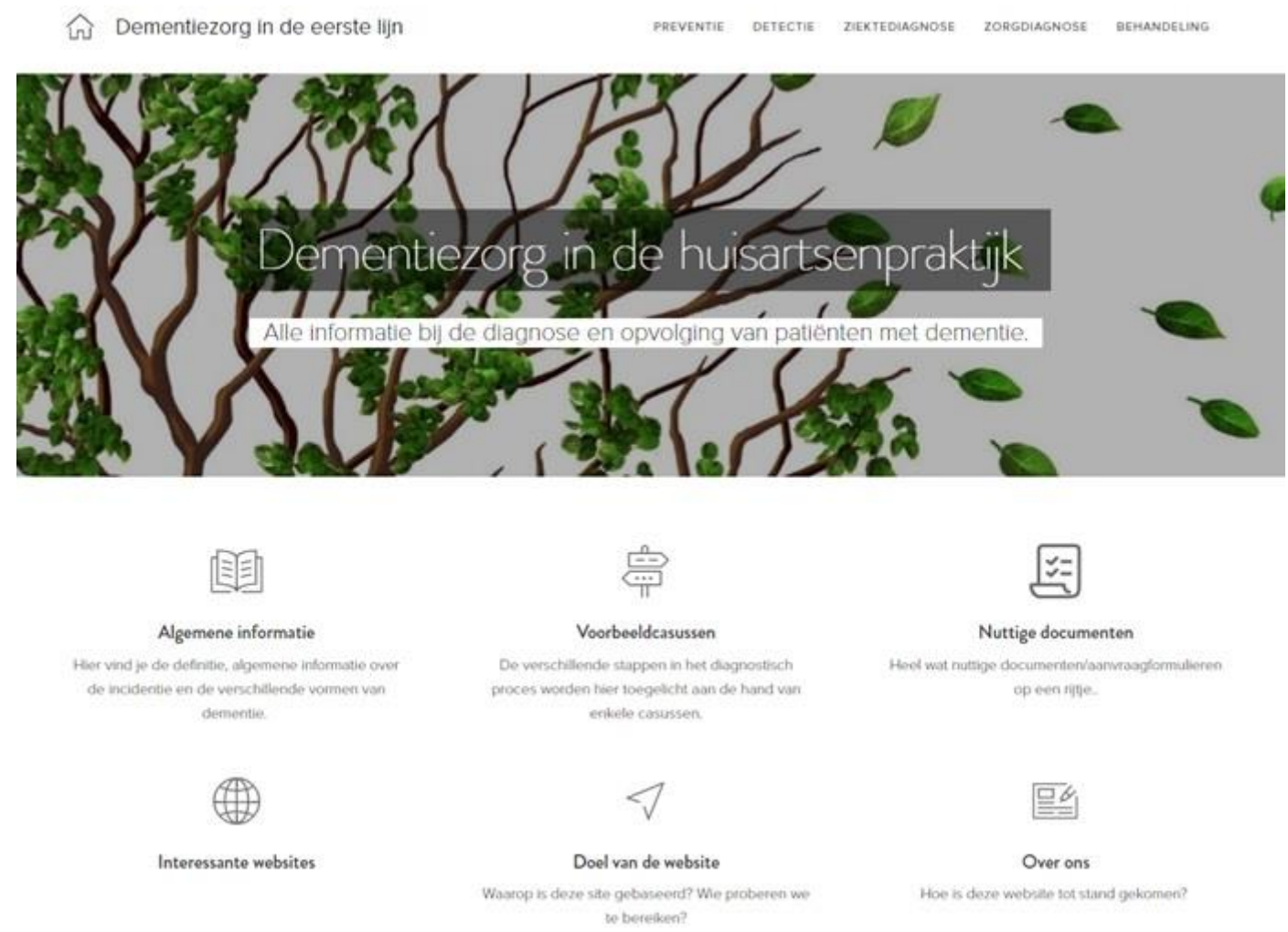
4.2 Voorstelling van de website

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 (2). 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 (21).

Inhoud website

De homepagina van de website geeft via de menubalk meteen toegang tot de vijf grote stappen (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 (22). 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 (23). 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, beoordeling van medicatie, … komen in dit deel aan bod. Verder worden zowel medicatie als gedragsproblemen belicht in de rubriek 'behandeling'. Tot slot kan men op de homepagina zelf meer praktische informatie terugvinden: nuttige documenten (aanvraagformulieren), interessante links en referenties, voorbeeldcasussen, …



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



Figuur 3 : Voorbeeld van een webpagina over technische onderzoeken

5. Evaluatie

De evaluatie van de website gebeurde aan de hand van focusgroepen. Er werd getracht om onderstaande onderzoeksvraag te beantwoorden:

'Is de website van waarde als informatiebron en implementatietool voor de richtlijn voor artsen?'

5.1 Introductie: focusgroep als onderzoeksmethode

Een focusgroep is een vorm van groepsinterview waarbij ervaringen, meningen en percepties van deelnemers worden bevraagd 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 (24).

In dit onderzoek werd op deze manier data verzameld, om enerzijds de kwaliteit van de website te verbeteren en anderzijds een aanzet tot verbetering van de website en toekomstig onderzoek te geven.
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 (24-25).

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. Ten tweede lijkt het waardevol om te selecteren op ervaring en leeftijd. Door verschillen in expertise kunnen de deelnemers mogelijks verschillen qua attitudes en opvattingen over het geselecteerde thema (25). 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 (25, 26). In tegenstelling hiertoe

verkiezen anderen eerder een heterogene groep. Het ontbreken van een relatie tussen de deelnemers (26) en de aanwezigheid van onderlinge persoonlijke verschillen kan mogelijks leiden tot meer variatie in meningen en attitudes, hetgeen voor de onderzoeker waardevolle data kan opleveren (27).

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 (25).

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 wordt het onderzoeksthema uitgediept. De focusgroep wordt afgesloten met besluitende vragen en een bedanking (25).

5.2 Methode

Goedkeuring

Deze studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Katholieke Universiteit Leuven (zie bijlage 1). Een geïnformeerde toestemming werd schriftelijk verkregen bij alle deelnemers (zie bijlage 2).

Vorm

Om de website en zijn doel van implementatie te evalueren, werd geopteerd voor een kwalitatief onderzoek door middel van focusgroepen. Er werden vier focusgroepen georganiseerd. 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 (zie bijlage 3). 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' (zie bijlage 2).

Er werd gebruik gemaakt van een vooraf opgestelde topiclijst (zie 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: waarde en betrouwbaarheid (is de website een waardevolle aanvulling, is de informatie valide?), volledigheid (wat is de diepgang van de informatie, voldoet de website aan de educatiebehoeften van de huisarts?), 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 (SUS)' gebruikt, die de deelnemers anoniem konden invullen (zie bijlage 4). 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 werden deze data verwerkt met behulp van Nvivo, een programma voor kwalitatieve data-analyse. De codering gebeurde in verschillende stadia (28). Per onderzoeksvraag werd een

codeboom opgesteld (zie 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 (29).

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 wordt een overzicht getoond 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**	**16 HAIO's, 12 huisartsen**	**16 vrouwen, 12 mannen**		

Tabel 4: Sociodemografische gegevens van de focusgroepen

5.3.2 Resultaten focusgroepen: de waarde van de website

Om de waarde van de website als informatiebron en implementatietool voor de richtlijn te toetsen, werd de klemtoon tijdens de focusgroepen gelegd op twee hoofdconcepten. Enerzijds werd getracht na te gaan of het concept van een website een waardevolle aanvulling kan zijn voor de gebruiker ten opzichte van een klassieke richtlijn en de huidige beschikbare bronnen. Anderzijds werd de indruk van de betrouwbaarheid van de website bij de deelnemers bevraagd. Voordat de kernvragen werden gesteld, werden eerst de noden en behoeften van de deelnemers ten aanzien van een website over dementie bevraagd. De vragen die tijdens de focusgroep gesteld werden, zijn terug te vinden in bijlage 4.

5.3.2.1 Nood aan een betrouwbare bron

De verwachtingen van de artsen ten aanzien van een website over dementie werd bij aanvang van de focusgroep bevraagd. Daaruit blijkt dat er behoefte is aan wetenschappelijke, recente informatie. Niet enkel informatie uit de laatste nieuwe richtlijnen moet aan bod komen, maar er lijkt ook nood te zijn aan een wetenschappelijke kadering van de informatie die in de media verschijnt.

> *FG (focusgroep) 2 : 'Wetenschappelijke info is ook belangrijk, zeker als het iets nieuws is. Waarvan je zegt 'wat is er daar nu van aan'. Want vaak heb je artikels in een of andere krant of een of ander media, waarvan je zegt wat is daar nu van aan. Dat er kort op de bal gespeeld wordt van: 'je hebt dit in de media gelezen, dat is de huidige stand van zaken.'*

Daarnaast verwacht men ook dat de website links biedt naar externe, valide bronnen.

> *FG 2 : […] 'en eventueel dat die mij ook verwijst naar de goede sites of een CEBAM richtlijn, zodat je niet opnieuw in de EBM moet zoeken. Het aantal stappen dat je moet gaan doen om iets te vinden moet zo kort mogelijk zijn.'*

5.3.2.2 De website als waardevolle aanvulling

De volgende vragen werden aan de deelnemers gesteld: 'Is de website een waardevolle aanvulling ten opzichte van een papieren (klassieke) richtlijn? (Waarom wel/niet), vinden jullie de website een meerwaarde ten opzichte van de huidig beschikbare bronnen?' (Waarom wel/niet).'

De mogelijke meerwaarde van een website kan na analyse van de resultaten in onderstaande vijf categorieën worden onderverdeeld:

1. Gebundelde informatie
2. Uitgebreide informatie
3. Gebruiksgemak
4. Directe raadpleegbaarheid
5. Aantrekkelijkheid

Dit deel sluit af met een belangrijke voorwaarde waaraan moet worden voldaan, wil de website een goede aanvulling zijn op de huidige informatiebronnen.

Gebundelde informatie

In drie van de vier focusgroepen werd aangehaald dat het een meerwaarde is dat de website een plek vormt waar de informatie is samengebundeld. Dit zou de zoektocht naar informatie vergemakkelijken en daardoor de zoektijd verkorten.

> *FG 1: 'Het is een overzicht. Ik ging meer voor alle aparte dingen naar aparte sites. Voor medicatie ging ik naar BCFI, voor gedragsproblemen ging ik naar NHG. Jullie geven het totaalpakket om alles te vinden, terwijl ik vroeger voor alles apart ging opzoeken.'*

Bovendien kan het samenbundelen van informatie er voor zorgen dat artsen op informatie stuiten die voor hen niet gekend was.

> *FG2: [Moderator: Is de website een meerwaarde ten opzichte van de bronnen die op dit moment beschikbaar zijn?] Deelnemer: 'Zeker, alle info is gebundeld. Als je inderdaad op je eigen manier gaat zoeken, dan zoek je hetgeen je voor ogen hebt in je eigen patronen. Van oké, ik ken die MMSE, maar je gaat aan al die anderen dingen niet denken* omdat je er niet van op de hoogte bent.'

FG 3: 'Het is wel, ale, ik vind het een heel goede website, maar het is wel veel informatie, maar wel ook nuttige informatie als ik het zo bekijk waar ik zelf nog nooit echt actief over heb nagedacht. Terwijl nu bijvoorbeeld het thema hulpmiddelen, dan zie ik bepaalde dingen waar ik voorheen nooit bij heb stilgestaan en omdat dat ook niet in onze opleiding terugkomt om het echt zo praktisch te bekijken.'

Uitgebreide informatie

In de helft van de focusgroepen werd gezegd dat de website uitgebreider is dan een klassieke richtlijn. Op de website zou informatie terug te vinden zijn die men in een klassieke richtlijn niet kan terugvinden. Als voorbeelden worden de onderdelen op de website met informatie over 'mantelzorger' en 'hulpmiddelen' aangehaald. Een deelnemer maakt de opmerking dat 'de website verder gaat dan enkel het medische'. Ook zou de website door de deelnemers meer praktisch worden bevonden dankzij de aanwezigheid van allerhande formulieren en vragenlijsten.

FG 3 : 'Ik vind dit beter omdat dit samengebundeld is. En ook zo van de mantelzorger, zoiets heb ik toch nog niet in de richtlijn die ik heb opgezocht teruggevonden.'

Gebruiksgemak

Over het gemak van het opzoeken van informatie op de website versus het zoeken in een klassieke richtlijn bestaan er tegenstrijdige meningen. Twee van de vier focusgroepen besluiten dat het opzoeken van informatie in een klassieke richtlijn moeilijker verloopt. Redenen hiervoor zijn onder andere een veelheid aan tekst en een gebrek aan structuur in sommige richtlijnen. De website wordt als duidelijk beschouwd dankzij de logische structuur. Over het algemeen vindt men in deze focusgroepen het zoeken van informatie op een website sneller en gemakkelijker.

FG1: 'Je hebt soms zo van die richtlijnen van [naam van vernoemde bron wordt weggelaten]. Als je dat opendoet is dat een pdf van 300 pagina's, je begint daar gewoon niet aan. Dit is veel duidelijker.'

In één focusgroep gaven sommige deelnemers toch de voorkeur aan een klassieke richtlijn. Zij vonden een inhoudstafel, waar de meeste klassieke richtlijnen gebruik van maken, handiger om snel informatie op te zoeken.

FG 4 : 'Ik denk dat als ik antwoorden wil, zal ik eerder naar de richtlijn zou gaan en dan gewoon dat ik op behandeling kan klikken en dat ik daar dan het dingske van krijg en daar snel mijn informatie kan uithalen. Alle dat is puur voor mij persoonlijk.'

In de focusgroep die meer ervaren artsen bevatte, werd geen sluitende uitspraak gedaan over het gemakkelijkste medium om informatie te vergaren. Sommige deelnemers gaven aan dat ze het opzoeken van informatie en het gebruik van een computer over het algemeen niet gewoon waren.

FG 2 : 'Maar dat kan aan mij liggen, mijn geest is niet gewoon om aan computers te zitten, ik ben opgevoed met boeken en bibliotheken, en ook met de dingen te vragen die ik niet weet aan de specialist.'

FG 2 : ' Ik denk toch dat het niet onbelangrijk is dat je een heel grote groep 65+ artsen hebt die zoals wij daar niet zo mee vertrouwd zijn, en die moet je ook mee hebben, want dat is een groep artsen die de meeste demente patiënten verzorgen.'

Directe raadpleegbaarheid

Een andere meerwaarde van de website ten opzichte van andere bronnen, is het feit dat een website altijd raadpleegbaar is voor de meeste deelnemers. Het gebruik van klassieke richtlijnen, zeker de papieren richtlijnen, wordt eerder als omslachtig ervaren.

FG 3: 'Mensen hebben dat (website, n.v.d.r.) on the spot altijd bij de hand, als je nu met dat probleem zit kan je dat ook nu opzoeken op het internet op de webpagina, het is niet van 'oh waar is dat foldertje' of 'ik moet naar de bib voor dat boek ', neen, je kan het nu ter beschikking hebben.

Sommige deelnemers verklaren zelfs dat ze papieren richtlijnen niet meer gebruiken. Artsen dienen deze papieren documenten zelf te bewaren, waardoor ze makkelijk verloren gaan.

Aantrekkelijkheid

Sommigen geven aan dat een website aantrekkelijker is dan een richtlijn, mede dankzij de lay-out en de gebruikte figuren.

> *FG 3: [Moderator: 'Vinden jullie de website op zich een meerwaarde ten opzichte van een richtlijn?' …] Deelnemer: Het spreekt ook meer aan, aangezien je af en toe beknopte figuren er in hebt staan.'*

Anderen geven toch de voorkeur aan een klassieke richtlijn en lijken minder belang te hechten aan het visuele aspect van een website.

> *FG: 4 'Ik zou ook veel gemakkelijker naar de richtlijn gaan kijken dan naar de website. Want ik hou eigenlijk liever van informatie, en niet zo van prentjes en klikken en… Ik wil gewoon weten wat ik moet doen en dat moet er niet mooi uitzien enzo.'*

Voorwaarde om te spreken van de website als waardevolle aanvulling

Een grondige kennismaking met de website op voorhand is echter noodzakelijk. Alle deelnemers gingen er mee akkoord dat de website eerst dient te worden doorlopen om haar nut en waarde te ontdekken.

> *FG 4 : ' Ik denk dat de website ook meer waard wordt als ge is een halve dag u bezig houdt met alles te lezen en dan een demente patiënt hebt en denkt ahja, die looprekken ik ga effe kijken hoe dat er weer uitzag. Maar nu op tien minuten u daardoor te worstelen is wat teveel.'*

5.3.2.3 Betrouwbaarheid van de website

'Wat is jullie indruk van de betrouwbaarheid van de website? Vinden jullie de gebruikte bronnen en referenties valide?', zijn de vragen die de participanten van de focusgroepen voorgeschoteld kregen om de algemene betrouwbaarheid van de website te toetsen.

Na analyse van de focusgroepen werden vijf categorieën weerhouden die invloed hebben op de betrouwbaarheid van de website:

1. Duidelijke bronvermelding
2. Gebruik van valide bronnen
3. Gebruik van goede doorlinken
4. Weergave cijfers medische diagnostiek
5. Lay-out als illustratie van geloofwaardigheid

Daarnaast worden er voorwaarden gesteld die vervuld dienen te worden om deze betrouwbaarheid te vrijwaren. Ook worden er suggesties gedaan om de betrouwbaarheid van de website te verbeteren.

Duidelijke bronvermelding

De tekstvelden op de webpagina's worden steeds gevolgd door een referentienummer waar relevant. Daarbij wordt elke webpagina steeds afgesloten met een chronologische opsomming van de gebruikte bronnen, hetgeen in de focusgroepen werd opgemerkt als een teken van betrouwbaarheid. Waar mogelijk wordt ook een link naar het desbetreffende originele artikel of de externe website aangeboden. Uit volgende quote blijkt dat de participanten dit appreciëren:

> *FG 1: 'Dat maakt het inderdaad ook heel sterk. Het maakt het een site die je opnieuw zou bekijken. Want je weet dat als je op die website gaat, dat je je klassieke referenties kan teruggrijpen en dat jullie een link naar de klassieke referenties aanbieden.'*

Gebruik van valide bronnen

Een belangrijk aspect dat de betrouwbaarheid van een website bepaalt, zijn de gebruikte bronnen. Deelnemers merken op dat de referenties waarvan de website gebruikt maakt, meestal van een

recent jaartal zijn en afkomstig van een herkenbare, betrouwbare organisatie. Het is de artsen daarnaast niet ontgaan dat veel richtlijnen tegenwoordig verouderd zijn.

> *FG 2: ' Ja want als je naar andere richtlijnen kijkt, dan dateert de info vaak nog van de vorige eeuw. Dan denk je, wat is dat waard, dat 'evidence based?'*

Gebruik van goede doorlinken

Niet enkel de informatie op de website zelf, maar ook de linken naar externe artikels of websites worden als een waardevol geacht. Dit wordt als een aanvulling gezien naast de informatie die op de website zelf te vinden is. Verder wordt de kwaliteit van deze externe bronnen vermeld.

> *'FG 2 : 'Ik heb het gevonden chapeau, formularium ouderenzorg met een link ernaar. Schitterend, dat vind ik positief. Van 2017, niet oud en met een stappenplan.'*

Daarnaast heeft het gebruik van doorlinken ook een positief effect op het gebruiksgemak.

> *FG 1 : 'Als ik jullie website zo zie, denk ik dat het goed is dat jullie met linken werken naar andere goede website. Je hebt niet enkele jullie website, maar jullie refereren naar andere sites waarnaar je gemakkelijk kan doorklikken. Ik denk dat het ook heel handig is om jullie website zo niet bomvol informatie te zetten.'*

Weergave cijfers medische diagnostiek

Het is één arts niet ontgaan dat de cijfers van de sensitiviteit en specificiteit van de vragenlijsten (zoals MMSE) worden vermeld, hetgeen deze participant als argument gebruikt om de betrouwbaarheid van de website te benoemen.

Lay-out als illustratie van geloofwaardigheid

Over de lay-out van website bestaat er een discrepantie in meningen. In twee focusgroepen is de consensus dat de lay-out zakelijk is en wordt aangehaald dat de website professioneel oogt. De meeste deelnemers in focusgroep 4 (FG 4) waren echter van mening dat de lay-out op sommige plaatsen eerder afbreuk deed aan de geloofwaardigheid van de website, meer bepaald door het gebruik van cartoons op sommige pagina's.

FG 4 : 'Stel als ge een patiënt bij u zou hebben zitten en ge doet hem open en die ziet van, ' amai waar is mijnen dokter naar aan het kijken'.'

Voorwaarden voor een goede betrouwbaarheid van de website

In alle focusgroepen wordt het belang van het up-to-date houden van de website sterk aangehaald.

FG 2: 'De voorwaarde daarbij is dat je actueel blijft, dat er iemand is die de website blijft actualiseren. Dan is dat antwoord op je vraag een ja met een hele grote J.'

Sommige deelnemers zien dit updaten als een grote uitdaging. Anderen twijfelen of recente informatie op de website kan gegarandeerd worden in de toekomst.

FG 4: 'Ik vraag mij bij zo'n website, …, altijd af wie dat dan up-to-date gaat houden. Want als ge daar nu over drie jaar opnieuw wilt gaan kijken, is de info dan nog correct? Waarbij dat ge bij een richtlijn er wel vanuit gaat dat die wel herzien worden.'

Suggesties om de betrouwbaarheid van de website te verbeteren

De suggestie werd gedaan om de datum van laatste aanpassing duidelijk te vermelden op de website. Ook het integreren van een contactformulier waar bezoekers terecht kunnen met vragen of opmerkingen werd aangeraden. Eén deelnemer mist nog extra referenties om informatie op de zoeken.

6. Onderhoudsfase

Om deze website relevant te houden is het belangrijk dat de inhoud van de website steeds aangepast wordt aan de laatste wetenschappelijke kennis. Het Expertisecentrum Dementie zal in de toekomst deze taak op zich nemen. Ook is het van belang dat de website aangepast wordt naargelang de noden van de Vlaamse huisartsen. Een uitgebreide contextanalyse bij Vlaamse huisartsen kan hier meer antwoord op geven.

Daarnaast is een verdere toetsing van de website in de huisartsencontext essentieel. Enerzijds kunnen nieuwe versies van de website opnieuw getoetst worden door gebruik te maken van geobjectiveerde schalen. Hierdoor is vergelijking met voorgaande versies mogelijk (ie SUS-vragenlijst). Anderzijds moet getracht worden om actief feedback van huisartsen te verkrijgen tijdens het gebruik in de praktijk. Hiervoor zijn verdere studies noodzakelijk.

Een goede toegankelijkheid van de website is belangrijk om de informatie van de richtlijn te kunnen integreren in de dagdagelijkse praktijk. Om dit te stimuleren is een grotere bekendheid nodig bij het doelpubliek, de Vlaamse huisarts. Dit zou kunnen gebeuren door het aanbieden van een LOK-pakket waar de website wordt gedemonstreerd. Omdat de website zelf niet door CEBAM werd gevalideerd, is het op heden niet mogelijk om deze via CEBAM of evidence linker in de medische pakketten van huisartsen aan te bieden. Andere mogelijkheden om de website en het gebruik ervan te verspreiden, zijn het voorstellen van de website op symposia, aanbieden van workshops en e-learnings, integreren van de website in de lessen huisartsgeneeskunde,…

7. Discussie

Interpretatie van de resultaten

De website kan een waardevolle aanvulling zijn ten opzichte van een klassieke richtlijn en de huidige bronnen dankzij meer uitgebreide, gebundelde informatie en directe raadpleegbaarheid. De website biedt een plaats waar alle informatie samenkomt en geeft (praktische) informatie die men in een klassieke richtlijn vaak niet terugvindt. Dankzij haar directe raadpleegbaarheid in een steeds meer digitaliserende maatschappij kan het tegemoet komen aan het ongebruik en de moeilijke vindbaarheid van papieren richtlijnen. Of het al dan niet makkelijker is om informatie op te zoeken op de website en deze aantrekkelijker is dan een klassieke richtlijn, lijkt af te hangen van de voorkeuren, technische capaciteiten en de gewoontes van de gebruiker. De website moet echter eerst grondig worden doorlopen om haar echte waarde te ontdekken.

De website wordt over het algemeen als betrouwbaar beschouwd. Duidelijke bronvermelding met links naar de oorspronkelijke bronnen, valide referenties, doorklikmogelijkheden naar externe betrouwbare websites en weergave van cijfers uit medische besliskunde worden hiervoor als argumenten aangehaald. Er bestaat discussie of de lay-out afbreuk doet aan de geloofwaardigheid van de website. Een zeer belangrijk gegeven is dat de website haar betrouwbaarheid in de toekomst moet blijven garanderen door up-to-date te blijven.

Vergelijking literatuur

In de literatuur werd beschreven dat het aanbieden van een richtlijn onder een andere vorm dan een tekstdocument, de implementatie van de richtlijn kan bevorderen. Meermaals werd de suggestie naar het ontwikkelen van online informatiebronnen gedaan. De voordelen van de website als implementatietool die in de focusgroepen naar voren kwamen, werden eveneens als facilitatoren vermeld in de literatuur. De nood aan een betrouwbare, kwaliteitsvolle bron, die vlot toegankelijk en gemakkelijk in gebruik is en die gefragmenteerde informatie kan samenbundelen werd zowel in de literatuur als in de focusgroep vermeld.

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 wellicht veilig om open te communiceren en kritiek te geven.
- 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 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 misschien minder ervaring met patiënten met dementie, zodat zij waarschijnlijk minder inzicht hebben in de moeilijkheden bij de zorg voor patiënten met dementie.

- Omdat de deelnemers de onderzoekers kenden, waren ze misschien niet kritisch genoeg. Het feit dat de onderzoekers zelf de focusgroepen leidden kan ook als effect hebben dat ze door hun gedrag onbedoeld het gesprek in een bepaalde richting stuurden. Hierdoor zou er mogelijks sprake kunnen zijn van interviewer bias. Omwille van budgettaire en praktische overwegingen werd gekozen om de focusgroepen niet te laten leiden door een onafhankelijk persoon, maar door de onderzoekers zelf.
- Omwille van praktische overwegingen werd het aantal focusgroepen vooraf 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.

Implicaties voor toekomst

Deze focusgroep was slechts een eerste aanzet om de website te beoordelen. Er is nood aan evaluatie bij een grotere populatie artsen, bijvoorbeeld door testing en gebruik van de website in een praktijkcontext.

De implementatie van de richtlijn en de website eindigt hier niet. Verdere interventies om artsen hiermee te laten kennis maken, moeten ondernomen worden. Mogelijke interventies zouden de volgende kunnen zijn: het organiseren van LOK-groepen, aan bod brengen van de website bij studenten tijdens de lessen huisartsgeneeskunde, aanbieden van workshops en e-learnings, voorstelling op symposia,…

Dat artsen veel belang hechten en nood hebben aan een betrouwbare, geüpdatete informatiebron, kwam in alle focusgroepen duidelijk naar voren. Dé grote uitdaging voor de toekomst is dan ook om te verzekeren dat ‘www.huisartsendementie.be’ hieraan kan blijven voldoen, wil men het vertrouwen van de artsen van morgen vrijwaren en een kwalitatieve informatiebron blijven leveren.

8. Conclusie

Huisartsen hebben nood aan gebundelde, duidelijke en praktische informatie die hen ondersteunt bij de zorg voor patiënten met dementie. De website huisartsendementie.be werd ontworpen om tegemoet te komen aan deze nood. 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 ten opzichte van een klassieke richtlijn en de huidige bronnen, doordat het alle relevante informatie bundelt en makkelijker beschikbaar is. 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 cruciaal om van een toegankelijke website te spreken. Dit is tot op heden nog niet verzekerd, maar de suggesties van een LOK pakket, voorstelling op symposia, e-learnings en workshops bieden mogelijkheden voor verdere implementatie. 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, De Lepeleire J. Dementiezorg in de huisartsenpraktijk. Internet site 2020. Beschikbaar via: www.huisartsendementie.be Geraadpleegd 2019 november 10.
3. Peters S, Bussières A, Depreitere B, Vanholle S, Cristens J, Vermandere M, et al. Facilitating Guideline Implementation in Primary Health Care Practices. J Prim 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. D/2013/10.273/86.
10. Lugtenberg M, Burgers JS, Besters CF, Han D. Perceived barriers to guideline adherence: a survey among general practitioners. BMC Fam Pract. 2011; 12: 98.
11. Gagliardi AR, Brouwers MC, Palda VA, Lemieux-Charles L, Grimshaw EM. How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. Implement Sci. 2011; 6: 26.

12. Flodgren G, Hall AM, Goulding L, Eccles MP, Grimshaw JM, Leng GC, et al. Tools developed and disseminated by guideline producers to promote the uptake of their guidelines. Cochrane Database Syst Rev. 2016; (8).
13. Hannes K, Leys M, Vermeire E, Aertgeerts B, Buntinx F, Depoorter AM. Implementing evidence-based medicine in general practice: a focus group based study. BMC Fam Pract. 2005; 6: 37.
14. Zwolsman S, te Pas E, Hooft L, Wieringa-de Waard M, van Dijk N. Barriers to GPs' use of evidence-based medicine: a systematic review. Br J Gen Pract. 2012; 62(600): 511-21.
15. Gransjøen AM, Wiig S, Lysdahl KB, Hofmann BM. Barriers and facilitators for guideline adherence in diagnostic imaging: an explorative study of GPs' and radiologists' perspectives. BMC Health Serv Res. 2018; 18:556.
16. Jennings AA, Boyle S, Foley T. The development and evaluation of an online dementia resource for primary care based health professionals. Internet Interv. 2018; 11: 47-52.
17. 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; 101(1): 32-7.
18. 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; 34(4): 327-335.
19. 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; 18(1): 66.
20. 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; 16: 24.
21. Buntinx F, De Lepeleire J, Paquay L, Illife S, Schoenmakers B. Diagnosing dementia: No easy job. BMC Fam Pract 2011; 12:60.
22. 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.
23. Vermandere M, Decloedt P, De Lepeleire J. Zorgdiagnose bij thuiswonende, dementerende patiënten. Een nieuw concept? Tijdschr Gerontol Geriatr 2012; 43: 25-32.
24. Focusgroep. Internet site KU LEUVEN Beschikbaar via: https://www.kuleuven.be/onderwijs/werken_opo/bevragingen/soorten/hearing. Geraadpleegd 2019 juli 25.

25. Dimitri Mortelmans. Handboek Kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven: Acco; 2013, 4de editie.
26. Jones CD, Newsome J, Levin, K, Wilmot A, McNult JA, Kline, T. (2018). Friends or Strangers? A Feasibility Study of an Innovative Focus Group Methodology. The Qualitative Report 2018; 23(1): 98-112.
27. Paulus PB, Nijstad, B.A. Group creativity: Innovation through collaboration. New York: Oxford University Press; 2003.
28. Dierckx CB, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012; 49(3): 360-71.
29. 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.

10. Bijlagen

10.1 Bijlage 1: Goedkeuring ethische commissie

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 wijzigingen.

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

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

10.2 Bijlage 2: Informed consent

Ik heb kennis genomen 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:

10.3 Bijlage 3: Informatiebrief van de uitnodigingsmail

Implementatie van de richtlijn: Diagnostiek van dementie in de eerste lijn - een website.

Focusgroep over werking van de website met als doel implementatie.

Informatie + Informed Consent

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 facilitatoren 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.

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.

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)

10.4 Bijlage 4: Script interviews

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**

"Bij de afname van de hearing kan je best al vragen wie van de deelnemers bereid is om het verslag na te lezen." Te vragen bij het begin van focusgroep.

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. Transitvraag

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: Is de website van de waarde als informatiebron en implementatietool van de richtlijn 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?**

    1. Zo ja
    2. Zo nee

- 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?**

5. Besluitende vragen -> werken met stellingen - helemaal niet akkoord - eerder niet akkoord- neutraal - eerder wel akkoord- helemaal wel akkoord

a. Samenvatting van de conclusies van de voorgaande sleutelvragen
b. Heb je nog suggesties over de website die tijdens de discussie niet werden besproken?

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 te veel tegenstijdigheden 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 deze website.**

Helemaal niet akkoord Helemaal akkoord

1 2 3 4 5

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

Helemaal niet akkoord Helemaal akkoord

1 2 3 4 5

10.5 Bijlage 5: Codeboom

Nood aan betrouwbare bron

- Valide bronnen
- Recente informatie

Website als waardevolle aanvulling

- Gebundelde informatie
- Uitgebreidheid
    - Praktische info
    - Gaat verder dan het medische
- Gemakkelijker in gebruik
    - Logische structuur
    - Snel opzoeken info
    - Veelheid aan tekst gewone richtlijnen
    - Gebruik vooral voor jonge generatie
        - ↔ ouderen gebruik pc niet gewoon
    - ↔ Info moeilijker vindbaar
    - ↔ Voorkeur papieren richtlijn
- Direct raadpleegbaar
    - Papieren richtlijn moeilijk vindbaar
    - Ongebruik papieren richtlijnen
- Aantrekkelijk
    - Website spreekt meer aan
    - ↔Voorkeur droge informatie
- Voorwaarde: doorlopen van website op voorhand

Betrouwbaarheid

- Duidelijke bronvermelding
    - Altijd gerefereerd
    - Link naar referenties
- Valide bronnen
    - Betrouwbare bronnen
    - Recente bronnen
    - ↔ verouderde richtlijnen
- Goede doorlinken
- Cijfers medische diagnostiek
- Lay-out & geloofwaardigheid
    - Zakelijk
    - ↔ Niet professioneel
- Voorwaarden voor betrouwbaarheid
    - Belang van updaten
    - ↔ Twijfel over updaten
- Suggesties: contactformulier, recent aangepast, extra referenties

10.6 Bijlage 6: Masterpaper protocol

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 RATIONALE

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 PARTICIPANT

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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. 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.