Huisartsendementie.be: een werkbare implementatie van de dementierichtlijn?

Khan Bhatti Saadat, KU Leuven

Promotor: Prof. dr. Jan De Lepeleire, KU Leuven
Co-promotor: Prof. dr. Jan Steyaert, UAntwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2019 – 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 opgave. Dankzij de inspanningen van elk teamlid hebben we dit mooi resultaat kunnen neerzetten. Dit was echter niet mogelijk zonder 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 hierbij officieel bedanken. Zij stonden ons tijdens elke vergadering en gedurende het hele traject bij met constructieve feedback, bemoedigende woorden en goede raad. We konden steeds met onze vragen bij hen terecht.

Hierbij dienen we ook praktijkopleider Prof. dr. Lieve Peremans in het bijzonder te 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.

Inhoudstafel

Abstract 1

1. Inleiding 2
2. Identificatie 4
3. Context analyse 5
4. Implementatieplan 9
5. Evaluatie 11
6. Onderhoudsfase 26
7. Discussie 26
8. Conclusie 29
9. Referenties 30
10. Bijlagen

    Informatiebrief 33
    Informed consent 35
    Gunstig advies Ethisch Comité 36
    Script interviews 38
    Codeboek 40
    SUS vragenlijst 41
    Studie protocol 42

Abstract

Huisartsendementie.be: een werkbare implementatie van de dementierichtlijn?
Huisarts in opleiding: Khan Bhatti Saadat, Katholieke universiteit Leuven
Promotors: Prof. Dr. De Lepeleire Jan, Katholieke universiteit Leuven; Prof. Dr. Steyaert Jan, Universiteit Antwerpen
Praktijkopleider: Dr. Vansintjan Marc

Context: Nationaal en internationaal literatuuronderzoek toont aan dat er een vraag heerst van huisartsen naar duidelijke richtlijnen in de zorg voor patiënten met dementie. Bovendien stoten we op verschillende barrières bij de implementatie van richtlijnen in de capaciteiten, motivatie en mogelijkheden van de eindgebruikers. Er is nood aan een gebruiksvriendelijke concretisering van de richtlijn.

Methode: de huisartsendementie.be website werd ontwikkeld met als fundament de richtlijn 'diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk' en verder opgebouwd met talloze andere facetten van de dementie zorg- en ziektediagnostiek door middel van literatuurstudies. Op deze manier werd beoogd een website te bekomen, die de huisarts ondersteunt bij de diagnostiek en opvolging van patiënten met dementie. Door middel van vier focusgroepen werd het gebruiksgemak van deze website getoetst.

Onderzoeksvragen: Is huisartsendementie.be gebruiksvriendelijk? In welke context kan deze website gebruikt worden, beantwoordt de website aan de verwachtingen van huisartsen?

Resultaten: De huisartsen in de focusgroepen geven aan dat de website logisch en overzichtelijk is opgebouwd, gemakkelijk en overal te raadplegen is en een grote hoeveelheid aan informatie bevat die het denkpatroon van de eindgebruikers verruimt. Bovendien laat de website toe om na grondige kennismaking gericht inhoudelijke vragen te beantwoorden in een consultatie setting. Het merendeel van de huisartsen zien deze website, omwille van zijn omvang als voorbereiding of naslagwerk. De website behaalt een score van 75 op de SUS schaal, wat ze in het 73% percentiel plaats betreffende gebruiksgemak. De huisartsendementie.be website is een gebruiksvriendelijke implementatie van de 'diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk' richtlijn.

Conclusie: De website huisartsendementie.be is een gebruiksvriendelijke, toegankelijke meerwaarde als implementatie van de bestaande richtlijnen. Het bundelt relevante, betrouwbare informatie op een overzichtelijke en toegankelijke manier en stimuleert de huisarts tot een holistische zorg van patiënten met dementie. Om relevant te blijven dient de website echter steeds up-to-date gehouden te worden op basis van de laatste wetenschappelijke evidentie.

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 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 (cfr onderdeel 'Over ons' op de website huisartsendementie.be).

Doelstelling

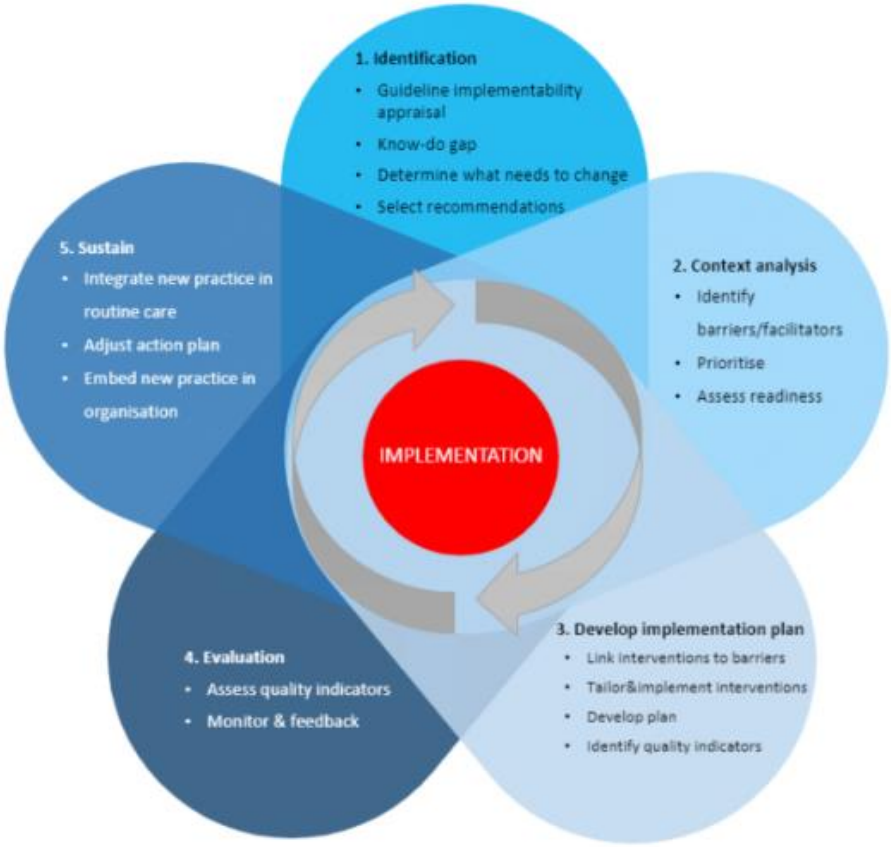
Onder leiding van het ACHG en het Expertisecentrum dementie Vlaanderen ontwikkelden wij de website 'huisartsendementie.be'.[2] Het eerste opzet van deze masterproef is het ontwerpen van een website. Het doel van deze website is om de richtlijn 'Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk' te implementeren 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. Dit leidde tot volgende 4 onderzoeksvragen:

1. **Hoe beantwoordt de website als informatiebron en implementatietool aan de verwachtingen rond gebruiksvriendelijkheid? (Khan Bhatti Saadat)**
2. Hoe beantwoordt de website als informatiebron en implementatietool inhoudelijk aan de educatiebehoeften en noden van de huisarts? (cfr. Masterpaper Mertens Goedele)
3. Hoe beantwoordt de website als informatiebron en implementatietool aan de verwachtingen rond toegankelijkheid? (cfr. masterpaperAllemeersch Frie)
4. Wat is de waarde van de website als informatiebron en implementatietool voor de richtlijn voor artsen? (cfr masterpaper Klaartje Brepoels)

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 tracht men het probleem van implementatie in kaart te brengen en na te gaan wat er in de huidige praktijkvoering dient te veranderen. Door middel van een contextanalyse wordt dit probleem verder uitgediept en worden mogelijke barrières en facilitators geïdentificeerd. Rekening houdend met de informatie vergaard uit vorige 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') werd slechts summier behandeld. De verschillende stappen van het implementatiemodel zijn ook terug te vinden in de structuur van deze masterpaper.



Figuur 1: ebpracticenet implementatiestrategie

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 ontbrak het de huisarts, tot voor kort aan duidelijke richtlijnen.[8] Dankzij de ontwikkelingen en publicatie van de richtlijn 'Diagnostiek van dementie in de eerste lijn' 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 aan omtrent zorgdiagnostiek en behandeling.

3. Contextanalyse

3. 1 Gebruiksgemak als toetssteen voor de website

3.1.1 Introductie

Het opzet van dit werk is het gebruiksgemak van de huisartsedementie.be website te beoordelen, met dit doel voor ogen werd volgend literatuuronderzoek uitgevoerd. Er wordt gezocht naar een strategie om het gebruik van richtlijnen onder de vorm van websites in de praktijk, te vergemakkelijken. Nadien wordt nagegaan of de website voldoet aan de eisen van de eindgebruikers en dienst kan doen als implementatietool. Om de beoordeling van de website in focusgroepen zo gestructureerd en evidence-based te laten verlopen, werd ook hier een literatuurstudie voor uitgevoerd.

3.1.2 Methodologie

Studies rond de implementatie van klinische richtlijnen als websites werden opgezocht in MEDLINE, gebruikmakend van de MESH- termen 'Practice guideline/ Guideline', 'Health Plan Implementation' , 'Online resource' Aanvullend werd gebruik gemaakt van de 'similar articles' . Daarnaast werd de Trip database geraadpleegd met behulp van de zoektermen 'usability', 'user friendliness' en 'internet-based intervention'. Enkele artikels werden aangereikt door de promotoren. Hiernaast werd een gerichte zoektocht uitgevoerd naar artikels die handelen over de beoordeling van de gebruiksvriendelijkheid van elektronische media via de 'Google Scholar' zoekmachine.

3.1.3 Resultaten

Op basis van de voorgaande methodologie werden 47 artikels weerhouden. 9 artikels werden geëxcludeerd omwille van gebrek aan interessante eindpunten, 10 artikels werden geëxcludeerd omdat hun volledige tekst niet raadpleegbaar/ betalend was, 4 artikels waren niet in het Engels of Nederlands beschikbaar. Hierop volgt een synthese van de overige 24 artikels. Eerst wordt de rol van websites in de medische sector behandeld, hierop volgt een kijk op de barrières en bevorderlijke factoren die men ondervindt bij het gebruik van richtlijnen. Op basis van deze resultaten werd geopteerd voor een website, rekening houdend met het thema van deze masterthesis werd bijgevolg gekeken naar manieren om de website zo gebruiksvriendelijk te maken.

Gebruik van elektronische richtlijnen

De ontwikkeling en implementatie van richtlijnen is bedoeld om het best beschikbare bewijs te bundelen en aan te bieden ter ondersteuning van klinische besluitvorming, met als doel de kwaliteit van de zorg, het welbevinden van de patiënt en de kosteneffectiviteit te optimaliseren.[10] Hoewel het aantal richtlijnen blijft groeien, lijkt het gebruik ervan in de praktijk vaak problematisch, traag en complex.[11]

Het implementeren van richtlijnen is een complex proces, bestaande uit meerdere stappen. De identificatie van barrières en vergemakkelijkende factoren, identificatie van strategieën om het proces te vergemakkelijken en het implementeren van deze strategie zelf, gevolgd door een meting van de bekomen aanpassing.[12] Over de methodologie en de ideale vorm van implementatie is er tot op heden geen consensus, doch pleit men voor een combinatie van verschillende modaliteiten als implementatie bijvoorbeeld papieren richtlijnen naast elektronische bronnen.[13] In dit opzicht werd er gekozen voor een website. Met het oog op een duidelijke strategie te formuleren werd de literatuur rond de barrières tegen en facilitators van het gebruik en de implementatie van website doorzocht. Deze struikelblokken kunnen opgedeeld worden in ruwweg vier categorieën. Ten eerste barrières eigen aan de gebruikers namelijk kennis van het onderwerp, vaardigheden, motivatie en vertrouwdheid met technologie. Ten tweede barrières eigen aan externe factoren, zoals de niet te onderschatten tijdsdruk, regelgeving in verband met diagnose en zorg, toegankelijkheid en samenwerking met de tweede lijn, de beperkte financiële steun en therapeutische mogelijkheden. Ten derde barrières eigen aan de richtlijn zelf, meer bepaald de complexiteit van het materiaal, onduidelijke informatie en slechte toegankelijkheid en toepasbaarheid van informatie.[14-16] Hoe minder middelen vereist zijn en hoe lager de drempel voor gebruik, des te succesvol de implementatie[17] Hiernaast spelen informatica gerelateerde aspecten een minstens even grote rol. Het ontwerp, de lay-out van een website en technische stoornissen worden aangehaald als een van de grootste barrières.[18] Internationaal [19,20] en nationaal [21,22] onderzoek toont aan dat het gebruik van websites op een goede manier tegemoet kan komen aan deze drempels. Het rapport implementatie en verspreiding van klinische richtlijnen in België van het KCE bevestigt de nood aan een

implementatie strategie die de juiste informatie op het juiste ogenblik geeft, bovendien zijn de lage productie- en verspreidingskosten een meerwaarde ten opzichte van papieren richtlijnen. Websites laten toe om door middel van hyperlinks naar bijkomende bronnen te verwijzen en gebruik te maken van multimodale functionaliteiten, zoals het ter beschikking stellen van screeningsinstrumenten, gebruik van interactief beeldmateriaal en eventueel instructievideo's. Bijgevolg kunnen we diepgaande informatie leveren zonder af te doen aan de leesbarheid van de richtlijn[23] Overigens laat deze strategie ons toe om kwaliteitsvolle en toepasselijke antwoorden te voorzien op klinische vragen door zoveel mogelijk informatie gecentraliseerd te verstrekken en opzoekwerk te beperken. Casus-gericht zoeken, is vaak de reden dat het internet wordt geraadpleegd door gezondheidsmedewerkers[24,25]. Andere voordelen van een online implementatie strategie is toename van uniformiteit in handelen tussen de praktijken[8,9]en verbeterde patiënt gerelateerde outcomes[26]. Een website komt, als implementatie van een richtlijn tegemoet aan de eis voor continue toegankelijkheid, updatebaarheid en visuele ondersteuning.

Toepassen van het concept gebruiksgemak bij de implementatie van een website

De 'Internationale organisatie voor standaardisatie (ISO) definieert gebruiksgemak als zijnde de graad waarmee gebruikers een gewenste taak kunnen uitvoeren met doeltreffendheid, tijdsefficiëntie en tevredenheid binnenin een systeem. Er is tot op heden echter geen consensus over hoe men gebruiksgemak toepast en beoordeelt.[27] Bovendien verschillen de doelstellingen binnen de verschillende disciplines en industrieën bij het ontwerpen van websites. Online bedrijven proberen bijvoorbeeld websites te ontwerpen die merkloyaliteit, aankoop en winst optimaliseren. Anderen, zoals academici of zorgaanbieders geven vaker prioriteit aan privacy / vertrouwelijkheid en inhoudsnauwkeurigheid bij het bouwen van websites.[28] De literatuur wijst uit dat de gepercipieerde kwaliteit van een website onlosmakelijk verbonden is met de inhoud en het gebruiksgemak.[29] Om de beoordeling te vergemakkelijken en criteria te identificeren die de interactie met- en het gebruiksgemak van een website sterk beïnvloeden, publiceerden Garret et al een review In 2017.[30] Hierbij werden de honderd meest geciteerde artikels rond website ontwikkeling gescreend.

Zeven eigenschappen bereikten het vooropgesteld criterium van vermelding binnen 30% van de studies. Fundamentele eigenschappen van een gebruiksgemakkelijke website zijn een goede navigeerbaarheid, aanwezigheid van beeldmateriaal, een logische structuur, nut van inhoud, doelmatigheid, eenvoud en leesbaarheid. Bij het bevragen van het sub thema gebruiksvriendelijkheid, werd aan deze eigenschappen bijzondere aandacht besteed in elk van de focus groepen.. Bovendien werd besloten om de 'system usabillitiy scale' te gebruiken om een kwantitatieve uitspraak te doen over het gebruiksgemak van de website. Deze vragenlijst werd in 1986 gepubliceerd als een snelle en efficiënte manier om computer programma's te beoordelen. De echte doorbraak kwam echter bij de publicatie van de vragenlijst in een boek rond gebruiksvriendelijkheid.[31] Sedertdien is het gebruik ervan exponentieel toegenomen en is de vragenlijst in meer als 8600 gepubliceerde artikels gebruikt. Ondertussen beschikken we over meer als 25 jaar aan prospectief onderzoek over de validiteit van de SUS vragenlijst. De vragenlijst bestaat uit 10, alternerend positieve en negatieve stellingen, die op een 5-punten schaal worden gescoord, in functie van graad van overeenkomst. Door middel van een simpele berekening bekomt men een score op 100, waarbij een hogere score wijst op een beter gebruiksgemak. Extensief onderzoek wees uit dat de SUS een gevalideerde en betrouwbaar meetinstrument is, dat gebruikt kan worden om zowel gebruiksgemak als leerbaarheid te toetsen. Anderzijds is de SUS niet geschikt als een diagnostische tool, de afzonderlijke stellingen kunnen niet gebruikt worden om een uitspraak te doen. Bovendien zijn de SUS scores geen percentages, om het product te vergelijken met anderen dient naar de overeenkomstige percentiel gekeken te worden.[32,33] Kortom de SUS laat ons toe om:

1. Een puntschatting te maken voor gebruiksgemak en tevredenheid van de eindgebruikers.
2. Verschillende taken binnen 1 systeem aan elkaar te toetsen
3. Iteratieve versies van hetzelfde product te vergelijken
4. Concurrerende producten/ websites met elkaar te vergelijken
5. Verschillende media met elkaar te vergelijken: bijvoorbeeld papieren vs elektronische richtlijnen.

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: Allemeersch Frie, Brepoels Klaartje, Khan Bhatti Saadat, Mertens Goedele. 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 werden 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'.[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.

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[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.[34]

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 [35]. 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.[36] 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, … komt 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, onder andere nuttige documenten (allerhande aanvraagformulieren), interessante links en referenties, voorbeeldcasussen, …

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 beantwoordt de website als informatiebron en implementatietool aan de verwachtingen rond toegankelijkheid?

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.[37]

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.[37,38]

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. [39]

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.[38]

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 moeten dan het informed consent tekenen.

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.[38]

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 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 dolgerichte steekproef 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 1). 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 2).

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, die de deelnemers anoniem konden invullen. 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.[40] 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.[41]

5.3 Resultaten

5.3.1 Sociodemografisch 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 vind je 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**				

5.3.2 Thematische analyse van de focusgroepen

Een belangrijk hoofdthema in de beoordeling van websites is de gebruiksvriendelijkheid.. Dit brengt ons dan ook tot de focus van deze masterthesis, 'hoe beantwoordt de website als informatiebron en implementatietool aan de verwachtingen rond gebruiksvriendelijkheid?' Met het oog op deze eigenschap breed te toetsen werden in 4 onafhankelijke focusgroepen hieromtrent vragen gesteld

1. Leent de website zich ertoe om te gebruiken tijdens een consult?
2. Vinden jullie informatie gemakkelijk terug op de website?
3. Wat vinden jullie van de structuur van de website?
4. Wanneer/ via welk medium zouden jullie deze website gebruiken?
5. Hoe kunnen we er voor zorgen dat de website praktisch is in gebruik?

Na analyse van de resultaten konden vier subthemas geïdentificeerd worden namelijk: het gebruiksgemak, de setting waarin deze website gebruikt zou worden, de reproduceerbaarheid van de gepresenteerde informatie en ten slotte het medium waarmee de site geraadpleegd zou worden. De meningen van de aanwezigen werden bovendien gekwantificeerd door 2 korte vragenlijsten.

Eerste indrukken van website

Voorafgaand aan de focusgroepen werd aan de deelnemers gevraagd om de website alvast door te nemen, deze vraag werd samen met de uitnodiging twee weken op voorhand verstuurd. Elk van de focusgroepen werd vervolgens geopend met de vraag naar de verwachtingen rond de invulling van een website aangaande dementie. Hierna vond er een kennismaking met de website plaats, op basis van vooraf bepaalde casussen. Gedurende het hele verloop van de focusgroep hadden de deelnemers toegang tot de website. Het merendeel van de deelnemers waren zeer positief na het eerste contact met de website. De teneur van de focusgroepen was dan ook dat de website overzichtelijk is en beschikt over een logische structuur die fris oogt.

Na wat langer gebruik kwamen de meeste mensen tot de conclusie dat de informatie gedoseerd wordt gepresenteerd, maar vertrouwdheid en kennismaking met de website noodzakelijk is om de richtlijnen te nuttigen.

> *FG3, 3 "Niet alleen nu, maar ook toen ik het thuis bekeek was het heel logisch: echt van vroeg detectie naar anamnese naar hetero-anamnese, naar screening naar diagnose dan behandeling en verdere onderzoeken… Ik vond het heel chronologisch, en zo is het ook gemakkelijk"*
>
> *FG4, 3 Ik denk dat de website ook meer waard wordt als je een halve dag vrijmaakt om alles te lezen, indien je dan een demente patiënt hebt en je vraagt je af "hoe zat het ook al weer met de hulpmiddelen?" Looprekken bijvoorbeeld. Dan kan ik even gaan kijken, hoe dat er weer uitzag. Maar om je op tien minuten door heel de website te worstelen is wat teveel. Het is bekan (sic) een handboek hé; eerder een handboek dan een richtlijn.*

. Gebruiksgemak

Structuur

Zoals eerder aangehaald gaven de meeste mensen aan dat de structuur van de website een lage leercurve vereist. Het drop-down menu, de aanklikbare iconen en links naar diepgaande informatie zijn zelf verklarend en vlot in gebruik, kortom intuïtief. Bovendien werd het verwijzen naar externe sites, als een grote meerwaarde gezien. Als aanvulling op de website werd de implementatie van een zoekfunctie gesuggereerd in 3 van de 4 focusgroepen.

FG2,2 De website vormt zeker een meerwaarde op de bestaande bronnen, alle info is gebundeld, bij het zoeken op je eigen manier, ben je beperkt door je eigen patroon. Op de site staat er zeer uitgebreide info, waardoor je voorkomt dat je iets mist.

FG1, 1 Als ik jullie website zo zie, denk ik dat het goed is dat jullie met linken werken naar andere goede websites. Je hebt niet enkel 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.

Een terugkerende mening binnen de verschillende focusgroepen luidt als volgt: optimaal gebruik van de website vereist een initiële kennismaking. De hoeveelheid informatie is indrukwekkend bij een initieel gebruik en een correcte navigatie doorheen de verschillende hoofdingen en onderverdelingen noodzaakt meermaals en herhaald gebruik.

> *FG3,3: Het is veel om alles in één keer te lezen, maar eens je weet hoe de site in mekaar zit, kan je wel heel snel vinden wat je nodig hebt. Toen ik het voor eerst ging doorlezen thuis vond ik het wel moeilijk en heel uitgebreid, maar als je het nu terug gaat gebruiken met een casus is het wel makkelijk om je weg te vinden. Dus het schrikt wel af de eerste keer, maar nadien vind je wel alles wat je nodig hebt.*

Taalgebruik en inhoud

Een werkpunt bij sommige richtlijnen en hun implementatie, blijft de moeilijkheidsgraad waarmee informatie wordt weergeven. Er waren echter geen opmerkingen over het gebruik van jargon op de site. Dit werd eveneens bevestigd bij expliciete navraag of de taal en grammatica op de site begrijpelijk is.

> *FG 1, 2: De site is vrij luchtig, ik vind dat hij niet te zwaar is, dat het gemakkelijk doorleest.*

Er werd gekozen om de richtlijn te weergeven als vlot leesbare, korte paragrafen. Deze alinea's gingen, waar mogelijk vooraf door een kort en krachtige aanbeveling. Indien nodig kunnen website bezoekers het merendeel van de teksten uitklappen voor meer gedetailleerde info.

> *FG 1,2 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.*

Sleutelbegrippen en belangrijke concepten werden bovendien extra belicht door ze in het vet weer te geven.

> *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.*

In overeenstemming met het literatuuronderzoek betreffende drempels van implementatie werd eveneens getracht de aanbevelingen zo praktisch en praktijkgericht als mogelijk te maken. In alle focusgroepen werd deze eigenschap van de site eigenlijk meermaals geprezen. Het tekort aan praktische aanbevelingen uitte zich voornamelijk op het vlak van de zorgdiagnose, aanpak van gedragsproblemen, medicatie gebruik en het doorverwijzen naar externe diensten.

> *FG3,1 Je vindt alles inderdaad snel terug, bijvoorbeeld als je iets zoekt over mantelzorg, dan zie je onder het tabblad meteen alles over mantelzorg staan, dus dat is wel gemakkelijk. 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.*

> *FG2,1 Zou zeer interessant zijn als er een link naar aanpak van gedragsproblemen bij dementerenden. Ook zeker rond de laatste know how qua medicatie, gedragsproblemen. Dat zijn de thema's waarrond wij vragen hebben: gedragsproblemen, mantelzorg, financiële en juridische verantwoordelijkheid en erfelijkheid van dementie. Zeer mooie samenvatting met verschillende links (CARA, onderzoeken …).*

Een voordeel van de website is dat de informatie bovendien gecentraliseerd is. Vragenlijsten, differentiële diagnostiek en zelfs juridische aspecten worden op één portaal weergeven.

> *FG 2, 2 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.*

2. Reproduceerbaarheid van de informatie

In overleg met het expertisecentrum dementie werd er gekozen voor huisartsendementie.be als URL voor de website. Er werd geopteerd voor een korte en gemakkelijk te onthouden sitenaam. Deze link dient als dusdanig te worden ingevuld in de verschillende webbrowsers, een gewone zoekactie levert helaas niet het gewenste resultaat op. In principe is de website vrij raadpleegbaar voor iedereen die over de huisartsendementie.be link beschikt.

> *FG4, 4: Kun je hem googlen of niet? En als je hem googlet moet je dan toegang krijgen of niet. Want ik merk zo zelf als die websites met richtlijnen, ebmpracticent toestanden staan, als je dan moet gaan inloggen, tegen dan is mijn goesting al gedaan en zoek ik het wel ergens anders...*

Alle deelnemers waren het met elkaar eens dat het om een gemakkelijk te onthouden en te gebruiken link gaat. Één deelnemer maakte de opmerking dat er eventueel verwarring zou kunnen optreden, indien mensen zoeken naar een site over dementie bij huisartsen.

> *FG4, 6: Dementeren huisartsen, ik had verwacht dat het een website vol geheugensteuntjes zou zijn.*

De site werd bij één deelnemer geblokkeerd wanneer er via internet explorer werd gesurft, behoudens dit voorval werden geen problemen weerhouden bij gebruik in de verschillende webbrowsers.

> *FG 2, 2: Dat is een gemakkelijke link maar In internet explorer werd het bij mij geblokkeerd!*

Meerdere mensen suggereerden een opname van de link binnen de evidencelinker van verschillende medische softwarepakketten en/ of Domus Medica. De site en elke link naar andere website vereist echter een actieve internet verbinding, de website is niet offline raadpleegbaar en berust op de correcte werking van de 'webnode' servers.

> *FG3,2: 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 focus groep met de oudere collega's werd er bijzondere aandacht gevraagd voor de gemiddelde vertrouwdheid met informatica en technologie van de doorsnee huisarts. Het eerste gebruik verliep moeizaam en benodigde in deze groep veel meer tijd, dit werd ook meermaals beaamd door de deelnemers. Maar ook in deze groep kwam men uiteindelijk tot de conclusie dat na een grondige kennismaking en gebruik, navigeren binnen de website steeds vanzelfsprekender werd.

> *FG2, 3: Als antwoord op de vraag of de site in een consult gebruikt kan worden Dit moment nog niet … OK ik heb het nu 2x geopend en als ik iets concreet wil zoeken dan gaat het wel veel vlotter. Maar niet om hele casussen op te lossen of voor het heroriënteren van mijn aanpak. Ook niet om te gaan zoeken van wat gaan we nu allemaal doen, dan gaat het mij te uitgebreid zijn. Maar stel nu welke medicatie of voor 1 item, of voor een bepaalde test.*
>
> *FG3, 1: Ik vind het altijd wel een beetje moeilijk, ale, ik vind het in het algemeen moeilijk om een site te gebruiken. Je kan wel heel rap iets kleins opzoeken, maar ik kan het niet in grote lijnen bekijken tijdens een consultatie als de patiënt voor mij zit, maar dat is eerder persoonlijk.*

3. Medium

Behoudens de groep met oudere huisartsen, was iedereen van mening de website eerder op een gsm of tablet te gebruiken, de naadloze overgang naar computers is echter een meerwaarde.

> *Zowel op computers als draagbare toestellen laadt het website vlot en past ze zich aan figuren van het scherm.*
>
> *FG4: Via welk medium zouden jullie de website raadplegen?*
> *1: Tablet, gsm.*
>
> *3: Ik denk alle twee, je moet gewoon zorgen dat het op alles gaat. Niet zorgen dat één medium de voorrang heeft.*

4. Setting

In drie van de vier focusgroepen kwam men tot de conclusie dat de site eerder geschikt is om een consult voor te bereiden, voornamelijk omwille van de uitgebreidheid van de informatie die wordt geleverd. Zoals meermaals werd aangehaald, doorbreekt de website het vast stramien waarin sommige huisartsen vervat zitten en verbreedt de website hun kijk op dementie. Hiernaast werd in alle focusgroepen benadrukt dat een kennismaking met de website gedurende bijvoorbeeld 30 minuten, reeds toelaat om specifieke zaken gericht op te zoeken op de website. Kortom de huisartsendementie.be website vervult op een adequate manier de rol van voorbereidend werk of doet dienst als naslagwerk.

> *FG3, 4: Ja ik denk dat het heel goed gestructureerd is, dat is wel ale van groot naar klein of omgekeerd, ik denk dat dat vooral heel nuttig is is. Maar je zou wel eerst eens de website een keer tegoei moeten doorhebben om te weten hoe het in elkaar zit, maar dan kan je wel heel snel dingen vinden die je nodig hebt.*
>
> *1: Dat denk ik ook wel, ik denk dat als je de website nooit hebt bekeken, alé je moet toch echt wel 10 of 20 minuten het goed hebben bekeken als je het echt 'on the spot' wilt gebruiken eer je weet waar je dingen moet terugvinden.*
>
> *FG4, X: 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.*

5.3.3 Kwantitatieve beoordeling

it is easier to show that a product is unacceptable than it is to show that it is acceptable—if one wishes to make the claim with a high degree of confidence.[42]

Het gebruik van de website werd in de 4 focusgroepen beoordeeld door middel van de 'system usabillity scale' deze beoordeling laat toe, om door de afzonderlijke vragen samen te bekijken een wetenschappelijk gefundeerde uitspraak te doen over het gebruiksgemak van de website. Hiernaast werd aan alle deelnemers gevraagd of ze de in de toekomst gebruik zullen maken van de website en/of ze de website zouden aanraden aan hun collega's. In totaal werden 26 correct ingevulde system usabillity scales bekomen. De overgrote meerderheid van de deelnemers zou de website opnieuw raadplegen (21/ 26) en aanraden aan collega's (18/ 26). Zie figuur 2 voor een weergave van de SUS resultaten. Deze resultaten leren ons dat de meningen over het algemeen positief zijn. 25/ 26 deelnemers geven aan dat ze zeker geen ondersteuning door technisch personeel vereisen, 24/ 26 mensen zijn van mening zijn dat de website weinig tegenstrijdigheden bevat en 23/ 26 deelnemers kunnen zich voorstellen dat mensen snel de website zullen leren gebruiken.

System usabillity scale	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
1. Ik denk dat ik de website regelmatig zal gebruiken	1	1	5	16	3
2. Ik vond de site onnodig complex.	12	7	5	1	1
3. Ik vond de website makkelijk in	0	3	1	13	9
4. Ik denk dat ik ondersteuning nodig heb van een technisch persoon om deze website te kunnen gebruiken.	25	1	0	0	0
5. Ik vond dat de verschillende functies van de website goed geïntegreerd zijn	0	2	6	11	7
6. Ik vond dat er veel tegenstrijdigheden zaten in de website.	13	11	2	0	0
7. Ik kan me voorstellen dat de meeste mensen zeer snel leren om de website te gebruiken.	1	1	1	15	8
8. Ik vond de website omslachtig in gebruik.	11	6	6	1	2
9. Ik voelde me erg vertrouwd met de website.	1	2	9	13	1
10. Ik moest veel leren voordat ik aan de slag kon met de website.	11	6	4	3	2

Figuur 2: resusltaten van de system usability scale vragenlijst

Hoewel dit zeer indrukwekkende resultaten zijn, laat de SUS niet toe om uitspraken te doen over de gebruiksvriendelijkheid door middel van individuele stellingen. Berekening van de totaalscore geeft ons een 75.

Grade	SUS	Percentile range	Adjective	Acceptable	NPS
A+	84.1-100	96-100	Best Imaginable	Acceptable	Promoter
A	80.8-84.0	90-95	Excellent	Acceptable	Promoter
A-	78.9-80.7	85-89		Acceptable	Promoter
B+	77.2-78.8	80-84		Acceptable	Promoter
B	74.1 – 77.1	70 – 79		Acceptable	Passive
B-	72.6 – 74.0	65 – 69		Acceptable	Passive
C+	71.1 – 72.5	60 – 64	Good	Acceptable	Passive
C	65.0 – 71.0	41 – 59		Marginal	Passive
C-	62.7 – 64.9	35 – 40		Marginal	Passive
D	51.7 – 62.6	15 – 34	OK	Marginal	Detractor
F	25.1 – 51.6	2– 14	Poor	Not Acceptable	Detractor
F	0-25	0-1.9	Worst Imaginable	Not Acceptable	Detractor

Figuur 3: een visuele weergave van de score waarbij er een graad, percentiel, adjectief, aanvaardbaarheids niveau en een de Net Promotor Score wordt toegekend.[43]

Interpretatie van het resultaat

Een veel voorkomende misvatting over de SUS is dat de score geïnterpreteerd moet worden als een percentage. De gemiddelde SUS score is 68, producten die lager scoren vereisen een grondige hervorming om ze intuïtiever te maken. Hieronder volgen 5 manieren om onze score van 75 te interpreteren.

1. Percentielen

Vergeleken met data van een analyse van 446 studies, bevindt de score van 75 zich in het 73ste percentiel.[44]

2. Graad

Een score van 75 komt overeen met een graad B.

3. Adjectief

Voortbouwend op het idee om woorden in plaats van getallen te gebruiken om een ervaring te beschrijven, publiceerden Bangor et al.[45] een 7-punts adjectiefschaal die 1000 SUS resultaten categoriseert. De schaal bevat bijvoeglijke naamwoorden, waaronder "Good/Goed", "OK" en "Poor/Slecht" woorden die gebruikers associëren met de bruikbaarheid van een eindproduct. Ze vonden bijvoorbeeld dat scores boven 85 worden geassocieerd met 'Uitstekend'. "Goed" is voorbehouden voor scores net boven het gemiddelde op 71.

4. Aanvaardbaarheidsniveau

Zoals bij elke analyse, mag de SUS-score niet afzonderlijk worden gebruikt om absolute beoordelingen te maken over de 'geschiktheid' van een bepaald product. Factoren zoals het succespercentage en de aard van de fouten die werden waargenomen toen het systeem werd getest, zouden een grotere rol moeten spelen bij het bepalen van hoe bruikbaar een product is. Elke score dient met andere woorden binnen de context van zijn gebruik en setting te worden geïnterpreteerd. Dit gezegd zijnde lijkt de SUS toch een goede maat te zijn voor de ‘algemene bruikbaarheid’, in dezelfde uitgebreide analyse van Bangor et all bleek dat producten die op zijn minst redelijk bevonden worden, SUS-scores boven de 70 hebben (i.e waarden boven het gemiddelde). Producten met scores van minder dan 70 moeten worden beschouwd als kandidaten voor meer onderzoek en iteratie (i.e. ‘marginal’)

5. Net Promotor Score

Een belangrijke factor in het succes van een website is ‘positieve reclame’ die gebruikers maken voor het product. De NPS werd ontwikkeld in 2003 en bestaat uit een solitaire vraag die de bereidwilligheid om een product aan te raden aan een vriend bevraagt. Deze score werd ontwikkeld met als doel de klantloyaliteit te meten en bijgevolg een indicatie te krijgen van het groeipotentieel.[46] Analyse van data van 4662 respondenten toonde aan dat er een causaal verband is tussen SUS scores en NPS classificaties, een score van ≥81 komt overeen met een promotor classificatie.[43] Onze score van 75 brengt ons in een categorie van gebruikers die tevreden zijn met de website maar niet noodzakelijk actief reclame zullen maken, volgens wetenschappelijk onderzoek gefocust op de commerciële markt ten minste.

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 is ook belangrijk dat deze website aangepast wordt naargelang de noden van de Vlaamse huisartsen. Daarom is het belangrijk dat er een uitgebreide contextanalyse gebeurt bij Vlaamse huisartsen. Een verdere toetsing van de website in de huisartsencontext is essentieel. Enerzijds dienen nieuwe versies van de website getoetst te worden door gebruik te maken van geobjectiveerde schalen waardoor vergelijking met voorgaande versies mogelijk wordt (ie SUS vragenlijst). Anderzijds wordt getracht om actief feedback te verkrijgen tijdens het gebruik in de praktijk. Het expertisecentrum Dementie zal deze eerste taak op zich nemen. Het is ook belangrijk voldoende bekendheid te creëren van de website. Dit zou kunnen gebeuren door het aanbieden van een LOK-pakket waar de website wordt gedemonstreerd.

7. Discussie

Het opzet van dit werk was de richtlijn 'diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk' op een intuïtieve en gebruiksvriendelijke manier te implementeren. Zowel bij de jongere, als bij de oudere generaties verliest het gebruik van papieren richtlijnen aanhang omwille van: de uitgebreidheid, moeilijkheid om specifieke vragen snel te beantwoorden en de terugvindbaarheid van papierwerk. De huisartsendementie.be website poogt deze drempels te verlagen door huisartsen onbeperkt toegang te geven tot één portaal die heel wat informatie bundelt. Zoals meermaals aangehaald is er hierbij een grote rol weggelegd voor de logische structuur, praktische aanbevelingen en toegang tot de nieuwste expertise. Naast het implementeren van een zoekfunctie; werd eveneens gesuggereerd om de website op te laten nemen in de software pakketten en opleidingen te organiseren rond het gebruik van de website (LOKs, eLearnings, conferenties…) De informatie die op heden gepresenteerd wordt op de site dient misschien wat beknopter te zijn om vlot gebruik tijdens consulten toe te laten. Implementatie is een iteratief proces, er is nood aan een voortdurende updates en herhaaldelijke beoordelingen van de website, al dan niet met de SUS.

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 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 website huisartsendementie.be werd ontworpen om tegemoet te komen aan deze nood. Uit de focusgroepen blijkt dat deze website een meerwaarde kan bieden 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.

De website biedt een toegevoegde waarde, doordat het alle relevante informatie bundelt en zo 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. De structuur en lay-out van de website wordt door de meesten gezien als overzichtelijk en intuïtief. Een belangrijke kanttekening is dat de website eerst grondig moet doorlopen worden om haar echte waarde te ontdekken.

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. Nieuwe versies van de website kunnen getoetst worden door gebruik te maken van geobjectiveerde schalen, waardoor vergelijking met voorgaande versies mogelijk wordt (i.e. SUS vragenlijst). Anderzijds wordt getracht om actief feedback te verkrijgen tijdens het gebruik in de praktijk.

9. Referenties

1. De Lepeleire J, Gorissen H, Vermandere M, Schoenmakers B. Tijdige diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk. Bijblijven 2009; 25: 13-24.
2. Geactualiseerd dementieplan Vlaanderen 2016 – 2019 “Samen verderbouwen aan een dementievriendelijk Vlaanderen”. Brussel: Vlaamse Overheid; 2016.
3. Peters, S., Bussières, A., Depreitere, B., Vanholle, S., Cristens, J., Vermandere, M. and Thomas, A., 2020. Facilitating Guideline Implementation in Primary Health Care Practices. Journal of Primary Care & Community Health, 11, p.2.
4. Despriet D, Van de Putte E, Van Eecke H, Steyaert J, Schoenmakers B, De Lepeleire, J. Hoe handelt de Vlaamse huisarts bij dementie? [dissertation]. Leuven: K.U.Leuven; 2016.
5. Jennings AA, Lineha M, Foley T. The knowledge and attitudes of general practitioners to the assessment and management of pain in people with dementia. BMC Fam Pract 2018, 19 (1): 166.
6. Wangler J, Fellgiebel A, Jansky M. [Dementia Diagnosis in General Practitioner Care - Attitudes, Procedures and Challenges from the Perspective of General Practitioners in Rhineland-Palatinate]. Dtsch Med Wochenschr. 2018. 143(19): 165-171.
7. 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.
8. Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E et al. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. Age and ageing 2004, 33: 461-7.
9. 9. Dementia: WHO; 2016 Internet site WHO 2016. Beschikbaar via: https://www.who.int/news-room/fact-sheets
10. Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. Med. Care. 2001;39:II46–II54.
11. 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
12. Dyer SM, Laver K, Pond CD, Cumming RG, Whitehead C, Crotty M. Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia in Australia. Aust Fam Physician. 2016 Dec;45(12):884-889.
13. Flodgren G, Hall AM, Goulding L, Eccles MP, Grimshaw JM, Leng GC, Shepperd S. Tools developed and disseminated by guideline producers to promote the uptake of their guidelines. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Aug 22;(8):CD010669.
14. 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
15. (20) 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
16. 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.
17. Boaz A, Baeza J, Fraser A; European Implementation Score Collaborative Group (EIS). Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. BMC Res Notes. 2011;4:212. Published 2011 Jun 22. doi:10.1186/1756-0500-4-212
18. Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies--a synthesis of systematic review findings. J Eval Clin Pract. 2008 Oct;14(5):888-97.
19. Jennings AA, Boyle S, Foley T. The development and evaluation of an online dementia resource for primary care based health professionals. Internet Interv. 2018 Jan 16;11:47-52.
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 Jan 21;16:24.
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. Despriet D, Van de Putte E, Van Eecke H, Steyaert J, Schoenmakers B, De Lepeleire, J. Hoe handelt de Vlaamse huisarts bij dementie?. Leuven: K.U.Leuven; 2016.
23. B. Fervers, J.S. Burgers, M.C. Haugh, M. Brouwers, G. Browman, F. Cluzeau, T. Philip, Predictors of high quality clinical practice guidelines: examples in oncology, Int. J.Qual. Health Care 17 (2) (2005) 123–132.
24. J. Jeannot, F. Scherer, V. Pittet, B. Burnand, J. Vader, Use of the World Wide Web to Implement Clinical Practice Guidelines: a feasibility study, J. Med. Internet Res. 5 (2) (2003) e12.
25. [6] L. Casebeer, N. Bennett, R. Kristofco, A. Carillo, R. Centor, Physician Internet medical information seeking and online continuing education use patterns, J. Contin. Educ. Health Prof. 22 (1) (2002) 33–42.
26. Verhoeven F, Steehouder MF, Hendrix RM, van Gemert-Pijnen JE. Factors affecting health care workers' adoption of a website with infection control guidelines. Int J Med Inform. 2009 Oct;78(10):663-78. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2009.06.001. Epub 2009 Jul 4.
27. (23) Lee Younghwa, Kozar Kenneth A. Understanding of website usability: Specifying and measuring constructs and their relationships. Decision Support Systems. 2012;52(2):450–463.
28. (24) Horvath KJ, Ecklund AM, Hunt SL, Nelson TF, Toomey TLJ Med Internet Res. 2015 Jan 23; 17(1):e28.
29. (25) Gattoni F, Sicola C. How to evaluate the quality of health related websites. Radiol Med. 2005 Mar;109(3):280-7.
30. (26) Garett R, Chiu J, Zhang L, Young SD. A Literature Review: Website Design and User Engagement. Online J Commun Media Technol. 2016 Jul;6(3):1-14.
31. (27) Brooke J. SUS - A quick and dirty usability scale. 1996. Beschikbaar via: https://hell.meiert.org/core/pdf/sus.pdf. Geraadpleegd 8 augustus 2019

32. Aaron Bangor , Philip T. Kortum & James T. Miller (2008) An Empirical Evaluation of the System Usability Scale, Intl. Journal of Human–Computer Interaction, 24:6, 574-594
33. Sauro. J., & Lewis, J. (2011). When designing usability questionnaires, does it hurt to be positive? Proceedings of the Conference in Human Factors in Computing Systems (CHI 2011). Vancouver, BC, Canada: ACM.
34. Buntinx F, De Lepeleire J, Paquay L, Illife S, Schoenmakers B. Diagnosing dementia: No easy job. BMC Fam Pract 2011; 12: 60.
35. 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.
36. Vermandere M, Decloedt P, De Lepeleire J. Zorgdiagnose bij thuiswonende, dementerende patiënten. Een nieuw concept? Tijdschr Gerontol Geriatr 2012; 43: 25-32.
37. Focusgroep. Internet site KU LEUVEN Beschikbaar via: https://www.kuleuven.be/onderwijs/werken_opo/bevragingen/soorten/hearing. Geraadpleegd 2019 juli 25.
38. Dimitri Mortelmans. Handboek Kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven: Acco; 2013, 4de editie.
39. Paulus PB, Nijstad, B.A. Group creativity: Innovation through collaboration. New York: Oxford University Press; 2003.
40. 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.
41. Dierckx CB, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012; 49(3): 360-71.
42. Lewis J, Binomial confidence intervals for small sample usability studies. In: Ozok, A.F., Salvendy G. (Eds.) Advances in Applied Ergonomics: Proceedings of the 1st international Conference of Applied Ergonomics, pp. 732-737 (1996)
43. MeasuringU: 5 Ways to Interpret a SUS Score. Internet site Measuringu.com. 2019 [cited 8 August 2019]. Beschikbaar via:: https://measuringu.com/interpret-sus-score/. Geraadpleegd 8 augustus 2019.
44. Tullis T, Albert W. 2008. Measuring the User Experience: Collecting, Analyzing, and Presenting Usability Metrics. Morgan Kaufmann Publishers Inc., San Francisco, CA, USA.
45. Reichheld FF. The one number you need to grow. Harv Bus Rev. 2003 Dec;81(12):46-54, 124

10. Bijlagen

Bijlage 1: Informatiebrief

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 facilitatoren voor huisartsen 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 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)

Bijlage 2: Informed consent formulier

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:

Bijlage 3: Goedkeuring Ethisch Comité

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. 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 Leuven

Bijlage 4: Opbouw focusgroep

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 (zie bijlage) -> 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: Wat is de waarde van de website als informatiebron voor artsen?

i.Wat vind je van een website als medium om een richtlijn te gebruiken?
ii.Op welke manier maken jullie kennis met richtlijnen?
iii.Vinden jullie een website een waardevolle aanvulling op een papieren richtlijn?
iv.Vinden jullie deze website een meerwaarde tegenover de huidig beschikbare bronnen?
v.Wat is jullie indruk over de betrouwbaarheid van de website?
vi.Vinden jullie de gebruikte bronnen en referenties valide?
vii.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?

i.Wat moet er volgens jullie op een website over dementie staan?
ii.Vind je alle informatie terug die je nodig hebt?
iii.Welke informatie ontbreekt er?
iv.Is de informatie diepgaand genoeg?
v.Is de informatie concreet genoeg?
vi.Heb je iets bijgeleerd bij het raadplegen van de site?
vii.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?

i.Leent de website zich ertoe om on the spot te gebruiken tijdens een consult?
ii.Vinden jullie informatie makkelijk terug op de website?

1. Zo ja
2. Zo nee

iii.Is de website overzichtelijk?
iv.Is de website snel in gebruik?
v.Is de website efficiënt in gebruik?
vi.Wanneer/ via welk medium zouden jullie deze website gebruiken? Thuis/ in het cabinet/ op huisbezoek? Op smartphone/ Op vaste computer?
vii.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?

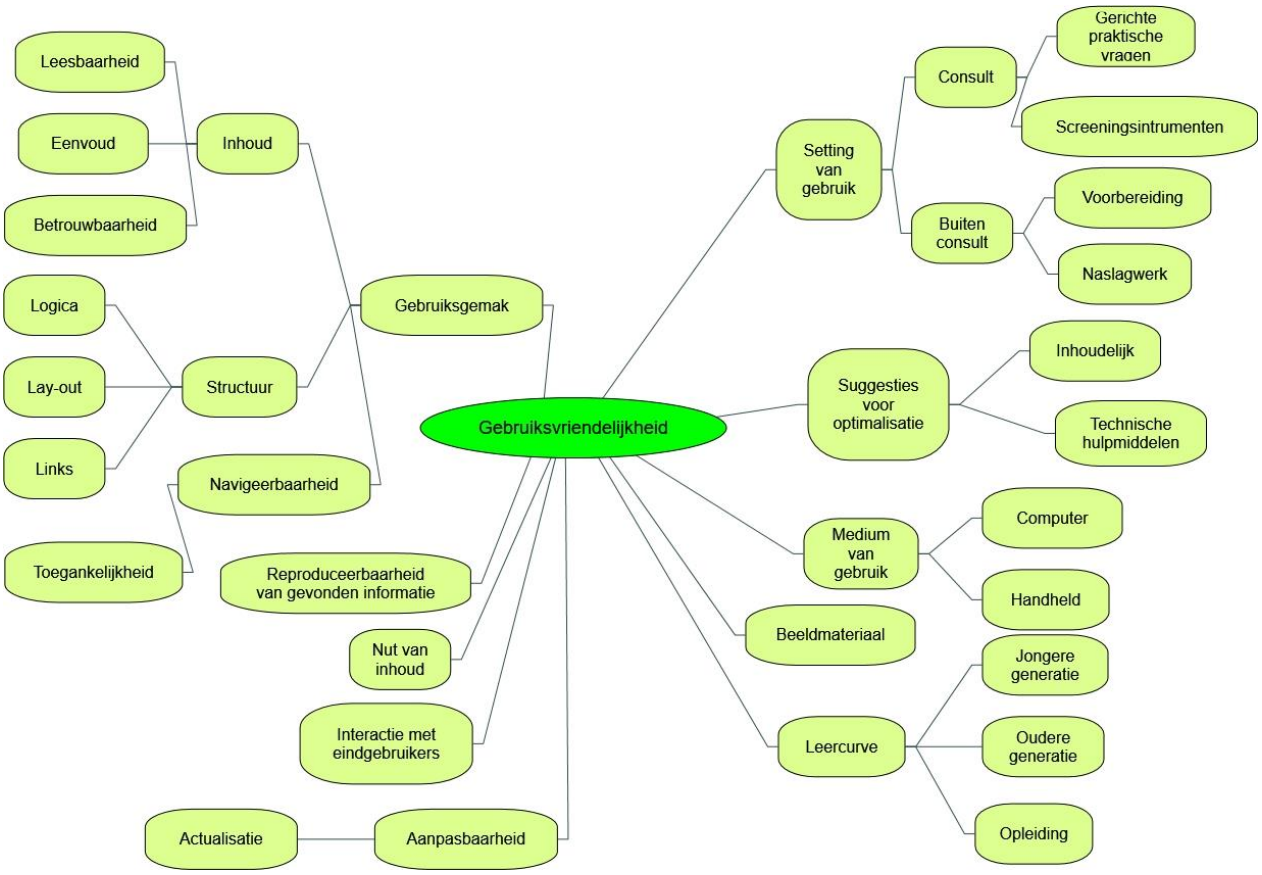
i.Vind je de website toegankelijk?
ii.Wat vind je van de domeinnaam?
iii.Hoe zou jij graag de website willen terugvinden?
iv.Is de informatie op de website begrijpelijk? (taal, grammatica)
v.Wat vinden jullie van de lay-out van de website?
vi.Moet de website toegankelijk zijn via het medisch dossier 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

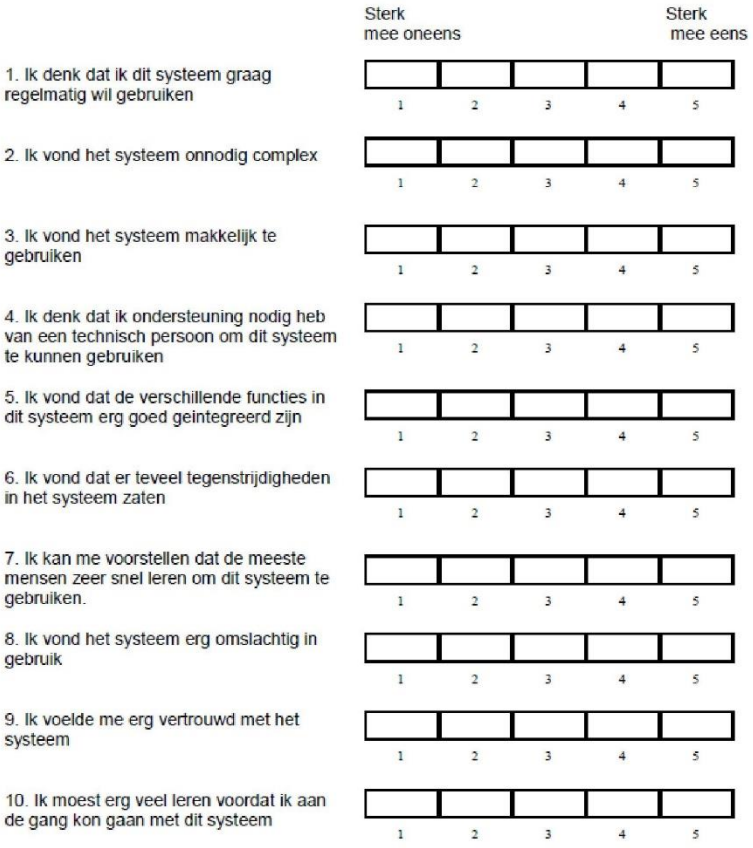
a. Samenvatting van de conclusies van de voorgaande sleutelvragen
b. Heb je nog suggesties over de website die tijdens de discussie niet werden besproken?

Bijlage 5: Codeboom gebruiksvriendelijkheid



Bijlage 6: SUS vragenlijst

System Usability Scale



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 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.