Evaluatie van het traject chronische zorgorganisatie, een coachingstraject binnen het SCUBY project

Boels Fien, Universiteit Antwerpen

Peeters Helena, Universiteit Antwerpen

Promotor: Van Olmen Josefien, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren: Danhieux Katrien, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2023

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Achtergrond

In de huidige maatschappij worden chronische aandoeningen steeds meer vastgesteld en is de vraag naar goede ondersteuning des te groter. De aanpak van deze groep patiënten vereist een andere aanpak in vergelijking met acute pathologie. De verschillende interventies binnen deze aanpak kunnen we onder de noemer plaatsen van geïntegreerde zorg of een 'integrated care package' (ICP). De implementatie van een dergelijke ICP loopt echter niet altijd vlot. Om het uitrollen van dergelijke ICP's te optimaliseren werd door SCUBY een coachingstraject opgestart.

Onderzoeksvraag

In deze thesis werd het coachingstraject, dat door SCUBY aangeboden wordt aan huisartsenpraktijken, geëvalueerd. Het traject bestaat uit vijf sessies met als doel de geïntegreerde zorg binnen de huisartsenpraktijk te verbeteren. De praktijken werden hierin begeleid door een team van coaches. De bedoeling van deze thesis was om te beoordelen of het coachingstraject haalbaar is binnen de context van een huisartsenpraktijk. Er werd gekeken of er een verandering was in het beeld van geïntegreerde zorg in de praktijk. Daarnaast werd het coachingstraject beoordeeld en werd er gezocht naar aanpassingen die nodig zijn om het op grotere schaal toe te passen.

Methode

Deze thesis is een kwalitatieve studie die uitgevoerd werd aan de hand van semigestructureerde interviews. In dit proefproject namen twee gelijkaardige groepspraktijken deel die gelegen zijn in het centrum van Antwerpen. Zij doorliepen eerst het volledige coachingstraject en werden vervolgens uitgenodigd om deel te nemen aan interviews in het kader van deze thesis. Deze interviews werden uitgeschreven door de twee hoofdonderzoekers en werden daarna verwerkt met behulp van NVIVO.

Resultaten

Over het algemeen werd in de interviews weergegeven dat geïntegreerde zorg erg belangrijk is, maar dat het voor het doorlopen van de coaching zeker nog niet op punt stond. Tijd kwam naar voor als het grootste struikelblok om aan geïntegreerde zorg te doen, maar ook om ze te verbeteren. De deelnemers vonden dat het coachingstraject hen aan het denken heeft gezet en dat dit ook een duw in de rug gegeven heeft om te gaan zoeken waar verandering nodig en mogelijk was. Er werd door verschillende deelnemers aangegeven dat de manier waarop de eerste coaching sessie verliep toch wel erg theoretisch was en zouden dit graag op een meer tijdefficiënte manier zien gebeuren. Een sterk punt werd gezien in de externe controle die uitgevoerd werd door de coachen en de tools die aangereikt werden om hen te helpen aanpassing door te voeren. Een tekortkoming van deze coaching was de meer praktische ondersteuning, quasi alle deelnemers hadden verwacht dat er een soort protocol meegegeven zou worden.

Conclusie

Uit deze thesis blijkt dat een coachingstraject binnen de huisartspraktijk zeker welkom is. Er zijn echter een aantal belangrijke dingen om rekening mee te houden zodat het ook praktisch haalbaar wordt. De hoop is dat de groep van coaches betrokken bij het SCUBY project met deze resultaten aan de slag kan om op die manier een nog efficiëntere coaching aan te bieden aan verschillende praktijken of zelfs op grote schaal. Op die manier kunnen we hopelijk ons steentje bijdragen aan een verbeterde geïntegreerde zorg binnen België.

Inhoudsopgave

Abstract ... 3
Literatuurstudie ... 6
Inleiding ... 8
Achtergrond ... *8*
Het coachingstraject ... *10*
Onderzoeksvragen ... *12*
Methode ... 13
Studie design ... *13*
Studie populatie ... *13*
Datacollectie ... *13*
Analyse ... *14*
Resultaten ... 15
Visie op geïntegreerde zorg ... *15*
Ervaringen coachingstraject ... *16*
Belemmeringen en facilitatoren ... *17*
Discussie ... 20
Conclusie ... 24
Dankwoord ... 25
Referenties ... 26
Bijlage 1: Interview guide ... 28
Bijlage 2: Codeboom ... 31
Bijlage 3: Persoonlijke reflectie Fien Boels ... 32
Bijlage 4: Persoonlijke reflectie Helena Peeters ... 35
Bijlage 5: Aanvraag ethisch comité ... 37
Bijlage 6: Goedkeuring ethisch comité ... 46

Literatuurstudie

De laatste decennia is de gemiddelde levensverwachting in de meeste Europese landen sterk toegenomen. Specifiek in België zien we een stijging van een levensverwachting van gemiddeld 76 jaar in 1990 tegenover 81,4 jaar in 2017 (1). Met deze algemeen oudere leeftijdsverwachtingen zien we ook een stijging in de incidentie van chronische aandoeningen. Onder de chronische aandoeningen hebben de silent killers Diabetes mellitus type 2 (DM2) en hypertensie een groot aandeel. In 2020 bedroeg de prevalentie van diabetes in België 6,6% (2). Deze prevalentie gaat over de verschillende types van diabetes, 90 tot 95% hiervan bedraagt T2D (3). Dit prevalentiecijfer is waarschijnlijk een onderschatting van de reële prevalentie. Dit is te wijten aan het feit dat er geen register bestaat voor de prevalentie en behandeling van diabetes, maar vooral aan de gebrekkige actieve opsporing waardoor veel patiënten onder de radar blijven. Beide aandoeningen hebben ook een gelijkaardig risicoprofiel waardoor patiënten vaak lijden aan combinaties van beide aandoeningen en de voorlopers. Tussen 66-76% van de patiënten met DM2 zullen ook hypertensie vertonen (4). Beide aandoeningen, al dan niet in combinatie, zorgen voor een grote impact op de gezondheidszorg en op de levenskwaliteit van de betrokken patiënten. Op lange termijn kunnen deze aandoeningen grote gevolgen hebben op de gezondheidskwaliteit van de patiënt. Studies tonen aan dat de combinatie van DM2 en hypertensie het risico of morbiditeit en mortaliteit sterk verhogen. Dit risico is nog hoger wanneer we spreken over ongecontroleerde hypertensie (5). In de praktijk worden deze aandoeningen echt te vaak apart bekeken en als twee aparte aandoeningen behandeld. Uit meerdere onderzoeken kunnen we concluderen dat het noodzakelijk is om zo vroeg mogelijk in het ziektebeeld de patiënten te identificeren en de behandeling te starten (5). Nadien is het van groot belang dat deze patiënten ook goed worden opgevolgd en dat hun aandoening onder controle is.

Zowel DM2 als hypertensie oefenen een enorm druk uit op de huidige gezondheidszorg. Zowel op persoonlijk, maatschappelijk als financieel vlak. Voor beide aandoeningen is het noodzakelijk in te zetten op overkoepelende patiëntgerichte aanpak met interventies op verschillende vlakken. De verschillende interventies samen kunnen we onder de noemer plaatsen van geïntegreerde zorg of een ‘integrated care package’ (ICP). ICP kan op verschillende niveaus bekeken worden. Vaak gebeurt dit enkel op de medische kant, maar de link kan ook gelegd worden met socio-economische zorg. NHS England heeft volgende definitie voor geïntegreerde zorg: “person-centered, coordinated, and tailored to the needs and preferences of the individual, their carer and family. It means moving away from episodic care to a more holistic approach to health, care and support needs, that puts the needs and experience of people at the center of how services are organized and delivered.” (6).
Als een dergelijk ICP volledig geïmplementeerd wordt in het gezondheidssysteem, zal deze leiden tot verbeterde zorg en verbeterde gezondheidsuitkomst voor de patiënten (7). De implementatie van een dergelijke ICP loopt echter niet altijd vlot. In België zullen vaak de kwetsbare groepen

zoals ouderen of patiënten uit een lagere socio-economische groep slecht of helemaal niet bereikt worden met het ICP (8).

De laatste jaren is er veel tijd en aandacht besteed aan de zoektocht om het ICP en de implementatie ervan te verbeteren. Om uit te zoeken in welke mate het ICP werkt in de praktijk moet deze gemeten en geëvalueerd worden aan de hand van een tool. Wereldwijd bestaan er meer dan 100 afzonderlijke tools om soortgelijke metingen uit te voeren (9). Vaak zijn deze tools eerder toegespitst om een bepaald onderdeel van ICP en maar enkele kijken naar de globale integratie. De tools gebruiken meestal een vragenlijst die peilt naar de coördinatie van zorg, patiëntparticipatie en de doeltreffendheid van het zorgteam (9). Echter op vlak van onder andere de allocatie van middelen en werking van informatica bestaan er weinig tools die hiernaar peilen. Een aspect dat vaak vergeten wordt bij de evaluatie van chronische zorg en de implementatie hiervan, is de evaluatie van de ervaring van de patiënt (10). De onrechtstreekse ervaring wordt vaak enkel door de arts beoordeeld en geëvalueerd, maar een aanpassing met inclusie van de patiënten zou een meerwaarde zijn voor de tools.
Het succes van het implementeren van bepaalde zorg ligt vaak in het creëren van een continu proces van vooruitgang en reflectie op deze vooruitgang (11). Hierbij mag zeker ook haalbaarheid van de aanpassing niet vergeten worden, om de verandering consequent te kunnen blijven doorzetten.
In de toekomst kunnen de tools verder uitgewerkt worden met duidelijkere afspraken over het belang van elk individueel domein en de specifieke manier om de outcome ervan te meten. Alleen zo kan het effect van de interventie optimaal worden geëvalueerd. Een van de bestaande tools die gebruikt wordt om ICP te evalueren is de “Assessment of Chronic Illness Care” (ACIC) tool (12), welke zal gebruikt worden in ons project. De ACIC vragenlijst helpt een team te reflecteren over de globale integratie. Zo probeert men een consensus te bekomen over de eventuele veranderingen voor chronische zorg op zoveel mogelijk verschillende vlakken.

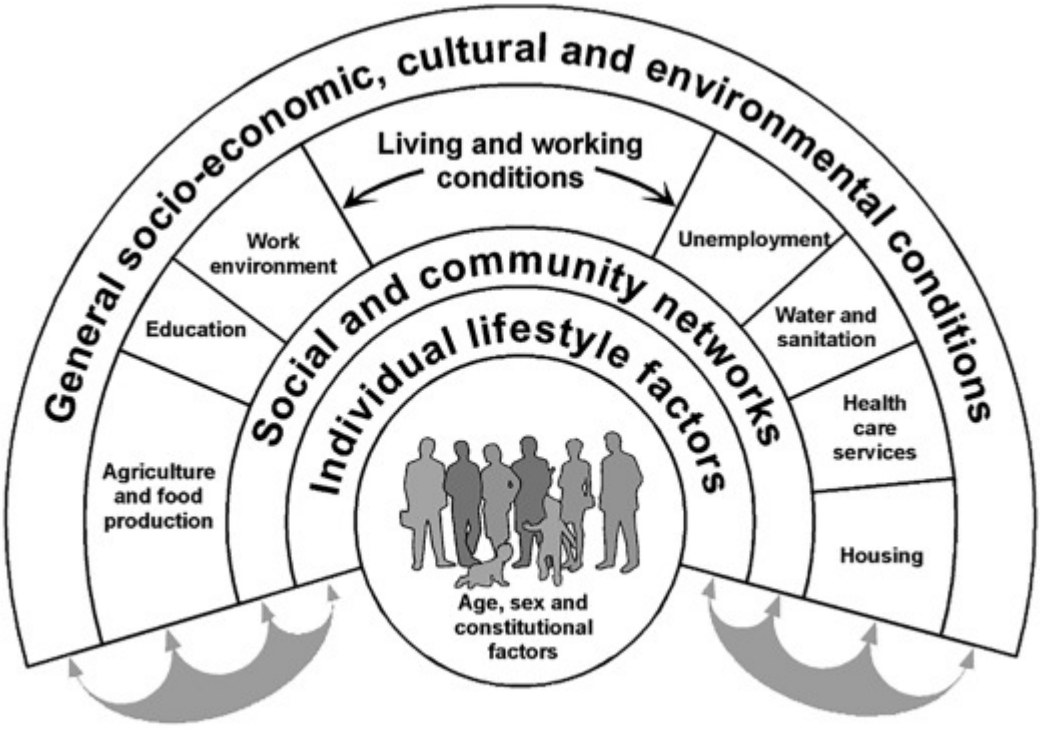
Op het moment van de literatuurstudie was het nog niet volledig duidelijk in welke richting de masterproef ging evolueren. Om deze reden hebben we besloten om ons toe te spitsen op de situatie omtrent geïntegreerde zorg en welke methodes beschreven staan in de literatuur om deze te meten,

Inleiding

Achtergrond

Wereldwijd blijft de prevalentie van chronische aandoeningen, waaronder bijvoorbeeld Type 2 Diabetes (T2D), Arteriële Hypertensie, chronische luchtwegaandoeningen en artrose, een probleem vormen. Sciensano voert elke 5 jaar een grote Belgische bevolkingsenquête uit, in 2018 meldde 29% van de bevolking ouder dan 15 jaar te lijden aan een chronische ziekte (1). In 2020 bedroeg de prevalentie van diabetes in België 6,6% (2). Deze prevalentie gaat over de verschillende types van diabetes, 90 tot 95% hiervan bedraagt T2D (3). Dit prevalentiecijfer is waarschijnlijk een onderschatting van de reële prevalentie. Dit is te wijten aan het feit dat er geen register bestaat voor de prevalentie en behandeling van diabetes, maar vooral aan de gebrekkige actieve opsporing waardoor veel patiënten onder de radar blijven. Uit het Belgische gezondheidsonderzoek uit 2018 blijkt dat 37% van de mensen met diabetes niet weten dat ze de ziekte hebben (2).

De prevalentie van T2D, net zoals de andere chronische aandoeningen, blijft elk jaar ook wereldwijd stijgen. Aan de basis van deze shift liggen de algemene veroudering van de bevolking en de verandering in epidemiologische patronen die veroorzaakt wordt door meerdere factoren. De verschillende factoren en hun impact kunnen we verder bekijken in het regenboogmodel van geïntegreerde zorg van Dalhgren en Whitehead (13) *(zie figuur 1).*
In de regenboog zijn 4 grote lagen terug te vinden: algemene socio-economische, culturele en ecologische omstandigheden vormen de buitenste laag. Verder gevolgd door leef- en werkomstandigheden waaronder we bijvoorbeeld werkloosheid, onderwijs en huisvesting terugvinden. De derde schil spits zich eerder toe op het sociale en “community network”. De laatste schil zal zich focussen op de individuele levensstijlfactoren. Centraal vinden we nog het individu terug, met bepaalde aangeboren eigenschappen die voor het grootste deel vaststaan, zoals leeftijd en geslacht. De 4 verschillende lagen met het centrale punt hangen wel met elkaar samen en de verschillende determinanten zullen op elkaar een invloed kunnen uitoefenen. Elk niveau apart kan positief of negatief beïnvloed worden door bijvoorbeeld een verandering in beleid. Deze invloed kan op zijn beurt ook weer een verandering veroorzaken op de andere niveaus.
In het kader van de stijgende prevalentie van de chronische aandoeningen heeft de groeiende verstedelijking, die we eerder in de twee buitenste lagen terugvinden, zeker een invloed op de stijgende prevalentie (14). Verstedelijking is een factor die op populatieniveau bekeken moet worden en niet op persoonlijk niveau (15). Het effect van deze factoren wordt nog groter in de bevolking met een lage sociaal-economische status (16). In het kader van verbetering van de toestand rond T2D zal het belangrijk zijn dat er naar elk niveau gekeken wordt, dat elk niveau een aparte aanpak vereist en dat er op elk niveau wijzigingen optreden.



Figuur 1. Regenboogmodel van Dalhgren en Whitehead

Naast Type 2 Diabetes is hypertensie een belangrijke, vaak voorkomende, chronische aandoening. In de Belgische gezondheidsenquête van 2018 gaf 17,6% van de bevolking aan dat zij in het afgelopen jaar minstens één episode van hypertensie hadden. In 1997 lag deze prevalentie nog op 10.9%, we zien ook hier dus een belangrijke toename (1). Vermoedelijk ligt ook dit cijfer lager dan de effectieve prevalentie aangezien niet iedereen systematisch zijn bloeddruk controleert.

In de huidige maatschappij worden chronische aandoeningen steeds meer vastgesteld en is de vraag naar goede ondersteuning des te groter. De aanpak van deze groep patiënten vereist een andere aanpak in vergelijking met acute pathologie. Bij acute zorg kan er op korte tijd geschakeld worden om de patiënt op relatief korte termijn van zijn problematiek te verhelpen. Chronische zorg vraagt om een meer overkoepelende aanpak (17). Het gaat hier niet over eenmalige zorg maar er moet een continue zorg gegeven en verzekerd worden. Chronische aandoeningen kennen vaker dan acute zorg een sluimerend begin zonder uitgesproken klachten. Risicopatiënten moeten dus vroegtijdig opgespoord worden door middel van screening om zo een correcte diagnose te krijgen. Bij chronische zorg is er ook minder focus op het volledig verhelpen of genezen van de aandoening maar willen we de aandoening onder controle krijgen. De patiënt moet mee in het verhaal stappen en moet regelmatig gecontroleerd en aangespoord worden om de aandoening onder controle te houden (18). Patiënten ontvangen veel informatie over hun aandoeningen onder de vorm van gezondheidseducatie en zelfmanagement. Tijdens al deze stappen van chronische zorg is er het risico dat het fout kan lopen en de aandoening niet of

onvoldoende gecontroleerd wordt. Suboptimale zorg zal leiden tot een grotere populatie met vroegtijdige complicaties en een hogere kost. Om dit traject van chronische zorg in goede banen te leiden en te optimaliseren is een goede samenwerking tussen de verschillende gezondheidsprofessionals cruciaal. De verschillende interventies samen kunnen we onder de noemer plaatsen van geïntegreerde zorg of een 'integrated care package' (ICP). Indien deze ICP volledig geïmplementeerd is in het gezondheidssysteem, zal deze leiden tot verbeterde zorg en verbeterde gezondheidsuitkomst voor de patiënten (7).

De implementatie van een dergelijke ICP loopt echter niet altijd vlot. In de chronische zorg zullen vaak de kwetsbare groepen zoals ouderen of patiënten uit een lagere socio-economische groep slecht of helemaal niet bereikt worden met het ICP. Bij hen is de zorg vaak meer gefragmenteerd, wat zorgt voor een minder goede samenhang en opvolging (19). In 2019 werd in dit kader het SCUBY (SCale Up diaBetes en hYpertension care) traject opgestart. SCUBY is een overkoepelend project tussen België, Cambodja en Slovenië. De bedoeling van het project is om een roadmap te ontwikkelen zodat op basis daarvan de ICP opgeschaald kan worden. Het SCUBY project bestaat uit drie fases: een formatieve fase waarbij een begintoestand bepaald wordt aan de hand van een meting, een interventie fase waarbij een strategie voor het opschalen bedacht en ook geïmplementeerd wordt en als laatste een evaluatiefase waarbij de beginmeting herhaald wordt om het effect van het traject te bepalen (20). Tijdens de eerste fase heeft SCUBY in België de implementatie gemeten in verschillende praktijken. Na deze meting werd duidelijk dat de praktijken in het algemeen niet goed scoren op ACIC en dat de algemene organisatie van de praktijken wat betreft chronische aandoeningen niet altijd vlot verliep. Tijdens de tweede fase wordt de focus gelegd op coaching van de praktijken. Er wordt gekeken naar de individuele noden per praktijk en hun pijnpunten. Op basis hiervan worden er verbeterpunten geïdentificeerd, vervolgens kan er systematisch tijdens de coachingsessies gewerkt worden naar een verbeterde praktijk structuur. Hierin gaat het om de geïntegreerde zorg wat betreft chronische aandoeningen, er wordt gedurende dit coaching traject niet specifiek gefocust op Type 2 Diabetes en hypertensie.

Het coachingstraject

Het coachingstraject bestaat uit vijf sessies die elk 1,5 uur duren en die in principe lopen over een periode van 6 maanden, dit afhankelijk van wanneer de sessies exact gepland kunnen worden. Bij het inplannen werd er rekening gehouden met het feit dat zoveel mogelijk deelnemers per praktijk aanwezig konden zijn om het gehele proces te volgen om zo het effect van het traject te optimaliseren. Aan de hand van het ADKAR systeem werd een traject opgesteld om de praktijken te ondersteunen in hun evolutie. Het ADKAR systeem is een acroniem voor 5 stappen die men kan gebruiken om langdurige verandering te implementeren: Awareness (het besef van de nood tot verandering), Desire (de wil om te veranderen), Knowledge (de kennis om te veranderen), Ability (de bekwaamheid om te veranderen) en Reinforcement (langdurige verandering behouden) (21).
Het uiteindelijke doel van het gehele traject was om vooruitgang te boeken op het gehele plaatje. Het ging niet enkel over één bepaalde implementatie in de praktijk. Het doel was om de gedachtegang van de praktijk in gang te zetten. Zowel de bewustwording van de noodzaak tot

verandering in de praktijk (awareness) en de wil om de verandering te implementeren (desire), alsook de ondersteuning in het maken van deze veranderingen.

Hieronder volgt een korte uitleg bij elk van de sessies. Deze informatie werd ons bezorgd door de onderzoekers die het coachingstraject hebben opgesteld en uitgevoerd.

In sessie één wordt aan de hand van de ACIC vragenlijst gemeten in hoeverre de praktijk op dat moment al aan geïntegreerde zorg doet en daarnaast ook hoe de praktijk over geïntegreerde zorg denkt. De deelnemers vullen deze vragenlijst in en bespreken met het team de verschillende antwoorden tot er consensus over het huidige beeld binnen de praktijk ontstaat. Vervolgens worden de resultaten uitgezet op een spinnenweb, aan de hand hiervan kan de huidige situatie binnen de praktijk vergeleken worden met andere praktijken. Dit alles gebeurt onder begeleiding van een coach die betrokken is bij het SCUBY project.

In sessie twee wordt het spinnenweb dat door de praktijk gevormd is, gebruikt als basis. Men gaat kijken of iedereen zich kan vinden in de uitkomsten. Men kijkt ook meer praktisch naar wat er al goed gaat en waar nog verbetering mogelijk is. Op basis hiervan wordt er gekeken waar de praktijk net naartoe wil, wat ze willen veranderen. Dit alles gebeurt aan de hand van de vier D's: 'Discovery (Wat gaat er nu al goed?), Dream (Waar willen we naartoe?) Design (Hoe gaan we dit aanpakken?), Destiny (Hoe gaan we de veranderingen behouden?). Omdat men focust op de vier D's, gaat men uit van voorgaande succesverhalen, dit is een appreciative inquiry methode en wordt gebruikt om niet in de eerste plaats vanuit problemen te gaan kijken naar een intervisie (22). Hier wordt er net gefocust op de positieve punten en op die manier gaan mensen net sneller mogelijkheden zien in de plaats van obstakels. Op het einde van deze sessie krijgen de deelnemende praktijken ook een aantal tools die zouden kunnen helpen om hun uiteindelijke doel te bereiken.

In sessie drie draait het om het opstellen van een actieplan. Men vertrekt hier vanuit het einddoel dat de praktijk wil bereiken en op welk tijdstip ze dit wensen. Van daaruit wordt er gekeken naar welke tussenstappen op welke momenten behaald moeten worden. Uiteraard wordt het doel en het eigenlijke plan gebaseerd op de uitkomsten van de twee voorgaande sessies.

Sessie vier bestaat uit een tussentijdse evaluatie en ondersteuning van de groep. Op dat moment wordt vooral even gekeken hoe het project tot dan toe loopt. De invulling van deze sessie is afhankelijk van de vragen die komen vanuit de groep.

De laatste sessie vindt 6 maanden later plaats, dit is een evaluatiesessie. Het komt erop neer dat er opnieuw gekeken wordt naar de ACIC vragenlijst en of deze gewijzigd is ten opzichte van de eerste sessie. Men gaat kijken naar de doelstellingen die bereikt zijn en of deze ook vol te houden zijn in de praktijk. Er wordt bepaald in welke mate men hier op praktijkniveau mee verder gaat of dat men toch nog aanpassingen aanbrengt.

Onderzoeksvragen

1) Verandert de visie op geïntegreerde zorg binnen de onderzoekspraktijken na het doorlopen van het coachingstraject aangeboden door SCUBY?
2) Hoe ervaren de deelnemers binnen de onderzoekspraktijken het doorlopen van het coachingstraject?
3) Wat zijn de belemmeringen en facilitatoren voor het doorlopen van de interventie?

Door de beantwoording van deze vragen kunnen deze sessies verder ontwikkeld worden in de hoop deze te implementeren in verschillende praktijken.

Methode

Studie design

Deze thesis is een kwalitatieve studie waarin werd gekeken naar de implementatie van het hierboven beschreven coachingstraject. Het ging hier in de eerste plaats niet om de resultaten van het traject, maar vooral om hoe de deelnemers het project beleefd hebben en of het een haalbaar project was binnen de huisartsenpraktijk. Om een zo volledig mogelijk beeld te creëren, maakten we gebruik van interviews met open vragen.

Studie populatie

Voor de opstart van het coaching traject werden twee praktijken uitgekozen. Het betreft twee groepspraktijken in Antwerpen met een gelijkaardige patiëntenpopulatie. De populatie van de praktijken is op verschillende vlakken divers. Zowel de verschillende leeftijdsgroepen als ook acute en chronische zorg worden vertegenwoordigd. Beide praktijken bevinden zich in een multiculturele stadsregio waardoor ook verschillende socio-economische niveaus vertegenwoordigd zijn. De eerste praktijk omvat 5 vaste huisartsen en 2 HAIO's (HuisArts In Opleiding), ondersteund door 2 secretariaatsmedewerkers. In de tweede praktijk werken 3 vaste huisartsen, 1 vervangarts en 1 HAIO. Zij worden verder ondersteund door een verpleegkundige die ook de administratieve taken op zich neemt.

Datacollectie

Interviews met de deelnemers werden steeds geleid door een van de twee hoofdonderzoekers (FB en HP). Dit gebeurde aan de hand van een interviewguide, die werd opgesteld door de hoofdonderzoekers, ondersteund door SDB, EK en KD (zie bijlage). De interviewguide werd opgesteld aan de hand van het ADKAR principe, aangezien ook het coachingstraject volgens dit principe was opgebouwd. De link met de verschillende onderzoeksvragen is ook terug te vinden in dit principe. Zo peilen we bij de Awareness en de Desire naar een antwoord op de voorgaande en zo mogelijk veranderde visie in de praktijk. Met de vragen rond Knowledge en Ability peilen we naar de verschillende struikelblokken en facilitatoren binnen de praktijk. De algemene ervaring van de deelnemers werd ook nog apart bevraagd. Bepaalde zaken die mogelijks gemist of net als waardevol aanzien werden binnen het coachingstraject worden ook nog bevraagd binnen het onderdeel Knowledge. Het onderdeel dat betrekking heeft tot de Reinforcement gaat eerder over de haalbaarheid van de gestelde veranderingen binnen de praktijk en het volhouden hiervan, dit valt buiten de scope van deze thesis.

Als eerste gingen de hoofdonderzoekers aan de slag om deze interviewguide op te stellen. Vervolgens werd deze ruwe versie voorzien van aanvullingen en feedback door SDB en KD. Op basis van hun input zijn FB en HP opnieuw aan de slag gegaan om de uiteindelijke interview guide te finaliseren. In de verschillende vragen werd gepeild naar hoe de deelnemers keken naar chronische zorg en hoe deze visie eventueel was veranderd door het coachingstraject. De

interviews werden opgenomen, achteraf uitgeschreven en onafhankelijk geanalyseerd door de hoofdonderzoekers. Gemiddeld namen de interviews 24,4 minuten in beslag.

Het was initieel de bedoeling dat de interviews in de beide praktijken afgenomen zouden worden door de twee hoofdonderzoekers samen. Echter één van de onderzoekers (HP) was gedurende het project werkzaam in praktijk 2. Om bias te voorkomen werd beslist om de interviews in elke praktijk uit te voeren door slechts één van de twee onderzoekers. HP nam de interviews af in praktijk 1. Zij werd hierbij ondersteund door SDB, een onderzoeker met ervaring in kwalitatieve interviews die mee de vragenlijst had opgebouwd. De interviews van praktijk 1 werden uitgeschreven door FB. In praktijk 2 werden de interviews afgenomen door FB, het uitschrijven ervan werd gedaan door HP. Er werd in beide praktijken meerdere keren langs gegaan om de verschillende interviews uit te voeren.

Analyse

Voor de verwerking van de resultaten werd gebruik gemaakt van NVivo (versie 1.6.2). Alle uitgeschreven interviews werden hierin ingeladen. Er werd afgesproken de codering te maken op basis van de interview guide die gebruikt werd. Vervolgens werd er in verschillende stappen gewerkt, HP ging als eerste door alle interviews en gaf coderingen aan. Vervolgens werd het volledige document doorgegeven en ging FB door alle interviews, zij voegde nog een laatste code toe en duidde in alle artikels nog extra gegevens aan per code. Als laatste hebben HP en FB samen alle artikels en coderingen opnieuw bekeken tot er consensus werd bekomen. In bijlage twee wordt de codeboom weergegeven met hierin de verschillende codes en hun verklaring.

Vervolgens werd een sessie ingelegd samen met KD en EK, twee van de coaches binnen het coachingstraject. Samen met hen werden de resultaten uit de interviews overlopen. De conclusies die getrokken konden worden uit de interviews werden samen geïnterpreteerd. Daarnaast werd er ook overlegd over aanpassingen die mogelijk nuttig zouden kunnen zijn binnen het project in de toekomst.

Aangezien de samenstelling en ligging van de twee praktijken sterk op elkaar lijken, werd er besloten beide praktijken samen te bespreken in de resultaten. Er werd een nummering gegeven aan alle interviews, die gebaseerd is op de chronologie waarin zij werden afgenomen.

Resultaten

In het totaal namen in praktijk 1 zeven mensen deel aan het coachingstraject, het ging hier om allemaal artsen. Hier werden zes interviews afgenomen, twee van de deelnemers hier namen enkel deel aan de laatste sessie. De enige persoon die uiteindelijk niet geïnterviewd werd, was de HAIO die wel het volledige traject gevolgd had maar niet meer in de praktijk aanwezig was op het moment van onze interviews.
In praktijk 2 namen in totaal zes mensen deel aan het coachingstraject: vijf artsen en één verpleegkundige die ook administratieve taken doet. Hier werden vier interviews afgenomen. Twee artsen werden niet geïnterviewd: een arts die met zwangerschapsverlof was op het moment van de interviews en HP, een van de hoofdonderzoekers in dit project, om zo een mogelijke bias te voorkomen in de resultaten (zie tabel 1).

	PRAKTIJK 1		**PRAKTIJK 2**	
ROL	Arts	Verpleegkundige /Administratief medewerker	Arts	Verpleegkundige /Administratief medewerker
TRAJECT GEVOLGD	7	0	5	1
INTERVIEW AFGENOMEN	6	0	3	1

Tabel 1. Deelnemers

Visie op geïntegreerde zorg

‘Dat dat iets heel waardevol kan zijn, en dan we er ook wel meer en meer naartoe moeten gaan. Maar dat je voelt dat je dat alleen in het kabinet toch wel moeilijk kunt bewerkstelligen’ (Over geïntegreerde zorg, Interview 6, Arts)

‘Eigenlijk is het iets dat zo nodig is in de huisartsgeneeskunde en tegelijkertijd vraagt de aanpak uren en tijd...’ (Over geïntegreerde zorg, Interview 4, Arts)

De algemene trend in de interviews bij de start van het traject was dat men duidelijk wel open stond voor het concept van geïntegreerde zorg maar dat het zeker nog niet op punt stond. Het belang van geïntegreerde zorg voor de correcte en betere zorg voor patiënten was duidelijk, maar het praktisch implementeren in de dagdagelijkse praktijk vormt een struikelblok. De deelnemers wisten al langer dat de huidige manier van werken niet ideaal was. De geplande chronische zorg kwam door een waaier aan problemen vaak op een tweede plaats terecht. Patiënten komen niet telkens voor hun chronische problematiek op consultatie, maar voor een acute vraag of probleem waar ze hulp bij nodig hebben. Ook voor de patiënten komt de chronische problematiek dan,

tijdelijk, op de tweede plaats terecht. De deelnemers merkten dat deze manier van consulteren niet de ideale vorm was, maar hier verandering in brengen was voor hen moeilijker. Ze vonden dat het coachingstraject algemeen hun aan het werk heeft gezet om bewust stil te staan bij hun praktijkwerking en waar eventueel verandering nodig was.

'Geneeskunde evolueert ook. We doen dat misschien iets te weinig en daar ben ik wel van overtuigd dat het beter is. Dat project heeft er wel voor gezorgd dat we ermee bezig zijn (evalueren) en dat dat een verbetering heeft gebracht.' (Visie op geïntegreerde zorg na het coachingstraject, Interview 7, Arts)

'Voor mij is het voornamelijk dat het iets gezaaid heeft en het is nog aan het doorsijpelen.' (Visie op geïntegreerde zorg na het coachingstraject, Interview 1, Arts)

Ervaringen coachingstraject

"Ik denk dat zo'n traject wel echt een duw in de rug was om eraan te beginnen" (interview 8, verpleegkundige)

In de eerste twee sessies van het traject werd er gepeild naar de huidige visie op geïntegreerde zorg in de praktijk en hoe het er momenteel al aan toe ging. Tijdens de eerste coachingssessie werd hiervoor de ACIC vragenlijst ingevuld. Deze vragenlijst werd omschreven als zeer uitgebreid, erg theoretisch en misschien wel te gedetailleerd om op een efficiënte manier te gebruiken. De deelnemers zagen wel dat dit in studieverband en op academisch niveau zijn nut kon hebben, maar binnen de coaching hadden ze het toch graag wat praktischer gezien. Verschillende deelnemers opperden tijdens hun interview om gebruik te maken van een andere tool of een ingekorte vragenlijst. Daarnaast werd ook de vraag gesteld of het een grote meerwaarde heeft om mensen die hier niet in getraind zijn een dergelijke vragenlijst te laten invullen over hun eigen praktijk. Er werd opgemerkt dat het invullen van deze vragenlijst een subjectief gegeven is en dat er verschillende vragen voor interpretatie vatbaar waren. Op die manier vroeg het ook een uitgebreid overleg om vaak toch tot de conclusie te komen dat er consensus bestond over een bepaalde vraag, maar dat verschillende personen ze op een verschillende manier geïnterpreteerd hadden.

"Het voordeel is dat je ergens een deadline hebt waar je naartoe moet werken. We wisten: dan gaan ze komen dus … We doen wel een keer in de week vergadering, maar je merkt dat je eigenlijk echt bepaalde momenten gaat moeten vastleggen om zo'n dingen te doen of er deadlines in te steken." (Interview 2, arts)

Een sterke factor van het coachingstraject die werd aangehaald door de deelnemers was de externe druk of controle die werd ervaren. Om tot een werkelijke verandering te komen en een evolutie door te maken, was de regelmatige terugkomst van het coachingsteam voor hen van groot belang. Bij elke sessie werden ze als het ware verplicht om even stil te staan bij de huidige

situatie en welke evolutie ze al hadden gemaakt. Dit maakte dat het project vastgehouden werd. Aangezien het coachingstraject een start was om bepaalde aanpassingen uit te voeren in het handelen in de praktijk, lijkt het de deelnemers ook belangrijk dat er een bepaalde opvolging is. Om de lijn van reflectie over het eigen handelen door te trekken, is een reflectie na bijvoorbeeld 6 tot 12 maanden belangrijk. Bepaalde afwijkingen van het vooropgestelde plan die erin gekropen zijn door terug in het oude ritme te hervallen, kunnen zo rechtgezet worden.

“Waarom moet nu elke praktijk die zo’n chronische zorg traject wil uitbouwen, opnieuw het warm water gaan uitvinden als er protocollen voor handen zijn en bestaan” (Interview 10, arts)

In bijna alle interviews vermelden de deelnemers de nood tot extra praktische ondersteuning. Als we het gebrek aan tijd in achting nemen, misten de deelnemers een meer “ready to use” plan of leidraad. Beide praktijken kozen toevallig voor diabetes als chronische aandoening waar ze tijdens dit traject mee aan de slag wilden gaan. Met steun van het coachingstraject gingen ze op zoek naar een methode om de geïntegreerde zorg rondom diabetes te verbeteren. Een groot aandeel in de dagdagelijkse zorg voor diabeten is een protocol waarin beschreven staat wie in de praktijk welke taken zal uitvoeren. Het protocol is een belangrijke voorwaarde voor een verpleegkundige om zelfstandig te kunnen werken. De verpleegkundige moet duidelijk weten wat er verwacht wordt als hij bijvoorbeeld een bloedafname afneemt: welke testen worden aangevraagd, wie gaat de patiënt contacteren voor de resultaten, …. Deze protocollen zijn vaak gebaseerd op een medische richtlijn, zoals bijvoorbeeld Domus Medica een richtlijn heeft over de verschillende controles die een diabeet moet krijgen per jaar (23). De deelnemers vertelden dat naar alle waarschijnlijkheid andere praktijken in de buurt door een gelijkaardig proces zijn gegaan en zo tot een protocol zijn gekomen. De basis zal dus mogelijks gelijkaardig zijn in verschillende praktijken. De deelnemers vonden dat deze kennis gedeeld kon worden tussen verschillende praktijken, waarna ze deze konden aanpassen aan hun eigen specifieke praktijkwerking.

Belemmeringen en facilitatoren

‘Maar ik denk dat tijd het grootste struikelblok is binnen chronische zorg in het algemeen en eigenlijk ook binnen acute zorg.’ (Interview 5, Arts)

Er werd herhaaldelijk aangegeven in beide praktijken dat een gebrek aan tijd één van de belangrijkste barrières is om te komen tot het uitvoeren van geïntegreerde zorg. De wil om er tijd voor vrij te maken was steeds aanwezig. Er werd gezocht naar vrije momenten om het in teamverband te bespreken, maar ze liepen snel tegen een muur aan. De planning in een grotere praktijk van meerdere artsen of paramedici met elk hun eigen agenda op elkaar afstellen vormt vaker een probleem. Zowel om de coachingsmomenten zelf in te plannen alsook de momenten om met de gegeven tools aan de slag te gaan. Artsen merken vaak ook dat zelfs als de planning klaarligt, externe factoren op hun pad kunnen komen die de afgesproken plannen naar de achtergrond zullen drukken. Dit kunnen zowel factoren op persoonlijk vlak zijn, als ook factoren op werkvlak. De prioriteit werd gelegd op de patiëntenzorg op korte termijn waardoor het invoeren van nieuwe systemen op de tweede plaats terecht kwam.

‘Je kan wel een heel protocol uitwerken, maar als dat dan alleen de artsen zijn die het moeten doen, dan werkt dat niet.’ (Interview 2, Arts)

Het werd duidelijk voor de praktijken dat ze als één team moeten samenwerken. Om bepaalde veranderingen door te trekken voor de hele praktijk, is het noodzakelijk om ook elk teamlid te betrekken. Om verandering te bekomen in het handelen van elke persoon moet er ook consensus zijn over wat ze willen bereiken. Tijdens het traject hebben beide praktijken deze inzichten wel verworven. Als er enkel het medische luik van de artsen wordt bekeken, bestaat het risico dat het aan de praktische kant niet haalbaar is op lange termijn. Tijdens het traject werd het voor sommige deelnemers duidelijk dat ze bepaalde praktische ondersteuning misten om alles te voltooien. De medische kennis was er, maar om het uit te voeren was er meer nodig dan enkel de kennis. De praktische implementatie werd dan ook vertraagd doordat ze eerst de ondersteuning moesten vinden door bijvoorbeeld het in dienst nemen van een verpleegkundige. Op die manier kunnen bepaalde taken verdeeld worden en kan het timemanagement geoptimaliseerd worden.

Om alle neuzen in dezelfde richting te krijgen, was het van belang om een trekker in de groep aan te stellen. Deze persoon kan zowel arts, verpleegkundige als administratieve medewerker zijn. Het moet een persoon zijn die het overzicht kan behouden om zo de druk intern op te houden en op regelmatige basis te reflecteren over de stand van zaken. Doorheen de verschillende interviews wordt meermaals aangegeven dat een leidend persoon binnen de groep van groot belang is om het project te doen slagen. Als alle neuzen in dezelfde richting staan, is het ook makkelijker om aanpassingen in de dagdagelijkse handelingen bij elk individu door te voeren. De deelnemers gaven aan dat de aanpassingen doorvoeren niet bij iedereen even vlot verloopt. Sommigen zijn het al jaren gewoon om op een bepaalde manier te werken en dan is het moeilijk om deze gewoonte te doorbreken. Er werd aangegeven dat artsen die wat jonger zijn of pas starten in een praktijk hier eventueel minder last van zouden ondervinden aangezien hun manier van werken nog in ontwikkeling is.

‘We hebben altijd heel veel ideeën en dan lopen we ons eigen daar een beetje in voorbij. Uiteindelijk komt er dan weinig tot niets van omdat het altijd wel druk is.’ (Interview 4, Arts)

Aansluitend werd duidelijk dat niet enkel het betrekken van het hele team een belangrijk punt is, maar dat ook de algemene timing voor zo'n project moet kloppen. Bepaalde periodes zijn drukker op het jaar dan andere, denk maar aan het griepseizoen. Daarbij komt dat op privévlak ook verschillende zaken de timing in de war kunnen brengen, bijvoorbeeld een zwangerschapsverlof. Als er te veel factoren bij elkaar komen, zal het algemene traject overspoeld worden en moeizamer verlopen. Daarom halen deelnemers ook aan om niet te veel verandering in één keer te willen bereiken. Kleine veranderingen kunnen al een grote impact hebben op de dagelijkse praktijk. Wanneer je projecten of veranderingen simultaan gaat uitvoeren, loop je het gevaar dat één of meerdere van deze veranderingen niet voldoende correct worden uitgevoerd. Daarnaast hadden de deelnemers op dit moment het gevoel dat het volgen van het traject qua tijd geen al te grote belasting gevormd heeft. Het waren slechts vijf sessies die telkens maximaal twee uur geduurd hebben. De implementatie van de veranderingen nam daarentegen meer tijd en moeite

in beslag, wat werd gezien als een belangrijk struikelblok, zoals hierboven reeds werd aangehaald. Dit wordt mogelijks een ander verhaal als er veel verschillende projecten tegelijkertijd lopen aangezien deze dan ook allemaal besproken dienen te worden.

Discussie

Tijdens de interviews gingen we op zoek naar een antwoord op de gestelde onderzoeksvragen. We onderzochten wat de visie op geïntegreerde zorg was in de praktijk en of deze veranderd was doorheen het proces. We peilden naar de algemene ervaring van de deelnemers doorheen het proces om zo een beeld te krijgen waar eventuele verbeteringen nodig waren om het project op grotere schaal uit te rollen. Er werd ook gezocht naar belangrijke struikelblokken bij het doorlopen van de interventie, maar ook naar de belangrijkste facilitatoren om het traject tot een goed einde te brengen.

Het is duidelijk dat in de huidige maatschappij steeds meer nood is aan geïntegreerde zorg. Zoals aangegeven in de inleiding loopt het aantal mensen met chronische gezondheidsproblemen steeds verder op (1). Daarnaast merken we ook dat er op regeringsniveau momenteel aandacht besteed wordt aan het verbeteren en implementeren van geïntegreerde zorg. Sinds 2018 lopen er in België verschillende pilootprojecten om de zorg voor chronisch zieken te verbeteren. Er wordt door de regering ook gewerkt aan verschillende actielijnen om de ontwikkeling van geïntegreerde zorg te ondersteunen (24, 25). Een van de actielijnen in dit plan focust onder andere op het geven van coachings binnen de pilootprojecten specifiek bedoeld om een plan van aanpak op te stellen. Dit alles toont aan dat geïntegreerde zorg erg centraal staat momenteel en dat het coachingstraject door SCUBY zijn steentje kan bijdragen aan het verbeteren van de geïntegreerde zorg binnen België. De resultaten van deze thesis kunnen hierbij helpen om het traject te optimaliseren en het beter haalbaar te maken binnen de context van de huisartsenpraktijk.

We merken dat in beide praktijken regelmatig gelijkaardige tot zelfs dezelfde dingen herhaald worden. Het lijkt op dit moment alsof er saturatie binnen de interviews bereikt is. Belangrijk om hierin mee te nemen is dat het hier gaat om twee zeer dicht bij elkaar liggende praktijken. Het gaat tweemaal om een groepspraktijk met ondersteunend administratief personeel en een verpleegster. Daarnaast zijn beide praktijken gelegen in het centrum van Antwerpen met een diversiteit aan nationaliteiten en leeftijden binnen de patiëntenpopulatie. De vraag dringt zich op of andere uitkomsten bekomen zouden worden als eenzelfde soort coaching wordt georganiseerd in een solo- of duopraktijk. Ook de stedelijke ligging kan een invloed hebben op de uitkomsten, binnen een meer landelijk gegeven worden deze uitkomsten misschien ook op een andere manier bekeken.
Los daarvan stelt de vraag zich of dergelijke coaching veel effect zou hebben in een solo- of duopraktijk en welke andere struikelblokken in dergelijke praktijken zullen ervaren worden. In 2015 verscheen een rapport van Domus Medica over de kwalitatieve chronische zorg in Vlaanderen en meer specifiek de belemmerende en bevorderende factoren hiervan. Een van de aanbevelingen die hieruit naar voren komt is om in teamverband te gaan werken (26). Zoals ook uit deze thesis blijkt is multidisciplinair samenwerken een noodzaak geworden om de chronische zorg die vandaag de dag verwacht wordt te kunnen aanbieden.

Er komt uit dit onderzoek naar voren dat er een groot belang gehecht wordt aan een figuur die een trekkende rol heeft binnen een coachingstraject. Dit soort persoon kunnen we aanschouwen als een leider. Er komt ook naar voren dat het betrekken van het volledige team een belangrijke rol speelt om het traject te doen slagen. In 2014 verscheen een boek genaamd 'Veranderende samenwerking in de zorg', hierin wordt gesteld dat wanneer men iets als team wil bereiken, het ook belangrijk is om als team het doel te bepalen. Hieruit komt ook naar voren dat het belangrijk is om met elkaar te bespreken hoe je een specifiek doel bereikt. Op die manier zal iedereen meer gemotiveerd worden om het project te gaan uitvoeren (27). Binnen een team is er gewoonlijk iemand die zich als natuurlijke leider gedraagt, we kunnen veronderstellen dat dit de 'trekkende figuur' is die ook in de interviews naar voren komt. Uit het boek rond samenwerken in de zorg komt naar voren dat twee factoren erg belangrijk zijn in de rol als leider. In de eerste plaats is het belangrijk dat de leider van een team duidelijkheid creëert rond het te bereiken doel en de taken die daarbij horen. Langs de andere kant is het ook van belang dat de leider aandacht heeft voor elk lid van het team afzonderlijk en voor de interacties onderling (28). Als laatste wordt er ook belang gehecht aan het geven van 'het goede voorbeeld'. Dit zien we bevestigd binnen dit onderzoek, het feit dat de 'trekker' het project vasthoudt, maakt ook dat de anderen het project willen doen slagen. De extra motivatie onder de vorm van externe druk, die als een positief punt gezien werd binnen deze studie, zouden we kunnen zien als een verlengde van dit gegeven. Op het moment dat er niet meer van buitenaf gestuurd wordt om het project vol te houden, kan deze rol overgenomen worden door de 'trekker' binnen de groep.

Een groot struikelblok dat artsen en huisartsenpraktijken in het algemeen ervaren is het gebrek aan tijd. Terwijl meer en meer patiënten op zoek zijn naar een huisarts, lassen ook meer en meer praktijken een patiëntenstop in. In het merendeel van de gevallen is dit de enige optie om nog een overzicht over hun eigen praktijkpopulatie te behouden en elke patiënt correcte en spoedige medische hulp te bieden. Het gebrek aan tijd zorgt ervoor dat er prioriteiten gesteld moeten worden waardoor er weinig tijd overblijft om dergelijke projecten uit te rollen. Een eventuele optie kan liggen in de switch van de prestatiegerichte geneeskunde naar een forfaitair systeem. In het forfaitaire systeem zal er aan de ene kant meer tijd kunnen gecreëerd worden die ook vergoed wordt en aan de andere kant biedt het ook veel andere mogelijkheden ter ondersteuning. Zo kan bijvoorbeeld extra personeel aangenomen worden voor de ondersteuning van het uitrollen van een protocol. De switch naar een forfaitaire praktijk vraagt op zich natuurlijk ook een zeer grote inspanning om de volledige werking van een praktijk te herschrijven, wat tijdens de overstap ook een grote tijdsinvestering zal vragen. Door het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg wordt het huidige financieringssysteem binnen de gezondheidszorg gezien als een van de grootste struikelblokken om goede geïntegreerde zorg te kunnen verschaffen. Zij zijn van mening dat hierin onvoldoende aandacht kan worden gegeven aan samenwerking, coördinatie en preventie (29). Het idee is om de manier van financiering binnen de huisartsenpraktijk aan te passen naar een deel financiering per prestatie, maar ook een deel forfaitair. Dit wordt momenteel besproken binnen de hervorming van de gezondheidszorg en zit verwerkt in de 'New deal voor de huisartsenpraktijk' waar minister Frank Vandenbroucke naartoe wilt (30).

Om het gebrek aan tijd en ruimte te compenseren kwamen enkele ideeën naar boven bij de deelnemers. De uitgebreidheid van de ACIC vragenlijst werd in vraag gesteld en men suggereerde een meer beknopte versie. Zoals we in de literatuurstudie besproken hadden, is er een overvloed van tools om integratie te meten, elk met hun voor- en nadelen (9). In deze lange lijst zullen ook tools aanwezig zijn die minder tijd vragen, maar dan lopen we het risico een of meerdere aspecten van de geïntegreerde zorg te missen. Een studie uit Nederland evalueerde een kortere ACIC vragenlijst, 21 i.p.v. 34 vragen, op grote schaal bij 218 gezondheidsprofessionals (31). Zij concludeerden dat de kortere vragenlijst een goed alternatief kon zijn voor de evaluatie van chronische zorg. Bij het uitrollen van het coachingstraject kan men dan ook overwegen om de kortere versie te gebruiken zodat de eerste sessie korter kan zijn en meer “behapbaar”.
Tijdens de interviews gaven de deelnemers ook aan dat ze nood hadden aan meer praktische ondersteuning. Om tijd te besparen in een drukke praktijk vonden ze dat er kostbare tijd verloren ging met een protocol volledig van nul uit de grond te stampen. Het coachingsteam kan overwegen om de praktijken een grove richtlijn aan te bieden. Het zal vooral een kwestie zijn van het evenwicht te bewaren om enerzijds de praktijk voldoende te ondersteunen, maar ook tijd te besparen. Anderzijds is het ook belangrijk dat de praktijk zelf een weg vindt in de veranderingen die perfect toegepast kunnen worden in hun eigen specifieke setting van praktijk en patiëntenpopulatie.

Zoals eerder reeds aangegeven wordt verandering toch als een moeilijk concept gezien. Artsen zijn het gewoon dagdagelijks praktijk te voeren en geneeskunde te praktiseren zoals zij dit al altijd gedaan hebben. Er werd tijdens de interviews gesuggereerd dat het vooral bij artsen die al langere tijd bezig zijn, moeilijk is om gewoontes aan te passen. Het is het waard ons af te vragen of het misschien nuttig is om een dergelijk coachingstraject in groep te organiseren net na de HAIO-opleiding, of zelfs als een deel hiervan. Hier gaat het immers om allemaal artsen die aan het begin van hun carrière staan. Zij krijgen alvast een eerste manier van praktijk voeren mee vanop hun verschillende stageplaatsen, maar zijn nog niet gewoon geraakt aan een eigen manier van werken. Is het misschien makkelijker om hen aan de hand van een coaching te leren om op de best mogelijke manier aan geïntegreerde zorg te doen, eerder dan te proberen gewoontes van meer ervaren artsen aan te passen? Onderzoek toont immers aan dat gewoontes gevormd worden wanneer handelingen verschillende keren uitgevoerd worden. Om gewoontes aan te passen is het echter niet voldoende om nieuwe informatie te voorzien, het brein moet opnieuw getraind worden in een nieuwe gewoonte. Er zijn verschillende manieren om dit in de praktijk te doen, dit wordt bestudeerd binnen het veld van de gedragspsychologie (32). Volgens het onderzoek van Verplanken en Wood is het minstens even belangrijk om het ontstaan van gewoontes bij de bron te gaan veranderen. In het kader van dit onderzoek zouden we er dus vanuit kunnen gaan dat het makkelijker zal zijn om bij jonge artsen hun visie en aanpak van geïntegreerde zorg te gaan aanpakken.

In de verwerking van de gegevens van deze pilootstudie merkten we ook enkele limitaties op waar we rekening mee moeten houden. Het betreft een kleine geïncludeerde groep van slechts twee praktijken die zoals eerder vermeld een gelijkaardige samenstelling en populatie hebben. Om de bevindingen door te trekken over een grotere lijn voor heel België is er nood aan een nieuwe evaluatie van het traject in andere praktijken met ook andere karakteristieken. Voor de verwerking werd ook rekening gehouden met de bias die aanwezig is bij de hoofdonderzoekers. Hoofdonderzoeker HP volgde het volledige coachingstraject in praktijk 2. Om deze bias te verkleinen werden de interviews in praktijk 2 afgenomen door de andere hoofdonderzoeker FB. Een belangrijk gegeven om mee in rekening te brengen is dat beide hoofdonderzoekers in het verleden nog geen kwalitatieve studies uitgevoerd hebben. Ze werden om dit op te vangen goed ondersteund door een team met veel ervaring.
Naast de limitaties van het onderzoek, zijn er ook enkele sterktes te weerhouden. Aangezien we in de allereerste fase van het SCUBY project de evaluatie hebben gedaan, is er ook voldoende tijd en ruimte om het project te evalueren en aan te passen waar nodig.
Een voordeel is dat beide hoofdonderzoekers ook artsen zijn, op die manier was er een vlotte communicatie tijdens alle interviews. Er was geen belemmering door medisch taalgebruik en de deelnemers wisten ook dat er begrip was voor de frustraties die geuit werden rondom de dagelijkse praktijkvoering.
Beide hoofdonderzoekers maakten geen deel uit van het team van coaches. Er werd aan het begin van elk interview ook meegegeven dat ze er niet waren om de praktijk te beoordelen, maar om het coachingstraject zelf te evalueren. Op die manier konden de deelnemers zich vrijer uiten in hun mening en werden ze niet tegengehouden door angst om een slechte indruk te maken op de begeleiders van het coachingstraject.

Conclusie

De deelnemende zorgverleners aan het coachingstraject waren over het algemeen tevreden over het traject en welk effect het heeft gehad op hun dagdagelijkse praktijkvoering. Het besef van de nood tot verandering werd bevestigd en het traject was voor hen voornamelijk een startschot om verandering te implementeren in de praktijk. Om het traject op grotere schaal te doen slagen in meerdere praktijken moet rekening gehouden worden met de struikelblokken die de twee pilootpraktijken hebben aangegeven.
Elke toekomstige praktijk zal een ander traject afleggen maar er moet voldoende tijd worden voorzien om aan het traject te werken en het betrekken van de gehele praktijk zorgt voor een vlotte implementatie. Om dit te bereiken zal het soms nodig zijn om praktische en structurele veranderingen aan te brengen in de praktijk zoals bijvoorbeeld een verpleegkundige aannemen. Het aanduiden van een leider binnen het traject helpt om het ook binnen de dagelijkse praktijk beter vol te houden. De praktijken moeten openstaan voor het traject zodat ze hier zo veel mogelijk inzichten van kunnen verkrijgen en zo ook op de lange termijn veranderingen tot stand kunnen brengen.
Het coachingsteam zelf kan het traject nog verbeteren door de ACIC vragenlijst beknopter te houden, een evaluatiemoment in te plannen na enkele maanden en concretere protocollen aan te reiken aan de praktijken als leidraad.

Dankwoord

We zouden graag de promotor Josefien Van Olmen en de co-promotor Katrien Danhieux van deze thesis willen bedanken voor hun ondersteuning en advies doorheen de voorbije drie jaar. We danken graag ook Sarah De Bruyn voor de ondersteuning in het afnemen van de interviews in de praktijk. Daarnaast bedanken we ook graag Emy Kool van Domus Medica om ons te helpen bij de interview guide en bij de interpretatie van de resultaten.
Daarnaast willen wij graag iedereen in onze omgeving bedanken om ons te steunen tijdens deze opleiding en gedurende het schrijven van deze thesis.

Referenties

1. Van der Heyden J, Charafeddine, R. . Gezondheidsenquete 2018: Chronische ziekten en aandoeningen. Brussel, België: Sciensano: Sciensano; 2018 [Rapportnummer: D/2019/14.440/36]. Available from: https://www.sciensano.be/sites/default/files/ma_nl_2018_1.pdf.
2. België G. Diabetes 2023 [Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/diabetes#references.
3. Liga D. Diabetes Type 2 2021 [Available from: https://www.diabetes.be/nl/leven-met-diabetes/diabetes-type-2.
4. Yildiz M, Esenboga K, Oktay AA. Hypertension and diabetes mellitus: highlights of a complex relationship. Current Opinion in Cardiology. 2020;35(4):397-404.
5. Petrie JR, Guzik TJ, Touyz RM. Diabetes, hypertension, and cardiovascular disease: clinical insights and vascular mechanisms. Canadian Journal of Cardiology. 2018;34(5):575-84.
6. England NHS. Integrated care and support [Available from: https://www.england.nhs.uk/ourwork/part-rel/transformation-fund/.
7. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. Lancet. 2008;372(9642):940-9.
8. Van Hecke A, Heinen M, Fernández-Ortega P, Graue M, Hendriks JM, Høy B, et al. Systematic literature review on effectiveness of self-management support interventions in patients with chronic conditions and low socio-economic status. Journal of advanced nursing. 2017;73(4):775-93.
9. Suter E, Oelke ND, da Silva Lima MAD, Stiphout M, Janke R, Witt RR, et al. Indicators and Measurement Tools for Health Systems Integration: A Knowledge Synthesis. Int J Integr Care. 2017;17(6):4.
10. Crocker H, Kelly L, Harlock J, Fitzpatrick R, Peters M. Measuring the benefits of the integration of health and social care: qualitative interviews with professional stakeholders and patient representatives. BMC Health Services Research. 2020;20:1-9.
11. Sullivan-Taylor P, Suter E, Laxton S, Oelke ND, Park E. Integrated People-Centred Care in Canada - Policies, Standards, and Implementation Tools to Improve Outcomes. Int J Integr Care. 2022;22(1):8.
12. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. Health Serv Res. 2002;37(3):791-820.
13. Jahnel T, Dassow HH, Gerhardus A, Schüz B. The digital rainbow: Digital determinants of health inequities. Digit Health. 2022;8:20552076221129093.
14. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9(th) edition. Diabetes Res Clin Pract. 2019;157:107843.
15. Meeus T. Geïntegreerde eerstelijnszorg in België [Masterproef]: Universiteit Gent; 2017.
16. Roglic G. WHO Global report on diabetes: A summary. International Journal of Noncommunicable Diseases. 2016;1(1):3-8.
17. Frølich A. Identifying organisational principles and management practices important to the quality of health care services for chronic conditions. Dan Med J. 2012;59(2):B4387.
18. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. Jama. 2002;288(19):2469-75.
19. Monaco A, Palmer K, Marengoni A, Maggi S, Hassan TA, Donde S. Integrated care for the management of ageing-related non-communicable diseases: current gaps and future directions.

20. van Olmen J, Menon S, Poplas Susič A, Ir P, Klipstein-Grobusch K, Wouters E, et al. Scale-up integrated care for diabetes and hypertension in Cambodia, Slovenia and Belgium (SCUBY): a study design for a quasi-experimental multiple case study. Glob Health Action. 2020;13(1):1824382.
21. Balluck J, Asturi E, Brockman V. Use of the ADKAR® and CLARC ® Change Models to Navigate Staffing Model Changes During the COVID-19 Pandemic. Nurse Lead. 2020;18(6):539-46.
22. Whitney D, Cooperrider DL, Garrison M, Moore J. Appreciative inquiry and culture change at GTE: Launching a positive revolution. Appreciative Inquiry and organizational transformation: Reportd from the field. 2001:130-42.
23. Philip Koeck HB, Katrien Benhalima, Hanne Cloetens, Luc Feyen, Patricia Sunaert, Paul Van Crombrugge, Inge Van Pottelbergh, Esther van Leeuwen, Ann Verhaegen, Frank Nobels met medewerking van Elissah Hendrickx, Ineke Meul en Johan Wens. Diabetes Mellitus Type 2: Domus Medica; 2015 [
24. RIZIV. Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken 2022 [
25. Belgium H. Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken
Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid. In: Volksgezondheid Mv, editor. 2015.
26. D'Hanis G, Verhoeven W, Sijbers P, Gaethofs D, Hoffman P, Palsterman J, et al. KWALITATIEVE CHRONISCHE ZORG IN VLAANDEREN: BELEMMERENDE EN BEVORDERENDE FACTOREN PERCEPTIES EN MENINGEN VAN ZORGVERLENERS IN DE EERSTE LIJN. 2015.
27. Savelsbergh C, Nauta N. Leren samenwerken op afdelingen en in teams. In: Hammelburg R, Lubbers WJ, Nauta N, editors. Veranderende samenwerking in de zorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2014.
28. Savelsbergh C, Nauta N. Samenwerken in teams. In: Hammelburg R, Lubbers WJ, Nauta N, editors. Veranderende samenwerking in de zorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2014.
29. KCE. Naar meer geïntegreerde zorg in België: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2022 [Available from: https://kce.fgov.be/nl/naar-meer-geintegreerde-zorg-in-belgie.
30. Vandenbroucke F. Naar een New Deal voor de Huisarts(praktijk). 2022 [Available from: https://vandenbroucke.belgium.be/nl/naar-een-new-deal-voor-de-huisartspraktijk.
31. Cramm JM, Strating MM, Tsiachristas A, Nieboer AP. Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch Disease Management Programs. Health and quality of life outcomes. 2011;9:1-10.
32. Verplanken B, Wood W. Interventions to break and create consumer habits. Journal of public policy & marketing. 2006;25(1):90-103.

Bijlage 1: Interview guide

Algemeen

U heeft nu het volledige coachingtraject doorlopen de afgelopen maanden, zou u dit traject eens kort kunnen beschrijven? Hoe heeft u het coachingtraject ervaren?

Awareness

= bewust zijn van de nood tot verandering

Wat was uw visie over geïntegreerde zorg in de praktijk bij de start van het traject?

- Hoe heeft het traject met de verschillende sessies uw visie beïnvloed?
- Wat is volgens u de impact van dit traject? Wat is volgens u het doel van dit traject?
- Op welke manier draagt geïntegreerde zorg bij tot de algemene gezondheid van uw populatie?
    - Kan u hier een voorbeeld van geven?
- In welke mate was er nood aan verandering in uw praktijk?
    - Kan u dit uitleggen aan de hand van concrete voorbeelden?
    - Hoe hebben de verschillende sessies hier toe bijgedragen, welke impact hebben deze gehad? Is er een specifiek punt in de sessies dat voor een keerpunt heeft gezorgd?
- Hoe heeft u het invullen van de ACIC vragenlijst ervaren?
    - Aan de hand van deze vragenlijst kreeg u een spinnenweb als overzicht van de praktijk. Welke aspecten zijn hierbij naar voren gekomen voor u?
    - Hoe heeft dit bijgedragen tot de blootlegging van de pijnpunten/uitdagingen binnen de praktijk?
    - Faciliteerde het de keuze om op een bepaalde verandering in te zetten als praktijk?

Desire

= Wil en besluit om in verandering te participeren

Als we terugkijken naar de eerste sessie, met het spinnenweb, hoe heeft u dit ervaren?

- Biedt het spinnenweb inzicht op de pijnpunten van de praktijk?
- Waren er bepaalde dingen die aan bod kwamen die reeds zeer goed verliepen?
- Faciliteerde het de keuze om op een bepaalde verandering in te zetten als praktijk?
- Kon u zich vinden in de uiteindelijke consensus bekomen met de praktijk?
    - Zo nee, kan u dat toelichten met een voorbeeld? wat had u eventueel anders willen besluiten?
- Gaf de vaststelling van de pijnpunten u ook motivatie om er mee aan te slag te gaan?
- Vond u het nodig dat veranderingen binnen de praktijk kwamen?
- Zijn er bepaalde (goede of slechte) factoren die voor u meespelen om deze aanpassingen te willen doorvoeren?

- Hoe comfortabel voelde je je bij dit traject? (affective attitude)

Knowledge

= Kennis hoe te veranderen

- Welke skills zijn volgens u van belang om de veranderingen toe te passen in de praktijk?
    - Heeft het coachingtraject genoeg handvaten/skills gegeven om de veranderingen in uw praktijk in gang te zetten?
- Welke ondersteuning heeft u eventueel nog gemist in het traject?
    - Welke vragen zijn voor u nog onbeantwoord op dit moment?
    - Zou u meerwaarde hechten aan eventueel meer tastbare ondersteuning (cursussen, leidraden, websites…)?

Ability

= Competenties om verandering toe te passen, erin te functioneren

- Kan u zich vinden in de vooropgestelde veranderingen?
- Welke struikelblokken zag u of heeft u ondervonden tijdens de implementatie van de veranderingen?
- Welke aspecten binnen de praktijk dragen bij tot het slagen van dit project?
- Welke aspecten binnen de praktijk vormen net een hindernis voor het slagen van het project?
- Wat betreft de twee vragen hierboven, hebt u hier ook individuele bedenkingen over?
- Hoeveel inspanning kostte dit traject jou? (burden)
- In welke mate interfereerde dit traject met andere prioriteiten? (oppotiunity costs)
- Hoe zelfzeker voel je je om de praktijkwerking te verbeteren? (self-efficacy)
- Heeft dit traject jullie praktijkwerking verbeterd? (perceived effectiveness)

Reinforcement

= Maatregelen om verandering te verduurzamen

- Voelt u zich klaar om de veranderingen door te zetten in de praktijk zonder extra ondersteuning?
    - In welke mate zijn er nu al tools aanwezig om veranderingen te ondersteunen?
    - Welke ondersteuning zou u eventueel nog graag krijgen?
- Hoe ziet u de verandering op de lange termijn?
    - Ziet u het haalbaar om deze veranderingen vol te houden in de dagdagelijkse praktijk?

- Voelt u zich bekwaam om de opgedane kennis toe te passen op een ander traject of onderwerp in de praktijk in de toekomst?

Afsluitend

- Is er nog iets dat u kwijt wilt over traject?
- Stel dat we dit traject aanbieden aan andere huisartsenpraktijken, wat is volgens u de key tot succes? Wat zijn eventuele verbeterpunten?

Bijlage 2: Codeboom

Name	Description	Files	References
Ervaringen coaching	Hoe hebben de deelnemers het coachingstraject over het algemeen ervaren?	9	25
Facilitatoren	Welke factoren dragen bij aan het uitvoeren van geïntegreerde zorg?	5	9
Inzichten	Welke inzichten hebben de deelnemers verkregen na het doorlopen van het coachingstraject?	7	22
Negatieve punten	Welke negatieve punten hebben de deelnemers opgemerkt aan het coachingstraject?	8	32
Positieve punten	Welke positieve punten hebben de deelnemers opgemerkt aan het coachingstraject?	8	30
Quotes	Opmerkelijke quotes in de interviews.	5	5
Struikelblokken	Welke factoren vormen een struikelblok om aan geïntegreerde zorg te doen?	9	30
Tips	Welke tips hebben de deelnemers voor het coachingsteam om het project in de toekomst te verbeteren?	10	27
Visie vooraf	De visie van de deelnemers op geïntegreerde zorg vooraleer ze het coachingstraject doorlopen hadden.	10	22

Bijlage 3: Persoonlijke reflectie Fien Boels

Ik ben persoonlijk enorm blij dat ik gekozen heb om een thesis te schrijven in groep. Wij kozen voor een kwalitatieve studie en één van de belangrijkste dingen die we hierover hebben bijgeleerd is dat net discussiëren over je onderwerp en ideeën overleggen met anderen voor dit soort studies erg belangrijk is. Helena en ik hadden oorspronkelijk een ander type onderwerp in gedachte om onze thesis over te schrijven, wij kregen echter het voorstel om mee te werken aan het SCUBY project. Aangezien dit project in de eerste plaats focust op hypertensie en diabetes type II is het een uitgesproken geschikt onderwerp voor een thesis huisartsgeneeskunde.

Het begin van de thesis verliep niet altijd even vlot. Aangezien het SCUBY project erg groot is en uit verschillende onderdelen bestaat, was het niet onmiddellijk duidelijk waar onze hulp het meeste waarde kon hebben. Het oorspronkelijke idee was dat wij de meting van de verschillende praktijken zouden herhalen om op die manier een voor-na beeld te creëren wat betreft de kwaliteit van de geïntegreerde zorg. Om die reden gaat onze literatuurstudie vooral over de verschillende methodes om integratie te gaan meten. Het was de bedoeling aan de hand hiervan een instrument te kiezen om de metingen mee uit te voeren.

We kregen uitstel voor het verkrijgen van goedkeuring van het ethisch comité aangezien er onduidelijkheid was over de exacte invulling van onze thesis. Uiteindelijke maakten we voor dit onderdeel een verdeling. Helena heeft zich beziggehouden met het uitschrijven van de literatuurstudie, terwijl ik mij bezig heb gehouden met het opstellen van het onderzoeksprotocol en het verzamelen van de verschillende documenten nodig voor de indiening bij het Ethisch Comité. Uiteraard hebben we regelmatig met elkaar overlegd en is er geen enkel document verzonden voor de andere persoon dit ook had goedgekeurd.

We hebben eenmaal fysiek vergaderd op de universiteit samen met het team dat ook de coaching heeft uitgevoerd. Daar werd beslist wat net de focus en de inhoud van ons onderzoek zou zijn. Vervolgens hebben Helena en ik samen de interviewguide opgesteld die gebruikt zou worden om de interviews af te nemen. Deze is dan nagelezen en aangevuld door het team van de coaching, waarna wij een finale interviewguide hebben opgesteld.

Aangezien Helena aan het werk was in de tweede praktijk waar het coachingstraject liep, hebben we besloten dat het beter was als zij hier geen interviews zou afnemen. Dus is Helena begonnen met de interviews van de eerste praktijk, we hebben op voorhand afgesproken dat de andere persoon de interviews zou uitschrijven om op die manier alle informatie ook al een eerste keer te kunnen verwerken. Helena voerde uiteindelijk 6 interviews uit in de eerste praktijk, welke ik heb uitgeschreven. Vervolgens deed ik 4 interviews in de tweede praktijk, welke uitgeschreven werden door Helena.

Ondertussen begonnen we ook te schrijven aan de effectieve thesis. Omdat het met de werkuren en drukke planningen niet zo gemakkelijk was om telkens fysiek af te spreken en op hetzelfde moment te werken, zochten we hiervoor naar een oplossing. Samenwerken deden we digitaal in

een Google Docx formaat, op die manier konden we zowel tegelijk als apart werken aan de thesis en konden we ook zien en aanpassingen aanbrengen aan dat wat de ander had gedaan. Op dit moment zijn we wat simultaan beginnen werken, elk deed aanpassingen daar waar op dat moment de meeste inspiratie voor te vinden was.

Om de resultaten van de interviews te bespreken zijn we nogmaals fysiek samengekomen op de universiteit met Katrien Danhieux en Emy Kool. Samen met hen hebben we de verschillende mogelijkheden besproken om de resultaten weer te geven, maar ook de verschillende manieren om naar de uitkomsten te kijken. Vervolgens zijn Helena en ik opnieuw aan de slag gegaan met schrijven. We hebben verschillende keren met elkaar gebeld om dingen te bespreken en telkens een verdeling te maken van wie wat zou doen. Ik heb de eerste keer de feedback verwerkt op de eerste korte versie van de thesis. Helena heeft de volgende keer de feedback verwerkt op de al wat uitgebreidere versie. In de finale aanloop naar de deadline hebben we verschillende keren met elkaar overlegd en de volledige thesis meermaals overlopen. Op die manier zijn we blijven aanpassen tot we beide volledige tevreden waren over het resultaat.

Ik ben zeer tevreden over hoe de samenwerking met Helena verlopen is. Ik heb het gevoel dat we een eerlijke verdeling van het werk gemaakt hebben en dat we beide een gelijkaardige bijdrage aan deze thesis hebben geleverd. We hebben beide, spijtig genoeg, de negatieve kant dat we de dingen gemakkelijk uitstellen en voor ons uit schuiven. Dit heeft ertoe geleid dat er op het einde nog best veel dingen moesten gebeuren op korte tijd. Doordat we dit beide in ons karakter hebben, zijn hier gelukkig nooit discussies over ontstaan, maar hebben we elkaar net kunnen motiveren om door te zetten en meer efficiënt te werken. Ik zou zonder twijfel nogmaals een project samen met Helena durven aangaan. Al zou ik graag voornemen dat we volgende keer een wat betere planning opstellen en er ons vooral ook wat beter aan houden.

Wat betreft mijn persoonlijke visie op wat deze thesis betekent voor het werkveld wil ik niet te uitgebreid zijn. Ik ben ervan overtuig dat het SCUBY project erg belangrijk is om de geïntegreerde zorg binnen België naar een hoger niveau te tillen. Dit is iets dat in mijn mening ook noodzakelijk is om ten alle tijden goede zorg te blijven leveren. Opzoekwerk in het kader van deze thesis heeft mij geleerd dat de prevalentie van chronische aandoeningen in ons land enkel toeneemt. De ervaring in de huisartsenpraktijk is dat patiënten hun chronische aandoeningen vaak niet serieus genoeg nemen of toch op zijn minst niet even belangrijk vinden als de acute dingen waar ze op het moment van een consult last van hebben. Ik ben dan ook van mening dat chronische zorg in de toekomst op een andere manier aangepakt zal moeten worden.

Ik denk dat het aanbieden van een coachingstraject een goede manier is om deze veranderingen in gang te zetten. Zoals ook in de thesis wordt besproken blijft externe druk een goede facilitator tot het aanbrengen van verandering. Ik herken dit ook bij mezelf, als er iets moet gebeuren blijft dit gemakkelijk liggen tot het laatste moment omdat er andere dingen meer urgent mijn aandacht vragen. Als er echter deadlines van extern worden opgelegd, merk ik dat ik gemakkelijker en sneller met iets aan de slag zal gaan. Ik ben dan ook van mening dat het belangrijk zal zijn om op overheidsniveau aanpassingen te gaan doen in de manier waarop in België aan geïntegreerde zorg wordt gedaan. Hoe belangrijk ik het ook vind, ik denk dat het niet mogelijk is om dit bij elke

praktijk afzonderlijk te gaan aanpassen. Ik hoop van harte dat deze thesis kan bijdragen aan een verbetering van de zorg voor patiënten en zal zelf alvast mijn uiterste best doen om hieraan bij te dragen.

Bijlage 4: Persoonlijke reflectie Helena Peeters

Voor mijn masterproef heb ik samengewerkt met Fien Boels. Wij kenden elkaar al van tijdens onze basisopleiding waarbij we ook samen in de organisatie team zaten voor de afstudeerweek. Hierdoor had ik op voorhand ook een goed beeld over hoe een eventuele samenwerking zou verlopen. Aangezien we drie jaar lang werken aan de masterproef is het natuurlijk van belang om makkelijk te kunnen samenwerken en een gelijkaardige manier van werken te hebben. Ik had een vermoeden dat we samen een goed team zouden vormen om het gehele traject van de masterproef tot een goed einde te brengen.

De start van de masterproef verliep redelijk moeizaam. We hadden enkele onderwerpen voor ogen, voornamelijk in onze gezamelijke interessegebieden waaronder bijvoorbeeld gynaecologie. Onze onderwerpen werden niet goedgekeurd door ICHO waardoor we op zoek moesten naar andere onderwerpen maar dit verliep niet vlot. Op dat moment kregen we het voorstel om mee te stappen in traject van SCUBY. Aangezien wij nog nooit eerder een kwalitatief onderzoek hadden uitgerold, waren we in het begin eerder sceptisch. We zochten op wat het project net allemaal omvatte en dachten na over wat onze meerwaarde kon zijn. Na dit met ons twee te overleggen, zagen we ook de meerwaarde van het onderzoek en ook de meerwaarde om deze andere vorm van onderzoek eens te ervaren. Bij onze start in het SCUBY project was het ook niet direct duidelijk wat ons deeltje in het geheel kon zijn. Het was een kleine zoektocht vooraleer we samen met onze promotor en co-promotor een deel kon kiezen om uit te werken.

In het eerste deel waarbij we het literatuuronderzoek moesten voltooien, verliep alles vlot. We kregen meer en meer inzicht over hoe SCUBY project opgebouwd was, maar ook meer inzicht op vlak van chronische zorgmodellen. Het uitschrijven hiervan werd goed verdeeld tussen ons beiden. Er werd goed afgelijnd op voorhand wie welk deel voor zich ging nemen. We namen dan ook de tijd om elkaars deel na te lezen en aan te vullen.
Bij het opmaken van de interview guide kwamen we voor de eerste keer in confrontatie met de grijze zone van een kwalitatief onderzoek. Wij hadden beide in de basisopleiding geen kwalitatief onderzoek uitgevoerd, wat toch een heel andere insteek heeft en ook een andere manier van werken. We hadden bij opstelling van de interview guide moeite met het juist verwoorden van de vragen. Uiteindelijk hebben we de interview guide samen kunnen opstellen zodat we bepaalde ideeën makkelijk bij elkaar konden aftoetsen. Met hulp van Katrien Danhieux, Emy kool en Sarah De Bruyn lukte het ons ook om tot een correcte vragenlijst te komen.

Voor het tweede deel waarbij de interviews werden afgenomen, zijn we meer individueel gaan werken. Aangezien ik werkzaam ben in een van de praktijken, werd besloten om ons op te splitsen. Ik ging als eerste de interviews afnemen in de eerste praktijk, onder begeleiding van Sarah De Bruyn. Ik was blij met deze ondersteuning aangezien het de eerste keer was dat ik dergelijke interviews afnam. Uiteindelijk zijn deze allemaal vlot verlopen. Enkele maanden later ging Fien langs in de praktijk waar ik als HAIO werk. Zij kreeg geen ondersteuning en moest de interviews alleen afnemen. Voor het afnemen heb ik enkele tips gegeven maar ook bij Fien ging dit ook vlotter dan verwacht. We hebben dan telkens de interviews uitgeschreven die de andere

had afgenomen wat ervoor zorgde dat we een goed idee hadden van welke ideeën er heersten in beide praktijken.

Het effectief uitschrijven de masterproef verliep vlot en was goed verdeeld tussen ons beiden. Er was een duidelijke verdeling over het uitschrijven van de verschillende delen. We zaten eerst samen met Emy Kool en Katrien Danhieux. Onderling konden we zo de resultaten overlopen en bepaalde conclusies die getrokken konden worden, bespreken. Nadien konden we dan elk ons eigen deel uitgeschrijven. Telkens keken we consequent elkaars werk na zodat we elkaar konden bijsturen waar nodig. Uiteindelijk kwamen we op een mooi resultaat qua masterproef uit.

Als ik terugkijk op de afgelopen drie jaar, denk ik dat ik wel verschillende zaken heb bijgeleerd. In de samenwerking met Fien hebben we beide gemerkt dat we wel vaker zaken op de lange baan schuiven. Dit uitstelgedrag heeft er wel voor gezorgd dat we op het einde nog meer moesten verwerken dan we hadden gepland. Voor mijzelf was dit altijd al een werkpuntje en met deze masterproef ben ik er nogmaals aan herinnerd. In de toekomst hoop ik mij beter te kunnen houden aan vooropgestelde deadlines zodat het werk beter verdeeld is.
Daarbij heb ik ook veel geleerd over het voeren van een kwalitatief onderzoek, iets wat ik nog nooit eerder had gedaan. Bij het lezen van een kwalitatief onderzoek in de toekomst, zal ik dan ook meer het besef hebben hoe dat het onderzoek is verlopen en de gedachtegang die erbij hoort.

Mijn persoonlijke visie op wat deze masterproef kan betekenen voor het werkveld is zeker positief. Ik heb met mijn praktijk ook het traject doorlopen en het heeft in onze praktijk zeker verschillende zaken in gang gezet. In de opleiding was het al duidelijk dat chronische aandoeningen een steeds grotere impact hebben op onze gezondheidszorg maar met het uitvoeren van de masterproef werd het nogmaals duidelijk hoe groot deze impact nu net is. In mijn praktijk waren we zeer positief over het traject en welke veranderingen het teweeg heeft gebracht binnen de praktijk. Ook in de andere praktijk waar ik de interviews heb afgenomen waren ze wel tevreden met de duw in de rug die ze hadden gekregen.
Ik ben ervan overtuigd dat dit coachingstraject veranderingen in gang kan zetten. Daarna is het een kwestie van een goede werkomgeving, ook door structurele veranderingen in de gezondheidszorg algemeen, om deze veranderingen door te zetten.
Met deze masterproef heb ik wel het gevoel dat wij een steentje bijdragen aan het grote geheel van het coachingstraject. Ik heb het gevoel dat onze conclusies zeker worden meegenomen om het traject verder uit te rollen en dit geeft mij ook een zekere mate van voldoening. Als ze onze adviezen kunnen toepassen en nog verder groeien in het traject, denk ik dat het een zeer goed project kan worden om uit te rollen op nationaal vlak. Ik hoop dan ook dat het op langere termijn de zorg voor de patiënten kan verbeteren.

Bijlage 5: Aanvraag ethisch comité

Masterproef Huisartsgeneeskunde: ‘Evaluatie van het traject chronische zorgorganisatie, een coachingstraject binnen het SCUBY project’.

1. Inleiding

a. Probleemstelling

Wereldwijd blijft de prevalentie van chronische aandoeningen, waaronder Type 2 Diabetes (T2D), een probleem vormen. Volgens Sciensano bedroeg de prevalentie van diabetes in België 6,4% of ongeveer 720.000 mensen in 2016 (1). Deze prevalentie gaat over de verschillende types van diabetes, 90 tot 95% hiervan bedraagt T2D (2). Dit prevalentiecijfer is waarschijnlijk een onderschatting van de reële prevalentie. Dit is te wijten aan: het feit dat er geen register bestaat voor de prevalentie en behandeling van diabetes, maar vooral aan de gebrekkige actieve opsporing waardoor veel patiënten onder de radar blijven.
De prevalentie van T2D blijft elk jaar ook wereldwijd stijgen. Aan de basis van deze shift liggen de algemene veroudering van de bevolking en de verandering in epidemiologische patronen die veroorzaakt wordt door meerdere factoren. De verschillende factoren en hun impact kunnen we verder bekijken in het regenboogmodel van geïntegreerde zorg. Hierin wordt een onderscheid gemaakt tussen micro-, meso- en macroniveau. Bij factoren passend in het eerste microniveau kijken we eerder naar persoonlijke invloeden. Het mesoniveau bevat eerder factoren uit gezondheidszorgorganisaties en de bijkomende zorgprofessionals zoals de huisartsen. Het overkoepelende macroniveau omvat het grotere geheel en het volledige gezondheidssysteem. De groeiende verstedelijking bijvoorbeeld heeft zeker een invloed op de stijgende prevalentie (3). Verstedelijking is een factor die op populatieniveau (meso-en macro niveau) bekeken moet worden en niet op persoonlijk niveau (4). Het effect van deze factoren wordt nog groter in de bevolking met een lage sociaal-economische status (5). In het kader van verbetering van de toestand rond T2D zal het belangrijk zijn dat er naar elk niveau gekeken wordt, dat elk niveau een aparte aanpak vereist en dat er op elk niveau wijzigingen optreden.
Naast Type 2 Diabetes is hypertensie de tweede meeste voorkomende chronische aandoening. In de Belgische gezondheidsenquête van 2018 gaf 17,6% van de bevolking aan dat zij in het afgelopen jaar minstens één episode van hypertensie hadden. In 1997 lag deze prevalentie nog op 10.9%, we zien ook hier dus een belangrijke toename (6). Vermoedelijk ligt ook dit cijfer lager dan de effectieve prevalentie aangezien niet iedereen systematisch zijn bloeddruk controleert.

In de huidige maatschappij worden chronische aandoeningen steeds meer vastgesteld en is de vraag naar goede ondersteuning des te groter. De aanpak van deze groep patiënten vereist een andere aanpak in vergelijking met acute pathologie. Bij acute zorg kan er op korte tijd geschakeld worden om de patiënt op relatief korte termijn van zijn problematiek te verhelpen. Chronische zorg vraagt voor een meer gepersonaliseerde en overkoepelende aanpak. Het gaat hier niet over eenmalige zorg maar er moet een continue zorg gegeven en verzekerd worden. Chronische

aandoeningen kennen vaker dan acute zorg een sluimerend begin zonder uitgesproken klachten. Risicopatiënten moeten dus vroegtijdig opgespoord worden door middel van screening om zo een correcte diagnose te krijgen. Bij chronische zorg is er ook minder focus op het volledig verhelpen of genezen van de aandoening maar willen we de aandoening onder controle krijgen. De patiënt moet mee in het verhaal stappen en moet regelmatig gecontroleerd en aangespoord worden om de aandoening onder controle te houden. Patiënten ontvangen veel informatie onder de vorm van gezondheidseducatie en zelfmanagement van hun aandoeningen. Tijdens al deze stappen van chronische zorg is er het risico dat het fout kan lopen en de aandoening niet of onvoldoende gecontroleerd wordt. Suboptimale zorg zal leiden tot een grotere populatie met vroegtijdige complicaties en een hogere kost. Om dit traject van chronische zorg in goede banen te leiden en te optimaliseren is een goede samenwerking tussen de verschillende gezondheidsprofessionals cruciaal. De verschillende interventies samen kunnen we onder de noemer plaatsen van geïntegreerde zorg of een 'integrated care package' (ICP). Indien deze ICP volledig geïmplementeerd is in het gezondheidssysteem, zal deze leiden tot verbeterde zorg en verbeterde gezondheidsuitkomst voor de patiënten (7).

De implementatie van een dergelijke ICP loopt echter niet altijd vlot. In de chronische zorg zullen vaak de kwetsbare groepen zoals ouderen of patiënten uit een lagere socio-economische groep slecht of helemaal niet bereikt worden met het ICP. Bij hen is de zorg vaak meer gefragementeerd, wat zorgt voor een minder goede samenhang en opvolging (8). In 2019 werd in dit kader het SCUBY (SCale Up diaBetes en hYpertension care) traject opgestart. SCUBY is een overkoepelend project tussen België, Cambodja en Slovenië. De bedoeling van het project is om een roadmap te ontwikkelen zodat op basis daarvan de ICP opgeschaald kan worden. Het SCUBY project bestaat uit drie fases: een formatieve fase waarbij een begintoestand bepaald wordt aan de hand van een meting, een interventie fase waarbij een strategie voor het opschalen bedacht wordt en deze ook wordt geïmplementeerd en als laatste een evaluatiefase waarbij de beginmeting herhaald wordt om het effect van het traject te bepalen (9). Tijdens de eerste fase heeft SCUBY in België de implementatie gemeten in verschillende praktijken. Na deze meting werd duidelijk dat de praktijken in het algemeen niet goed scoren op ACIC en dat de algemene organisatie van de praktijken niet altijd vlot verliep. Verder werd er tussen verschillende praktijken duidelijke verschillen opgemerkt. Tijdens de tweede fase wordt de focus gelegd op coaching van de praktijken. Er wordt gekeken naar de individuele noden per praktijk en wat de pijnpunten zijn. Als de verbeterpunten geïdentificeerd zijn, kan er systematisch tijdens de coachingsessies gewerkt worden naar een verbeterde praktijkstructuur. Hierin gaat het om de geïntegreerde zorg wat betreft chronische aandoeningen, er wordt gedurende dit coaching traject niet specifiek gefocust op Type 2 Diabetes en hypertensie.
Ons onderzoek maakt deel uit van het overkoepelende SCUBY project, dit volledige project verkreeg reeds in 2019 goedkeuring van het ethisch comité (goedkeuring door Ethisch Comité van de Universiteit Anwerpen, ref: B300201940005, B300201941020).

b. Onderzoeksvraag

1) Verandert de visie en aanpak van geïntegreerde zorg binnen de onderzoekspraktijken na het doorlopen van het coaching traject aangeboden door SCUBY?
2) Hoe ervaren de verschillende personen binnen de onderzoekspraktijken het doorlopen van het coaching traject? Zijn er belangrijke aanpassingen die moeten gebeuren alvorens dit op grote schaal gebruikt kan worden?
3) Is de interventie haalbaar binnen de context van een huisartsenpraktijk? Wordt deze manier van werken aanvaard binnen verschillende praktijken?

2. Methodologie

a. Studieopzet

Vertrekkende vanuit het SCUBY project werd recent nog een nieuw project binnengehaald: 'Traject chronische zorgorganisatie'. Initieel werden de verschillende praktijken geïnterviewd en werd er een score gegeven wat betreft de geïntegreerde zorg. Elke praktijk kreeg de opdracht om de zorg van diabetes en hypertensie op een betere/efficiëntere manier aan te pakken. Deze interventie wordt nu reeds een bepaalde tijd opgevolgd.

Sommige van de geïnterviewde praktijken hebben al stappen naar chronic care geïmplementeerd, echter de meeste scoren nog niet erg hoog momenteel.
Het coachingstraject bestaat uit verschillende sessies, gedurende de eerste sessie wordt een nieuwe meting met focus op verschillende accenten afgenomen. Samen wordt er gekeken naar de huidige werking van de praktijk. Alle artsen, verpleegkundigen of andere medewerkers binnen een praktijk gaan meewerken om nieuwe aspecten te implementeren om op die manier aan betere chronische zorg te gaan doen. Elke praktijk kan voor zichzelf kiezen wat zij als de voornaamste aspecten zien en op die manier ook beslissen welke actie ze gaan uitvoeren. Het gaat er voornamelijk om dat de praktijk in kwestie bepaald waar de prioriteiten liggen, op die manier wordt gehoopt dat de implementatie ook langdurig blijft bestaan. In de eerste sessie trachten we de verschillende pijnpunten in de praktijk de identificeren, maar ook de sterke punten te vinden die zeker behouden moet worden. Vervolgens gaat de onderzoeker nog een 5-tal keer langs om de praktijkwerking in verschillende stappen te optimaliseren. In volgende sessies wordt er samen naar een stappenplan gezocht om de veranderingen praktisch uit te voeren. Tijdens de implementatie van het stappenplan zal het ook nog geëvalueerd worden naarmate het project loopt. Tijdens de opvolgsessies kan het stappenplan nog bijgestuurd worden waar nodig onder begeleiding van de coaches. Op het einde zal er een evaluatie plaatsvinden waar gepeild wordt naar de uitkomsten van het actieplan. Daarbij wordt ook gekeken hoe ze dit proces zelf ervaren hebben en wat ze meenemen qua handvaten naar de toekomst.

Onze rol binnen dit project zal aan bod komen nadat de verschillende coachingsessies plaatsgevonden hebben. Op dat moment wordt er gekeken naar de implementatie van de veranderingen en hoe de praktijk het hele traject heeft ervaren. We gaan kijken wat er exact veranderd is binnen de aanpak van geïntegreerde zorg in een praktijk. Er wordt gekeken naar of

en hoeveel verbetering er is, maar daarnaast ook naar welke punten verbeterd zijn en wat hierin geholpen heeft. Het interview wordt afgenomen op basis van een vragenlijst. Deze interview guide (zie bijlage) werd opgesteld door de hoofdonderzoekers in overleg met het team dat het coachingstraject begeleidde. Deze vragenlijst werd opgesteld aan de hand van het ADKAR model. Dit staat voor awareness, desire, knowledge, ability en reinforcement. Gedurende het interview zullen al deze onderdelen van het coachingstraject bevraagd worden en wordt er gekeken of deze voldoende ingevuld worden. Het voornaamste doel van het onderzoek is bekijken hoe het coachingstraject ontvangen wordt door de verschillende praktijken. Op die manier kunnen de voor- en nadelen van de coaching bestudeerd worden en kunnen deze sessies verder ontwikkeld worden in de hoop deze te implementeren in verschillende praktijken.

Dit coachingstraject in het kader van SCUBY is een project dat zich situeert in Antwerpen, het wordt dan ook gefinancierd door de stad Antwerpen. Het is een redelijk intensief traject dat poogt de chronische zorg naar een hoger niveau te tillen. Er wordt ondertussen ook gekeken naar hoe er opgeschaald kan worden naar meer praktijken om zo een breder publiek te bereiken.

Wat betreft de metingen binnen dit project is het een goede zaak dat de meting uitgevoerd wordt door een ander team dan datgene dat de coaching gedaan heeft. Op die manier zal er geen bias wat betreft de interviewers ontstaan in de resultaten. Daarnaast kunnen de geïncludeerde praktijken dan ook vrijuit zeggen wat ze wel en niet goed vinden aan de coaching en welke dingen ze graag anders zouden zien. Het Antwerpse project dient eigenlijk als pilootproject voor een project in de verschillende provincies.

In samenwerking met Domus Medica is het op lange termijn de bedoeling dat deze coaching trajecten beschikbaar zullen zijn voor alle praktijken in Vlaanderen. Een ander project van SCUBY houdt een grootschalige coaching in binnen groepsessies. Hiervoor is het belangrijk om te gaan kijken hoe verschillende praktijken reageren op dit coaching traject en waar aanpassingen nodig zijn alvorens dit te kunnen gebruiken op grote schaal. Op basis van deze resultaten kan gekeken worden naar hoe goed de eerstelijnszones en afzonderlijke praktijken op dit moment functioneren en hoe hier op de meest efficiënte manier verandering in gebracht kan worden. De hoop binnen dit project is om de geïntegreerde zorg binnen het Belgische gezondheidssysteem naar een hoger niveau te tillen.

b. Onderzoekspopulatie

Op heden zijn er twee praktijken uit het SCUBY onderzoek bezig met de coachingsessies. Het gaat in beide gevallen om groepspraktijken in de regio Antwerpen. In praktijk 1 lopen de sessies ten einde in september, vervolgens kan hier een interview afgenomen worden met de verschillende leden van deze praktijk. In praktijk 2 is het coachingtraject nog maar in de beginfase, vermoedelijk zal het hier aflopen in januari 2023, waarna ook hier interviews afgenomen kunnen worden.

c. Interventie of blootstelling met de geplande meetmethode

De interventie waaraan de verschillende praktijken blootgesteld zullen worden is het coachingstraject opgesteld en uitgevoerd door SCUBY. Dit is een deel van de tweede fase van het SCUBY project. Dit traject bestaat uit vier sessies met het team dat verantwoordelijk is voor de coaching, zoals hierboven beschreven bij de studie-opzet, met op het einde nog een afsluitende sessie ter evaluatie.

Vervolgens zal in het kader van deze masterproef een interview afgenomen worden met de onderzoekspopulatie aan de hand van een interview guide opgesteld door FB en HP. Deze vragenlijst peilt naar de aanvaardbaarheid van het traject.

d. Datacollectie en verwerking

Dit zal gebeuren aan de hand van interviews door de twee hoofdonderzoekers (HP en FB). Elk interview zal uitgevoerd worden door een van de twee hoofdonderzoekers samen met een ervaren co-onderzoeker. Het gaat om medewerkers verbonden aan de Universiteit van Antwerpen of Domus Medica. Er zullen van deze interviews audio-opnames gemaakt worden. Er zullen ook korte schriftelijke verslagen gemaakt worden door de beide hoofdonderzoekers. Op basis hiervan kunnen er dan achteraf nog analyses plaatsvinden.

Het gaat hier om een kwalitatieve studie, er zal dan ook geen echte statistische analyse van de verschillende resultaten kunnen plaatsvinden. De scores op de ACIC vragenlijst kunnen uiteraard met elkaar vergeleken worden, maar het grootste en vooral belangrijkste deel van de interventie zal blijken uit de interviews met de verschillende praktijken. Voor de analyse van de interviews zal vermoedelijk gebruikt gemaakt worden van NVIVO.

Op dit punt kan nog niet geëvalueerd worden wat de impact van de interventie is. Echter binnen de implementation science kunnen twee verschillende dingen gemeten worden: wat is de impact van een interventie en daarnaast ook de implementation outcomes.
Deze masterproef zal vooral gericht zijn om de implementation oucomes: ‘Hoe wordt de interventie ontvangen binnen een doelgroep?’, ‘Is de interventie aanvaardbaar en implementeerbaar?’ ‘Kan een praktijk iets doen met deze interventie en kan ze daarnaast ook geadapteerd worden naar de eigen context van de praktijk en de praktijkpopulatie?’ ‘Blijven praktijken/artsen/medewerkers trouw aan de interventie en in welke hoeveelheid?’ ‘Hoeveel praktijken gaan effectief in op het aanbieden van een coachingstraject en passen dit ook echt toe binnen hun praktijk?’. Er bestaan verschillende tools om dit te meten. Onze interviewguide werd gebaseerd op ADKAR. We hopen met deze masterproef een bijdrage te kunnen leveren aan de geïntegreerde zorg van de Belgische gezondheidszorg.

3. Referenties

1. Renard F, Devleesschauwer, B. Health Status Report 2019, De gezondheidstoestand in België. Wettelijk depotnummer: D/2019/14.440/4 ed. Brussel, België: Sciensano. 2019. p. 48.
2. Liga D. Diabetes Type 2 2021 [Available from: https://www.diabetes.be/nl/leven-met-diabetes/diabetes-type-2.
3. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9(th) edition. Diabetes Res Clin Pract. 2019;157:107843.
4. Meeus T. Geïntegreerde eerstelijnszorg in België [Masterproef]: Universiteit Gent; 2017.
5. Roglic G. WHO Global report on diabetes: A summary. International Journal of Noncommunicable Diseases. 2016;1(1):3-8.
6. Van der Heyden J, Charafeddine, R. . Gezondheidsenquete 2018: Chronische ziekten en aandoeningen. Brussel, België: Sciensano [Rapportnummer: D/2019/14.440/36]. Available from: www.gezondheidsenquete.be.
7. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. Lancet. 2008;372(9642):940-9.
8. Monaco A, Palmer K, Marengoni A, Maggi S, Hassan TA, Donde S. Integrated care for the management of ageing-related non-communicable diseases: current gaps and future directions.
9. van Olmen J, Menon S, Poplas Susič A, Ir P, Klipstein-Grobusch K, Wouters E, et al. Scale-up integrated care for diabetes and hypertension in Cambodia, Slovenia and Belgium (SCUBY): a study design for a quasi-experimental multiple case study. Glob Health Action. 2020;13(1):1824382.

-

4. Bijlage

Interview guide

1. Algemeen

- U heeft nu het volledige coachingtraject doorlopen de afgelopen maanden, zou u dit traject eens kort kunnen beschrijven? Hoe heeft u het coachingtraject ervaren?

2. Awareness

= bewust zijn van de nood tot verandering

Wat was uw visie over geintegreerde zorg in de praktijk bij de start van het traject?

- Hoe heeft het traject met de verschillende sessies uw visie beïnvloed?
- Wat is volgens u de impact van dit traject? Wat is volgens u het doel van dit traject?
- Op welke manier draagt geïntegreerde zorg bij tot de algemene gezondheid van uw populatie?
    - Kan u hier een voorbeeld van geven?
- In welke mate was er nood aan verandering in uw praktijk?
    - Kan u dit uitleggen aan de hand van concrete voorbeelden?
    - Hoe hebben de verschillende sessies hier toe bijgedragen, welke impact hebben deze gehad? Is er een specifiek punt in de sessies dat voor een keerpunt heeft gezorgd?
- Hoe heeft u het invullen van de ACIC vragenlijst ervaren?
    - Aan de hand van deze vragenlijst kreeg u een spinnenweb als overzicht van de praktijk. Welke aspecten zijn hierbij naar voren gekomen voor u?
    - Hoe heeft dit bijgedragen tot de blootlegging van de pijnpunten/uitdagingen binnen de praktijk?
    - Faciliteerde het de keuze om op een bepaalde verandering in te zetten als praktijk?

3. Desire

= Wil en besluit om in verandering te participeren

Als we terugkijken naar de eerste sessie, met het spinnenweb, hoe heeft u dit ervaren?

- Biedt het spinnenweb inzicht op de pijnpunten van de praktijk?
- Waren er bepaalde dingen die aan bod kwamen die reeds zeer goed verliepen?
- Faciliteerde het de keuze om op een bepaalde verandering in te zetten als praktijk?
- Kon u zich vinden in de uiteindelijke consensus bekomen met de praktijk?
    - Zo nee, kan u dat toelichten met een voorbeeld? wat had u eventueel anders willen besluiten?
- Gaf de vaststelling van de pijnpunten u ook motivatie om er mee aan te slag te gaan?
- Vond u het nodig dat veranderingen binnen de praktijk kwamen?

- Zijn er bepaalde (goede of slechte) factoren die voor u meespelen om deze aanpassingen te willen doorvoeren?
- Hoe comfortabel voelde je je bij dit traject? (affective attitude)

4. Knowledge

= Kennis hoe te veranderen

- Welke skills zijn volgens u van belang om de veranderingen toe te passen in de praktijk?
    - Heeft het coachingtraject genoeg handvaten/skills gegeven om de veranderingen in uw praktijk in gang te zetten?
- Welke ondersteuning heeft u eventueel nog gemist in het traject?
    - Welke vragen zijn voor u nog onbeantwoord op dit moment?
    - Zou u meerwaarde hechten aan eventueel meer tastbare ondersteuning (cursussen, leidraden, websites…)?

5. Ability

= Competenties om verandering toe te passen, erin te functioneren

- Kan u zich vinden in de vooropgestelde veranderingen?
- Welke struikelblokken zag u of heeft u ondervonden tijdens de implementatie van de veranderingen?
- Welke aspecten binnen de praktijk dragen bij tot het slagen van dit project?
- Welke aspecten binnen de praktijk vormen net een hindernis voor het slagen van het project?
- Wat betreft de twee vragen hierboven, hebt u hier ook individuele bedenkingen over?
- Hoeveel inspanning kostte dit traject jou? (burden)
- In welke mate interfereerde dit traject met andere prioriteiten? (oppotiunity costs)
- Hoe zelfzeker voel je je om de praktijkwerking te verbeteren? (self-efficacy)
- Heeft dit traject jullie praktijkwerking verbeterd? (perceived effectiveness)

6. Reinforcement

= Maatregelen om verandering te verduurzamen

- Voelt u zich klaar om de veranderingen door te zetten in de praktijk zonder extra ondersteuning?
    - In welke mate zijn er nu al tools aanwezig om veranderingen te ondersteunen?
    - Welke ondersteuning zou u eventueel nog graag krijgen?
- Hoe ziet u de verandering op de lange termijn?
    - Ziet u het haalbaar om deze veranderingen vol te houden in de dagdagelijkse praktijk?
- Voelt u zich bekwaam om de opgedane kennis toe te passen op een ander traject of onderwerp in de praktijk in de toekomst?

7. Afsluitend

- Is er nog iets dat u kwijt wilt over traject?
- Stel dat we dit traject aanbieden aan andere huisartsenpraktijken, wat is volgens u de key tot succes? Wat zijn eventuele verbeterpunten?

Bijlage 6: Goedkeuring ethisch comité

ETHISCH COMITE

Prof. Dr Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Professor Josefien van Olmen

Family Medicine & population health - UAntwerpen

Dr Fien Boels

Project titel: Evaluatie van het traject chronische zorgorganisatie, een coachingstraject binnen het SCUBY project.

Project ID 3746 - Edge n/a - BUN n/a

Datum: 21/11/2022

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 21/11/2022

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

Document Type	File Name	Date	Version
CV	CV_J. Van Olmen_202201	05/07/2022	1
Questionnaire	Interview guide 15-07	15/07/2022	1
Accompanying letter	Begeleidende brief EC	23/08/2022	1
CV	CV Helena Peeters	23/08/2022	1
CV	CV Fien Boels	23/08/2022	1
Insurance	Insurance	23/08/2022	1
GCP	GCP Fien Boels 2022	26/08/2022	1
GCP	GCP certificate J. Van Olmen	26/08/2022	1
GCP	GCP_Helena Peeters	26/08/2022	1
Remarks	Aanvraag_EC_25-10-22 Versie 2	25/10/2022	2
Remarks	Informed Consent Masterproef Versie 2 - 02-11-22	02/11/2022	2

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten



Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen

cc.

FAGG - Research & development departement, Galileelaan 5/03, 1210 Brussel

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
Ms Bettina Blaumeiser	Physicians
Emeritus Professor Hilde Bortier	MD, PhD
Mrs Sarah Claes	Staffmember Research Dept. UAntwerpen
Prof. Dr. Patrick Cras	Vice-Chair, Physicians
dr Elyne De Baetselier	Nurse
Ms Ingrid De Meester	Pharmacologist
Professor Francois Eyskens	Physician
Ms Lina Fierens	Nurse
Ms Kristien Hens	Philosopher
Mr Kris Ides	Physiotherapist
Prof. Dr. Greet Ieven	Vice-Chair, Physician
Mr. Daan Kenis	Pharmacist
Ms Johanna Kwakkel-van Erp	Physicians
Dr Leon Luyten	Physicians
Ms Barbara Michiels	General Practitioner
Mr Peter Michielsen	Chair, Physicians
Ms Inge Michielsens	Legal
Mr Pieter Moons	Coordinator Bio- and Human Tissue bank
Mr Bernard Paelinck	Physician
Mr. Michaël Pössel	Healthy volunteer phase 1
Ms Veerle Schoeters	Nurse
Mr. Kris Smulders	Nurse
Mr Jan Van den Brande	Physicians
Mr Filip Van den Eede	Physicians
Mr Pieter Van Dyck	Physicians
Mr Guy Van Honste	Patient Representative
Ms Dominique Van Praag	Psychologist
Mr. Yves Vandermotten	Healthy volunteer phase 1
Mr Thierry Vansweevelt	Legal
Dr Michiel Voeten	Physician
Ms Griet Wyers	Pharmacist