# Eerste stappen in de ontwikkeling van een kwaliteitshandboek voor huisartsen

Joeri Eyckmans, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

# Dankwoord

Graag zou ik eerst een aantal mensen bedanken.

Allereerst wil ik mijn promotor, Prof. Dr. Jan De Lepeleire, bedanken voor de tips, steun en zijn inzicht tijdens het hele proces van de ontwikkeling van deze thesis. Dankzij zijn goede raad kreeg ik meer inzicht in het thema en werd deze tekst een beter en samenhangender geheel.

Graag zou ik ook Dr. Moene Seuntjens willen bedanken. Zij gaf mij raad, steun en structuur wanneer het hoognodig was.

Mijn dank aan mijn praktijkopleider, Dr. Sara Nuyts, mijn collega Dr. Marleen Verboven en de praktijkassistente in mijn opleidingspraktijk, Nelly Peeters voor hun enthousiaste tips en hun belangrijke bijdrage in mijn opleiding tijdens de laatste 2 jaar.

Ook mijn ouders wil ik bedanken voor de vele schouderklopjes en het nalezen van deze thesis.

# Abstract

**Abstract**: Eerste stappen in de ontwikkeling van een kwaliteitshandboek voor huisartsen
**Haio**: Joeri Eyckmans (Katholieke Universiteit Leuven)
**Promotor**: Prof. Dr. Jan De Lepeleire (Katholieke Universiteit Leuven)
**Praktijkopleider**: Dr. Sara Nuyts

**Context**: In alle domeinen van de samenleving is er meer aandacht en vraag naar kwaliteit. Ook van huisartsen wordt verwacht dat ze aantoonbare, *kwaliteitsvolle zorg* leveren. Het is daarom belangrijk om een aangepast kwaliteitsmanagementsysteem voor de huisartsgeneeskunde in Vlaanderen te ontwikkelen. Dit moet de huisarts bijstaan om volgens de huidige richtlijnen en verwachtingen van de maatschappij te werken aan kwaliteit en deze aan te tonen aan zowel patiënten en de samenleving.

**Onderzoeksvraag**: De hoofdvraag van deze scriptie is hoe het kwaliteitsproces van de huisarts kan worden ondersteund. Een kwaliteitshandboek is een essentieel onderdeel van een kwaliteitsmanagementsysteem. De vragen die dan hierover gesteld worden zijn:

- Wat is een kwaliteitshandboek?
- Wat zijn de onderdelen en structuur van een kwaliteitshandboek?
- Wat zijn de randvoorwaarden voor het optimaal hanteren van een kwaliteitshandboek?
- Is de ontwikkeling van een digitaal online kwaliteitshandboek in Vlaanderen haalbaar?
- Hoe kan de verdere ontwikkeling van een kwaliteitshandboek gebeuren met de lessen die uit dit project geleerd zijn?

**Methode:** Aan de hand van referentie-artikels over kwaliteitsmanagement in de eerste lijn en de Vlaamse beleidsvoering worden begrippenkaders geschetst over kwaliteit en kwaliteitsmanagement in de huisartsenpraktijk. De belangrijkste fundamenten voor een kwaliteitshandboek worden gekaderd en toegepast in een essay. Er werd een rondetafelgesprek georganiseerd met geïnteresseerde eindgebruikers om de belangrijkste bedenkingen rond dit project op te lijsten. Hierna werden er gesprekken gevoerd met zowel ontwikkelaars van kwaliteitshandboeken op andere terreinen als informatici bezig met databasesystemen. Deze informatie werd gebruikt om een proefversie van een werkend digitale kwaliteitstool te ontwikkelen op basis van één domein: 'hygiëne en infectiepreventie in de huisartsenpraktijk.' De belangrijkste lessen die hieruit werden geleerd, werden daarna geïmplementeerd. Dit kan een basis zijn voor de verdere ontwikkeling door universiteiten, huisartsenorganisaties en andere ontwikkelaars.

**Resultaten:** De eerste lijn heeft nood aan een gestructureerd kwaliteitsbeleid en een kwaliteitsmanagementtool die huisartsen hierbij kan ondersteunen. Kwaliteitsverbetering in huisartsenpraktijken is hierbij een belangrijk doel. Een kwaliteitshandboek moet zo gestructureerd worden dat richtlijnen leiden tot een praktijkprotocol dat op maat gemaakt kan worden voor elke praktijk. Deze protocollen dienen tot veranderingen in organisatie, structuur en beleid van praktijken die de kwaliteit van de eerstelijnszorg ten goede komt. De tool moet artsen ondersteunen bij het nagaan van richtlijnen, het implementeren hiervan, het maken van een jaarrapport en het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren.

**Conclusie:** *Het ontwikkelen van een online kwaliteitshandboek is mogelijk, haalbaar en functioneel*. Voor deze ontwikkeling dient nog verder voorbereidend werk te gebeuren. Hierna kan men testen op grotere schaal. Zowel financieel als technisch zijn hier meer middelen en omkadering voor nodig. Deze tool moet continu geëvalueerd worden zowel op het vlak van gebruikerservaring als op effect van de geleverde kwaliteit in de praktijk.

**E-mail**: joeri_eyckmans@outlook.com

# Inhoudsopgave

**DEEL A: ESSAY: LITERATUUR OMTRENT KWALITEIT IN DE EERSTELIJNSZORG IN VLAANDEREN ..... 6**

**1 Inleiding in kwaliteit..... 6**

1.1 Kwaliteitsbeleid en het begrip kwaliteit..... 6

1.2 Kwaliteitsverantwoording. ..... 6

*1.2.1 Verantwoording op basis van vereiste of vertrouwen..... 6*

*1.2.2 Verplichte tegenover educatieve verantwoording ..... 7*

**2 Hoe doet men aan kwaliteitsverbetering? ..... 7**

2.1 PDCA-cyclus ..... 7

2.2 Kwaliteitsverbetering in praktijk ..... 8

2.3 Nieuwe doelen stellen..... 9

**3 Kwaliteitsbeleid ..... 10**

3.1 Kwaliteitsbeleid in Vlaanderen..... 10

3.2 Toezicht, evaluatie en sancties..... 11

**4 Wat is een kwaliteitshandboek? ..... 11**

4.1 Definitie volgens ISO ..... 11

4.2 Een kwaliteitsmanagementsysteem..... 11

**5 Onderdelen van een kwaliteitshandboek..... 11**

5.1 Onderdelen volgens ISO ..... 11

5.2 Afspraken en richtlijnen ..... 12

*5.2.1 Praktijkprotocol ..... 12*

*5.2.2 Praktijkrichtlijnen..... 12*

*5.2.3 Praktijkafspraken..... 12*

5.3 Meten van kwaliteit..... 12

5.4 Evaluatie en feedback ..... 13

5.5 Jaarrapportage ..... 14

**6 Structuur van een kwaliteitshandboek ..... 15**

**7 Beïnvloedende factoren (1) (26)..... 17**

7.1 Sociale vaardigheden van de artsen en medewerkers..... 17

7.2 Attitude van medewerkers..... 17

7.3 Patiënten ..... 17

**8 Randvoorwaarden voor het gebruik van een kwaliteitshandboek..... 18**

8.1 Randvoorwaarden gesteld aan de gebruikers..... 18

8.2 Randvoorwaarden gesteld aan het systeem zelf (28) ..... 18

**DEEL B: PROEFPROJECT: HET ONTWIKKELEN VAN EEN KWALITEITSHANDBOEK: 'EEN PROOF OF CONCEPT'** ..... **19**

**9 Voorbereiding in het ontwikkelen van een werkend kwaliteitshandboek** ..... **19**

9.1 Eerste verkenning bij mogelijke eindgebruikers ..... 19

*9.1.1 Kernvragen bij het rondetafelgesprek* ..... *19*

*9.1.2 Samenvatting van de meest voorkomende antwoorden uit het rondetafelgesprek* ..... *20*

9.2 Voorbeeld van een goed functionerende kwaliteitstool ..... 20

**10 Ontwikkeling van een digitale tool** ..... **22**

10.1 Informaticasysteem ..... 23

10.2 Databasesysteem ..... 23

10.3 Toegangsrechten ..... 24

10.4 Beveiliging ..... 24

10.5 Een werkbare organisatiestructuur van de digitale tool ..... 25

10.6 Kwaliteitsindicatoren ..... 26

10.7 Concrete ontwikkeling van één domein ..... 27

*10.7.1 Digitale richtlijn* ..... *27*

*10.7.2 Digitaal praktijkprotocol invoeren* ..... *28*

*10.7.3 Benchmarking, evaluatie en zelfevaluatie* ..... *30*

**11 Discussie** ..... **32**

11.1 Geleerde lessen uit het proefproject ..... 32

11.2 Wat zijn de volgende stappen die nodig zijn bij het ontwikkelen van een kwaliteitshandboek? 33

**Algemeen besluit** ..... **34**

**Verwijzingen** ..... **35**

**Bijlage 1: deelnamelijst rondetafelgesprek 26/06/2012** ..... **37**

**Bijlage 2: structuur van een kwaliteitshandboek volgens EPA** ..... **38**

**Bijlage 3: Indicatoren per domein volgens EPA (28)** ..... **40**

# Inleiding

*"Quality means doing it right when no one is looking." (Henry Ford)*

*"Kwaliteit: het geheel van eigenschappen van een object, waarbij een object een ding, activiteit, persoon of concept kan zijn." (ISO)*

*Hoe verbeteren we de kwaliteit van geleverde zorg in een huisartsenpraktijk?* Op deze vraag probeert het eerste deel van deze scriptie een antwoord te zoeken. Een antwoord wordt gezocht in een aantal referentie-artikels in het Vlaamse eerstelijnszorglandschap. Er werd geen klassieke literatuurstudie uitgevoerd maar vooral gerefereerd naar de diverse bronnen die op een verschillende manier kijken naar kwaliteit in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen. Hiervan werd een essay opgesteld.

In het eerste onderdeel van deze scriptie wordt onderbouwd wat ***kwaliteit van zorg is en hoe deze verbeterd kan worden.*** Welke principes kunnen over het algemeen worden gehanteerd om kwaliteitsverbetering op de werkvloer te verkrijgen. Ook op de vraag waarom kwaliteitsverbetering en kwaliteitsmanagement zo belangrijk is wordt geëxploreerd.

Daarna wordt besproken ***wat het beleid verwacht*** van de gezondheidszorg en specifieker; de eerste lijn. Het Vlaamse kwaliteitsdecreet wordt besproken met zijn vereisten naar de zorgverleners. Een kwaliteitshandboek blijkt een van de essentiële onderdelen te zijn om kwaliteit op te tekenen en aan te tonen. ***Maar wat is een kwaliteitshandboek en hoe hoort het er uit te zien?*** Ook de structuur moet worden vastgelegd.

Het gebruik van een kwaliteitshandboek alleen blijkt echter niet voldoende te zijn voor garantie op kwaliteitsverbetering. Hier zijn verschillende ***beïnvloedende factoren*** van belang. Ook zijn er een aantal ***randvoorwaarden*** voor de gebruikers en het systeem zelf.

Nu vastgelegd is wat er in een kwaliteitshandboek moet staan en hoe de structuur opgebouwd is kan er ***ontwikkeld worden aan een eerste proefversie***. Eerst en vooral moet er worden gezocht naar een geschikt format. Bij nazicht blijkt dat er al een aantal digitale kwaliteitshandboeken zijn ontwikkeld in andere sectoren. Deze dienen als voorbeeld voor het ontwikkelen van een digitaal eerstelijns kwaliteitshandboek. Valkuilen en moeilijkheden worden besproken en er wordt één onderdeel van een handboek ontwikkeld op kleine schaal. Hieruit kunnen lessen worden getrokken die toekomstige ontwikkelaars kunnen gebruiken om een kwaliteitstool op grotere schaal te ontwikkelen.

# Deel A: essay: literatuur omtrent kwaliteit in de eerstelijnszorg in Vlaanderen

## 1 Inleiding in kwaliteit

### 1.1 Kwaliteitsbeleid en het begrip kwaliteit

Er zijn meerdere definities van het begrip kwaliteit. Door de jaren heen zijn hieromtrent verschillende belichtingen ontwikkeld. De inkleuring hangt sterk af van de auteur en het doel van het begrippenkader. Economische definities zijn dus anders dan bijvoorbeeld filosofische. Een van de werkdefinities in de medische kwaliteitssector werd uitgewerkt in het boek '*kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg*' (1). Er worden hier een aantal eisen gesteld aan kwaliteitsbeleid. Dit betekent dat zorg doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en moreel verantwoord moet zijn. Dit alles zonder bijwerkingen. Zorgverleners moeten dan ook bereid zijn om kwaliteit te leveren. Ze moeten zich kritisch opstellen over hun eigen kwaliteit en die van collega's.

Indien zorgverleners aan al deze voorwaarden voldoen, leveren ze theoretisch een hogere kwaliteit van zorg. Dit betekent echter dat men deze factoren moet kunnen vastleggen, opsporen, evalueren en bespreken. Wanneer men hiervoor procedures heeft noemt men dit *kwaliteitsbeleid* (2). Kwaliteitsbeleid heeft niet het doel te bestraffen maar vooral om kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen.

Er wordt vaak gedacht dat professionele training voor zorgverleners genoeg is om kwaliteitsvolle zorg te leveren. Toch tonen veel studies in laatste tientallen jaren aan dat dit niet het geval is. Vele patiënten kregen niet de zorg die ze verdienden. Ze worden blootgesteld aan inefficiënte, onnodige of zelfs schadelijke zorg. (3) Er is nood aan een algemeen beleid en structuren om dit op te vangen. Systematische en continue kwaliteitsbevordering dient worden opgestart op alle niveaus van de gezondheidszorgsector. Dit geldt ook voor de eerste lijn. (4)

### 1.2 Kwaliteitsverantwoording.

Artsen hebben altijd hun geschiktheid voor het uitoefenen van hun beroep moeten aantonen. Voorheen was dit vooral impliciet. Hun diploma en dagelijks tonen van een acceptabel niveau van hun kunnen was voldoende om aan de vragen van hun patiënten te voldoen. Toch worden tegenwoordig meer expliciete vereisten gesteld. Artsen moeten meer en meer de kwaliteit van zorg aantonen. Dit wordt gevraagd door zowel de overheid, patiënten, de publieke opinie, gerechtelijke systemen en de media. (5)

#### 1.2.1 Verantwoording op basis van vereiste of vertrouwen

Verantwoording kan gebeuren op basis van vereiste of op basis van vertrouwen. Meer en meer gaat verantwoording een eis worden van bijvoorbeeld overheidsinstanties. (5) Toch zijn er verschillende voordelen aan verantwoording door vertrouwen in plaats van vereiste verantwoording. (6) Zo zijn zowel de menselijke als financiële kosten hoger wanneer verantwoording een vereiste wordt.

Bij vereiste verantwoording moeten er telkens dure controlesystemen opgezet worden waarbij zorgverleners zich vaak zorgen maken met wat er met deze informatie gebeurt. In de toekomst is het daarom belangrijk om een goede balans te vinden tussen deze twee manieren van verantwoording.

Deze balans wordt ook beïnvloed door een aantal externe factoren zoals: het politieke klimaat, sociale factoren zoals de publieke opinie en het in de media komen van medische schandalen. (7) Het is daarom interessant om een kwaliteitsmanagementsysteem op touw te zetten waarbij kwaliteitsverbetering primeert over kwaliteitscontrole. Dit systeem dient te worden ontwikkeld in een samenwerkingsverband tussen eindgebruikers (artsen zelf), artsengroeperingen, informatici, de overheid en de universiteiten.

### 1.2.2 Verplichte tegenover educatieve verantwoording

Verantwoordingssytemen worden ingedeeld in twee categorieën (8). Verplichte systemen werken vooral in de hand dat organisaties gaan trachten aan de minimumvereisten te voldoen. Dit is heel anders bij educatieve verantwoordingssystemen. Hierbij zal de focus liggen op zelfontplooiing, verbeterde persoonlijke prestaties en verminderde risico's. De systemen gebaseerd op continue vorming hebben bewezen significant meer effect te hebben op kwaliteit van geleverde zorg. (9) Deze systemen hebben dus de voorkeur.

Een kwaliteitssysteem zal dus betere resultaten leveren indien het gebaseerd is op *educatieve verantwoording in vertrouwen*. Het moet gericht zijn om de gebruiker te stimuleren om nieuwe, meer kwaliteitsvolle methoden in de praktijk te brengen. Hierover moet gerapporteerd worden met als doel de organisatie van de praktijk opnieuw bij te schaven om opnieuw aan kwaliteitsverbetering te doen.

# 2 Hoe doet men aan kwaliteitsverbetering?

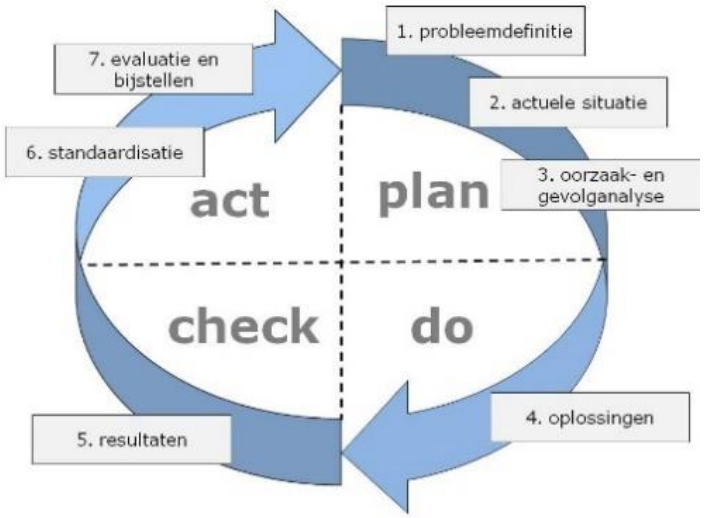
Het grootste doel is niet de kwaliteit te meten maar vooral ook te **verbeteren**. Hiervoor is een kwaliteitsmanagementsysteem (zie 4.2) nodig. Maar hoe verbetert men kwaliteit? De raad van Europa stelt dat een kwaliteitsverbeteringssysteem een set geïntegreerde en geplande activiteiten en maatregelen op verschillende niveaus in de gezondheidszorgorganisatie inhoudt. Deze zijn gericht op het continu waarborgen en verbeteren van kwaliteit van patiëntenzorg. (4)

Hoe zorgt men dat theoretische concepten tot een actuele en aangename verbetering leiden zonder dat dit een belasting wordt voor de medewerkers? Twee belangrijke concepten zijn de PDCA-cyclus ontworpen door William Edwards Deming en het implementatiemodel van Grol en Wensing. Deze twee begrippen tonen aan hoe men kwaliteit kan aanpakken en verbeteren in praktijk.

## 2.1 PDCA-cyclus

De PDCA-cyclus (10) is een mogelijke aanpak voor continue registratie en deze te gebruiken om nieuwe en betere ideeën te implementeren in de praktijk. Het helpt dus een arts om een nieuw protocol in de praktijk te brengen. PDCA staat voor Plan-Do-Check-Act. Eerst en vooral dient men een praktijkprotocol op te stellen in de praktijk waar men de huidige en nieuwe afspraken in vastlegt. Daarna past men dit protocol toe in de praktijk (do) en gaat men (check) herevalueren. Na deze evaluatie kan men de pijnpunten opnieuw aanpakken en veranderen in het protocol (act).

Een nieuwer begrip is de OPDCA. De O staat voor 'observatie'. Hier stelt men dus dat men de huidige situatie eerst dient te evalueren voor men kan beginnen plannen. Een *kwaliteitshandboek* moet dus zo worden opgesteld dat deze opeenvolgende stappen logisch worden toegepast.




*Figuur 1: PDCA-cyclus*

## 2.2 Kwaliteitsverbetering in praktijk

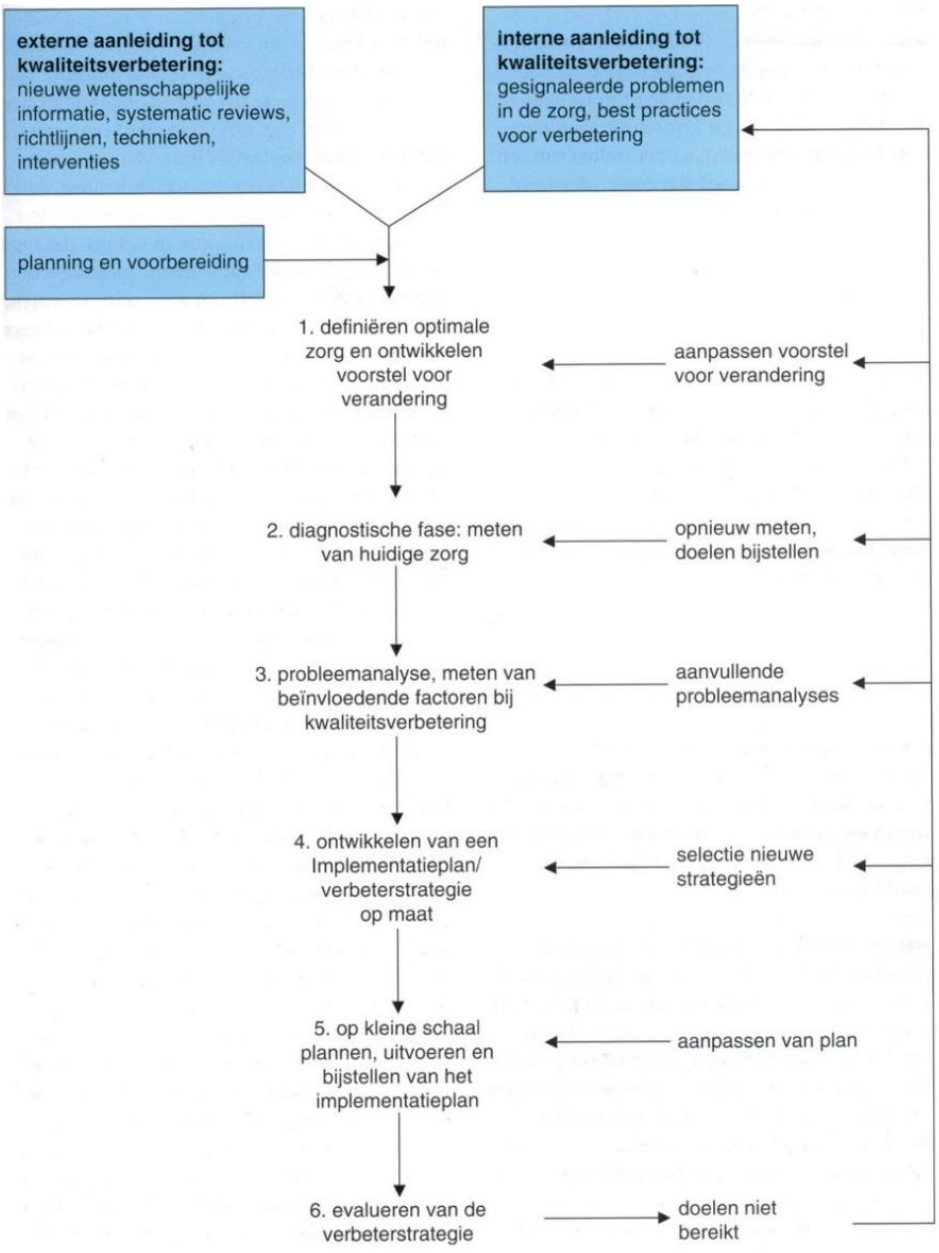
Het implementatiemodel van Grol en Wensing (11) is eerder een praktische aanpak van de PDCA-cyclus. Hierin wordt een kader geschapen van hoe men deze in praktijk kan toepassen (Figuur 2)

Men begint met het samenvoegen van zowel wetenschappelijke informatie, andere externe bronnen en interne aanleidingen zoals problemen en foutenanalyses. Deze brengt men samen in een consensusdocument dat vastlegt wat de afspraken gaan zijn rond één thema. Het helpen aanleveren van wetenschappelijke informatie en werkdocumenten voor interne evaluatie kan een belangrijk onderdeel zijn van een kwaliteitstool. Zo wordt kwaliteitsmanagement bereikbaar voor eindgebruikers die geen expert zijn in opzoekwerk en/of geen ervaring hebben met interne kwaliteitscontrole.

De tweede stap is het meten van de geleverde zorg rond dit thema. Ook hier kan onze tool een interessant hulpmiddel zijn. Meten is weten maar hoe meet men? Het is lang niet eenvoudig om alle informatie van een praktijk te verzamelen zonder dat dit een zware belasting wordt voor de medewerkers. Het automatisch importeren van informatie uit het elektronisch medisch dossier is hier een van de belangrijke mogelijkheden. Buiten de gegevens uit het EMD zijn er nog talrijke andere belangrijke en interessante gegevens. De minimum- en maximumtemperaturen uit de koelkast of het aantal klachten over bepaalde zaken van patiënten bijvoorbeeld. Door deze snel en eenvoudig in te kunnen geven in een digitaal infoblad kan de praktijk een beter beeld krijgen van hoe hij functioneert.

Wanneer men dan een probleemanalyse uitvoert en hierna een verbeterstrategie kan ontwikkelen doet men automatisch aan kwaliteitsverbetering. Dit is niet enkel nodig maar ook nuttig voor een praktijk. Door te verbeteren zal men dus sneller pijnpunten in het licht zetten. Dit zal automatisch de zorg en het werk efficiënter en transparanter maken en heeft dus ook positieve gevolgen voor de praktijk en de medewerkers.

Elk van deze fases moet dus in een *kwaliteitsmanagementsysteem worden teruggevonden*. Later in deze tekst in Figuur 5 wordt dit implementatiemodel verwerkt voor het ontwikkelen van een kwaliteitshandboek in de praktijk.




*Figuur 2: Implementatiemodel van Grol en Wensing (2006)*

## 2.3 Nieuwe doelen stellen

Nieuwe doelen dienen opgesteld te worden volgens het SMART-principe (12). Hiervoor dienen doelen dus de volgende eigenschappen te bezitten:

- Specifiek
- Meetbaar
- Acceptabel
- Realistisch
- Tijdsgebonden.

Een voorbeeld hiervan is:

- Het registreren van het rookgedrag (roken én niet-roken) van minstens 60% van alle patiënten dat langskomt binnen het half jaar.

# 3 Kwaliteitsbeleid

Voor men kan beginnen ontwikkelen aan een kwaliteitsmanagementsysteem moet men eerst nagaan wat de samenleving verwacht. Wat is het beleid dat gevoerd wordt en wat zijn de vereisten aan zorgverleners? Wat is de algemene tendens en waar wil men naar toe?

## 3.1 Kwaliteitsbeleid in Vlaanderen

In 2003 werd in Vlaanderen een nieuw kwaliteitsdecreet in de gezondheidssector van kracht (13). Dit decreet gepubliceerd om kwaliteitsbevordering en –evaluatie te bevorderen. Er werd echter vooral gefocust op grotere instellingen zoals ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen. Het kwaliteitsdecreet is slechts een theoretisch concept dat moeilijk toepasbaar is in de eerstelijnsgeneeskunde. Er werd een kader geschapen waarin de Vlaamse gezondheidszorgsector dient te werken. Om ze echter concreet te gaan toepassen is er meer onderbouw nodig dan enkel het decreet. Het ontbreekt aan een algemene visie en richting voor de ganse gezondheidszorg. Concretere invulling moet worden ontwikkeld. Het ontwerpen van een kwaliteitstool kan hierbij een deel van de oplossing zijn. De onderdelen die wel vastliggen in het Vlaamse decreet worden hier besproken. Verdere uitwerking hiervan buiten het decreet komen in de volgende hoofdstukken.

Een kwaliteitsbeleid wordt volgens het Vlaamse decreet uitgevoerd door alle medewerkers en streeft naar voordelen voor gebruikers, medewerkers, de praktijk en de samenleving. Het bestaat uit een missie, een visie, doelstellingen en een strategie. Het hele kwaliteitsbeleid van een voorziening kan een gestalte krijgen in een **kwaliteitshandboek**.

Elke zorgverlener is verplicht om aan kwaliteitszorg te doen. Het is een deel van de managementfunctie van de zorgverlener. Hiervoor zijn volgens het decreet 2 belangrijke onderdelen nodig: een kwaliteitsmanagementsysteem en zelfevaluatie. Deze 2 onderdelen worden schematisch voorgesteld in volgende figuur.

| Kwaliteitsmanagementsysteem | Zelfevaluatie |
|---|---|
| • Organistorische structuur<br>• Bevoegdheden<br>• Verantwoordelijkheden<br>• Procedures<br>• Processen | • Wijze waarop systematisch gegevens worden verzameld over kwaliteit<br>• Hoe deze gegevens worden gebuikt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren<br>• Stappenplan met tijdspad om deze doelstellingen te bereiken<br>• Frequentie van evaluatie van deze doelstellingen<br>• Welke stappen dienen ondernomen te worden als de doelstellingen niet worden bereikt? |

*Figuur 3: Onderdelen van een kwaliteitshandboek volgens het Vlaams Kwaliteitsdecreet 2003*

Figuur 3 geeft dus weer hoe een kwaliteitshandboek er dient uit te zien volgens de Vlaamse beleidsmakers. Een goed ontworpen tool maakt dus dat al deze elementen hier expliciet uit

voortvloeien indien deze juist gebruikt wordt. Het Vlaamse kwaliteitsdecreet legt ook onderdelen vast die in een kwaliteitshandboek dienen voor te komen. Deze worden besproken in hoofdstuk 5.2.

Een belangrijk punt in het kwaliteitsdecreet is dat het de mogelijkheid geeft aan de Vlaamse overheid om vereisten op te leggen met betrekking tot het kwaliteitshandboek. Zo kan de Vlaamse regering een lijst opstellen van aspecten van zorg die onder de loep dienen genomen te worden in een kwaliteitshandboek. Kwaliteitsmanagement wordt dus meer en meer een vereiste en geen optie. Het uitwerken van een hulpmiddel dringt zich dus op, ook in de eerste lijn.

### 3.2 Toezicht, evaluatie en sancties

Het decreet stelt de Vlaamse overheid in de mogelijkheid om de kwaliteit van zorg per sector en individueel te evalueren en 'alle stappen te ondernemen die daarvoor nodig zijn'. De gegevens die hiervoor nodig zijn worden door de Vlaamse overheid bepaald en verzameld. Een erkenning van een voorziening (in dit geval van de huisarts zelf) kan 'enkel worden behouden over verlengd als de voorziening voldoet aan bepalingen van het decreet'.

# 4 Wat is een kwaliteitshandboek?

## 4.1 Definitie volgens ISO

Een belangrijke autoriteit in de wereld van kwaliteitsmanagement is de International Organization for Standardization (ISO) (2). Zij ontwikkelde dan ook de meest gangbare definitie voor een **kwaliteitshandboek**. Een kwaliteitshandboek is een vorm van kwaliteitsdocumentatie. Dit kan gaan om geschreven procedures, beleid, controlelijsten, formulieren of afbeeldingen, tekeningen, stroomdiagrammen, diagrammen en zelfs IT-systemen.

Een kwaliteitshandboek beschrijft het kwaliteitssysteem en vertelt hoe dit zou moeten functioneren.

## 4.2 Een kwaliteitsmanagementsysteem

Een kwaliteitsmanagementsysteem is het geheel aan factoren die worden bewerkstelligd om kwaliteit te beschrijven en te verbeteren in een organisatie. Het *kwaliteitshandboek* is hier de schriftelijke rapportage van. ***Het is dus een essentieel deel van kwaliteitsverbetering!***

Een kwaliteitsmanagementsysteem is een systeem gericht op beheersing en verbetering van de bedrijfsvoering (processen) binnen de organisatie met als doel continu verbeteren van het product. Het is een samenhangend geheel van afspraken die ervoor zorgen dat iedereen in de organisatie doet wat nodig is om de organisatiedoelen te realiseren. Dit kan zijn op het gebied van kwaliteit, maar ook van milieu en veiligheid. (14)

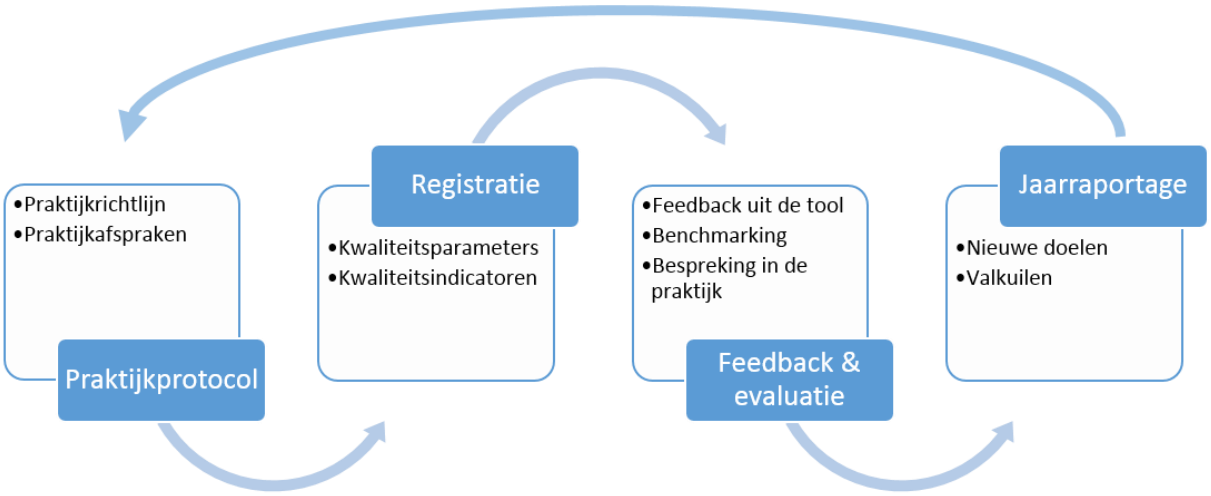
# 5 Onderdelen van een kwaliteitshandboek

## 5.1 Onderdelen volgens ISO

De ISO 9001 (14) normen vragen de volgende onderdelen:

- Een kwaliteitsbeleid: dit is de visie die de organisatie zelf heeft over kwaliteitsbeleid
- Meetbare kwaliteitsdoelen
- Documentatie over procedures om de kwaliteitsdoelen te bereiken

Een kwaliteitshandboek bestaat uit 4 essentiële onderdelen:




*Figuur 4: Onderdelen van een kwalitieitsmanagementsysteem*

## 5.2 Afspraken en richtlijnen

De volgende onderdelen worden besproken in het **Vlaamse kwaliteitsdecreet** (13) (zie 3.1).

### 5.2.1 Praktijkprotocol

Procedures en processen worden weergegeven in een *praktijkprotocol***.** Hierin legt men de gemaakte afspraken in de praktijk vast rond één thema. Deze informatie komt uit verschillende bronnen.

### 5.2.2 Praktijkrichtlijnen

Praktijkrichtlijnen zijn EBM gebaseerd. Deze moeten worden ontwikkeld met het doel om toegepast te kunnen worden in een Vlaamse eerstelijnspraktijk. Deze richtlijnen worden op basis van wetenschappelijk onderzoek ontwikkeld en worden in de tool automatisch aangepast. Een belangrijk voordeel van het ontwikkelen van een digitale versie is dus dat nieuwe richtlijnen continu geleverd kunnen worden aan de praktijk. Zo zal de nieuwste wetenschappelijke informatie altijd voor handen zijn. Iets wat nu zeker niet altijd het geval is.

### 5.2.3 Praktijkafspraken

Praktijkafspraken zijn afspraken die de praktijk zelf aan richtlijnen toevoegt. Deze kunnen richtlijnen aanvullen of zelfs tegenspreken indien hiervoor een goed onderbouwde redenering wordt gevolgd.

Het is belangrijk om niet enkel Evidence Based richtlijnen op de praktijk te projecteren. Medewerkers krijgen zo het gevoel dat ze zelf niets meer te zeggen hebben in de praktijk. Dit haalt de motivatie volledig onderuit. Praktijkprotocols moeten afgesteld zijn op de individuele praktijk. Richtlijnen geven enkel een aanwijzing van wat er over het algemeen het meest bewezen effect heeft op kwaliteit van zorg. Ze kunnen echter niet op alle praktijken toegepast worden.

## 5.3 Meten van kwaliteit

De enige mogelijkheid om feedback te krijgen over hoe een praktijk zich aan de gemaakte afspraken houdt is het meten van bepaalde kwaliteitsparameters. Deze parameters moeten onmiddellijk worden gedefinieerd in de verschillende richtlijnen.

Kwaliteitsparameters geven op zich de mogelijkheid om **kwaliteitsindicatoren** te ontwikkelen. Kwaliteitsindicatoren zijn meetbare elementen van praktijkprestaties waarvoor er bewijs of consensus is dat deze kunnen gebruikt worden voor kwaliteitsmeting. Hierdoor kunnen ze gebruikt worden voor het wijzigen van de kwaliteit van verleende zorg. (15)

*Donabedian* (16) stelde een model op om kwaliteit te beoordelen in de gezondheidszorg. Dit is tot op vandaag nog het dominante model hieromtrent. Hij stelt dat er meerdere soorten kwaliteitsindicatoren ontwikkeld kunnen worden:

- Structuurindicatoren
    - Meten de structuur van de zorg en de uiteindelijke zorg zelf.
    - Vb.: mogelijkheid om bij elke raadpleging een ECG af te nemen indien nodig.
- Procesindicatoren
    - De daadwerkelijke zorg die verleend wordt en de communicatie hierrond
    - Vb.: percentage van patiënten waarbij het rookgedrag gekend is.
- Resultaatindicatoren
    - De uiteindelijke doelen van zorg zoals de uitkomst op mortaliteit en morbiditeit, het aantal ziekenhuisopnames en dergelijke

In de eerstelijnszorg dienen deze indicatoren volgende aspecten te behandelen (17):

- Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg met inbegrip van het maken van afspraken en wachttijden
- Klinische competentie, diagnose en effectiviteit van behandeling.
- Communicatievaardigheden met inbegrip van luisteren, patiënten educatie en het meedelen van besluitvorming en beleid.
- Interpersoonlijke kenmerken zoals inleving en respect voor patiënten
- Organisatie van zorg met inbegrip van continuïteit en coördinatie van zorg.

Er dient nog veel aandacht besteed te worden aan het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren buiten de expliciete medische domeinen. Kwaliteitsindicatoren zijn ook vaak zeer context-afhankelijk. Zo kunnen vaak de kwaliteitsindicatoren ontwikkeld voor secundaire gezondheidszorg of ontwikkeld in de het buitenland niet dienen voor de Vlaamse huisartsen. Indicatoren, richtlijnen en standaarden gaan hand in hand maar zijn niet hetzelfde. *Richtlijnen* zijn globale aanbevelingen die het beleid aangeven. *Indicatoren* zijn hierop gebaseerd. *Standaarden* zijn de minimumvereisten en doelen voor verbetering van zorg. (18)

Er zijn verschillende wetenschappelijke methoden voor het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren. Bij het ontwikkelen of omvormen van richtlijnen voor een online kwaliteitstool kunnen deze gehanteerd worden. De Delphi-techniek, de RAND-methode en de ontwikkeling van indicatoren op basis van richtlijnen zijn de drie meest gebruikte technieken. (18) Hier wordt niet verder op ingegaan in deze tekst.

## 5.4 Evaluatie en feedback

Uit deze evaluatie, registratie en rapportage van indicatoren dient feedback te komen. Deze feedback heeft in een kwaliteitshandboek twee functies. Als eerste dient het voor de praktijk als evaluatie over een bepaald tijdsinterval over een specifiek onderdeel van de praktijkvoering. Hierdoor kan de praktijk zich situeren tegenover de rest van de praktijken die gebruik maken van de tool (= **benchmarking**). Dit

kan een belangrijke motivator zijn om het beter te doen of om bepaalde minder goede punten te verbeteren. (19)

Als tweede doel kan deze feedback gebruikt worden in een jaarrapport. Hier kan een behaalde kwaliteitsindicator voor dat jaar worden gerapporteerd. Belangrijk hierbij is dat in dit jaarrapport een strategie kan worden opgesteld om deze resultaten te verbeteren. (11)

Deze feedback dient zo gestructureerd te zijn dat het ook een wezenlijk verschil maakt in de organisatie van de praktijk. Wanneer feedback grafisch of in een vergelijkingstabel zal worden voorgesteld heeft dit een groter effect op de praktijkwerking. Zo wordt er in het EPA-project gebruik gemaakt van een pentagram waarbij de vijf domeinen worden gescoord tegenover de maximum, minimum en gemiddelde score van de andere praktijken. Ook krijgen de praktijken deze informatie in tabellen waarbij hun score wordt uitgezet tegenover de gemiddelde scores van andere praktijken.

EPA stelde de volgende basisaanbevelingen samen voor het geven van effectieve feedback (20):

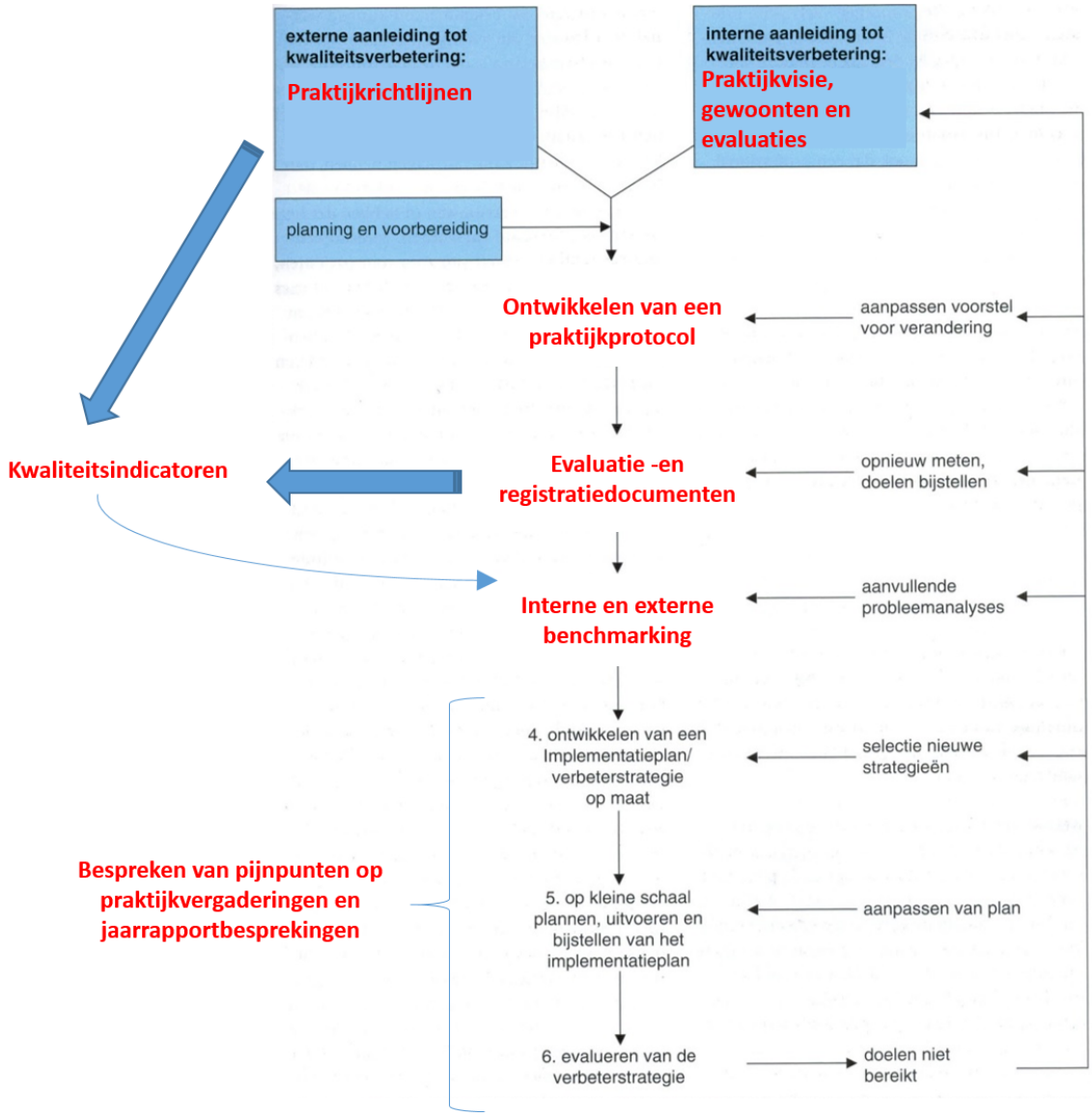
- Analyseren van prestaties niet vergeleken op gemiddelden maar op benchmarks of strategische doelstellingen
- Het identificeren van belangrijkste drijfveren van slechte prestaties
- Analyseren van prestaties op meer gedetailleerd en nuttig niveau
- Identificeren van veranderingen of trends in prestaties
- Meerdere kwaliteitsmetingen combineren in multi-item scores wanneer dat mogelijk is
- Presentatie van de gegevens in verschillende visuele formaten voor mensen met verschillende leerstijlen

Het is belangrijk op te merken dat de feedback in dit project wordt voorgesteld door een visitator. Dit heeft een belangrijk bijkomend motivationeel effect (19). Ook zijn de praktijken in het EPA-project vrijwillig ingestapt en zijn zij dus van zichzelf gemotiveerd voor verandering op kwaliteitsniveau. Dit zal mogelijk anders zijn bij een eerder verplicht kwaliteitshandboek waarbij geen visitatie gebeurt. Verder onderzoek is nodig om feedback op een zo effectief mogelijke manier te presenteren aan praktijken zonder visitator.

## 5.5 Jaarrapportage

Een jaarrapportage is een verslag waarbij alle activiteiten in het kader van kwaliteitsbeleid worden opgenomen. Ook de resultaten van dit beleid dienen worden vermeld. Hierin wordt aangegeven hoe men met de bestaande richtlijnen is omgegaan. Kwaliteitsindicatoren spelen hierbij een essentiële rol. Het is tevens ook een reflectie op het eigen functioneren. Men kan er dus intern en extern verantwoording mee afleggen voor het kwaliteitsbeleid. Het jaarrapport dient als instrument om onderwerpen voor kwaliteitsverbetering op te sporen. (21)

Al deze onderdelen kunnen worden ingepast in het implementatiemodel van Grol en Wensing (zie 2.2). Figuur 5 is dus een basisschema van hoe een kwaliteitshandboek moet opgebouwd worden en wat de essentiële onderdelen hiervan dienen te zijn.

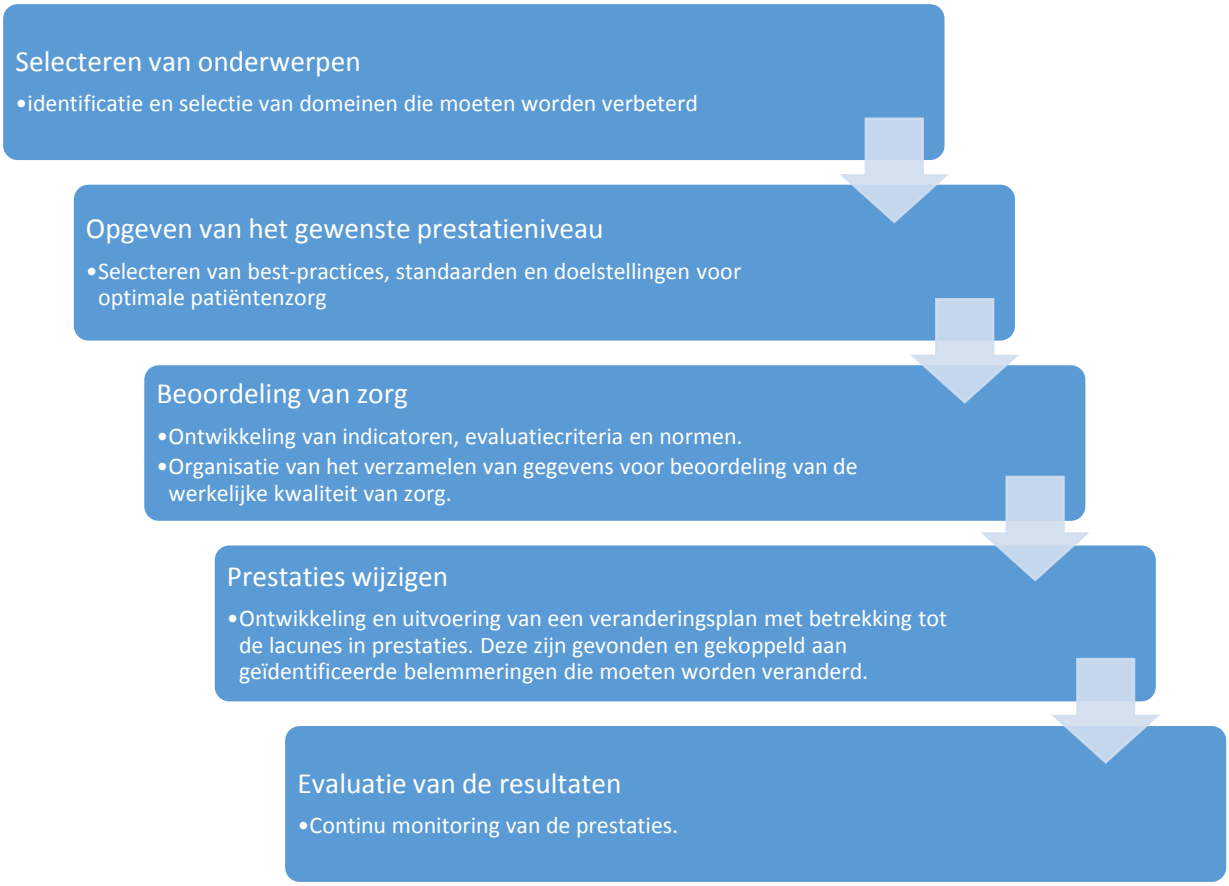



*Figuur 5: concrete invulling van het implementatiemodel van Grol en Wensing.*

# 6 Structuur van een kwaliteitshandboek

Het uitselecteren van onderwerpen en het uitwerken van de verwachtingen hieromtrent gebeurt in richtlijnen. Dit gebeurt volgens Baker in verschillende stappen. (Figuur 6) (22)

In een samenwerking tussen de verschillende Vlaamse universiteiten, het RIZIV, Domus Medica en het European Practice Assessment werd een praktijkondersteunend programma opgesteld waarbij praktijken begeleid werden om een kwaliteitsbeleid op te stellen: het POP project. De doelstelling hierbij was om de mogelijkheden, moeilijkheden en problemen bij het opstellen van praktijkrapporten aan te geven. Een theoretisch kader werd getoetst aan de ervaring over de haalbaarheid in de praktijk. (23)




*Figuur 6: uitselecteren van domeinen voor kwaliteitsverbetering en lacunes hierin volgens Baker*

In het project werden praktijken persoonlijk begeleid en gevisiteerd. Dit is echter iets wat in deze vorm in de praktijk op grote schaal niet haalbaar is. De kosten van het EPA-project werden op 1.000 euro per praktijk per jaar gerekend. Dit was het gevolg van zowel de visitatie als de hoge IT-kosten. (24) Het moet dus ook mogelijk zijn voor een praktijk om een kwaliteitshandboek op te stellen zonder dat persoonlijke coaching essentieel is voor goede kwaliteitswerking.

De structuur van het EPA-handboek is terug te vinden in de bijlage 2. De onderwerpen werden ingedeeld in vijf domeinen (zie Figuur 7). Hierover werd telkens een beoordeling uitgevoerd waar de parktijken feedback over kregen. Voor elk domein werden kwaliteitsindicatoren uitgewerkt. Deze zijn terug te vinden in bijlage 3. De domeinen en kwaliteitsindicatoren werden ontwikkeld door een expertenpanel van 60 medewerkers. Dit waren vooral huisartsen en experten in management en organisatie in de eerste lijn uit de 6 deelnemende Europese landen (Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, België, Zwitserland, Nederland en Duitsland. De indicatoren werden vooral gebaseerd op EBM-richtlijnen. Indien deze niet beschikbaar waren werd er een consensus geformuleerd door deze 60 experten. (25)

De structuur ontwikkeld door EPA kan een basis zijn waarop men kan voortbouwen bij het ontwikkelen van een digitaal kwaliteitshandboek. Er werd onmiddellijk ook een leidraad (23) gepubliceerd. Hierin beschreef men de invulling van deze structuur. Er wordt met voorbeelden aangehaald hoe een praktijk het EPA-instrument kan gebruiken voor het opstellen van een jaarrapport. Een digitaal handboek kan zo ontwikkeld worden dat een gebruiker automatisch wordt bijgestaan bij het inbrengen van gegevens.




*Figuur 7: Domeinen van onderwerpen voor kwaliteitsverbetering volgens EPA*

Het ontwikkelen van richtlijnen is een heel hoofdstuk apart. Toch zijn er belangrijke punten die we dienen op te lijsten. Het ontwikkelen dient in dienst te staan van het kwaliteitshandboek en niet omgekeerd. Zo moet een richtlijn ontwikkeld worden met als doel het systeem te ondersteunen. De structuur van het kwaliteitshandboek moet gekend zijn zodat het ontwikkelen hiervan dit vergemakkelijkt.

# 7 Beïnvloedende factoren [(1) (26)]

## 7.1 Sociale vaardigheden van de artsen en medewerkers

Buiten de onderdelen van het kwaliteitsmanagementsysteem zijn er echter nog vele andere factoren die mee bepalen of de zorg van hoge kwaliteit is. Zo zullen de sociale vaardigheden van een zorgverlener en diens communicatietechnieken een belangrijke rol spelen. Zowel de communicatie met collega's, medewerkers en patiënten is van groot belang voor elk onderdeel van kwaliteitsbeheer. Zo moet er open en transparant gecommuniceerd worden over nieuwe strategieën en fouten. Er moet op een constructieve manier worden samengewerkt aan kwaliteitsverbetering.

## 7.2 Attitude van medewerkers

De artsen zelf spelen hierbij een cruciale rol. Een kwaliteitsmanagementsysteem kan op papier volledig juist worden uitgewerkt en in de praktijk toch falen. De juiste attitude en flexibiliteit zijn hierbij belangrijk. Ook het veranderen van vastgeroeste patronen en hiervoor openstaan zijn essentieel. Hierover dient zowel met de medewerkers als met de patiënten over gecommuniceerd te worden.

## 7.3 Patiënten

Ook patiënten moeten hierin worden betrokken. Het veranderen van gewoonten zal voor hen ook een merkbare wijziging in de praktijk zijn. Hierover dient dan duidelijk gecommuniceerd te worden. Het is ook belangrijk om af en toe steekproeven uit te voeren over kwaliteitsparameters bij patiënten. Deze kunnen informatie geven over patiënten tevredenheid. Dit kan gaan over communicatie, wachttijden, telefonisch advies, toegankelijkheid, tevredenheid over de medewerkers, hygiëne, …

# 8 Randvoorwaarden voor het gebruik van een kwaliteitshandboek

Zoals eerder vermeld kan een kwaliteitsmanagementsysteem volledig volgens de regels van de kunst worden opgesteld en toch falen. Randvoorwaarden voor het gebruik van een kwaliteitssysteem worden hier opgesomd:

## 8.1 Randvoorwaarden gesteld aan de gebruikers

The World association of Family Doctors (WONCA) lijstte zes domeinen van kerncompetenties op voor huisartsen (27) . Dit zijn dan ook meteen randvoorwaarden om kwaliteitswerking uit te voeren:

### Management in de eerstelijnsgezondheidszorg

- De huisarts moet veel ziektegerelateerde problemen aanpakken.
- Hij/zij coordineert de zorg in samenwerking met andere zorverleners en patiënten door naar adequate gezondheidsdiensten

### Persoonsgerichte zorg met oog op communicatie

- Een huisarts moet een goede communicatie met zijn/haar patiënten uitvoeren om een efficiënte arts-patiëntrelatie te hebben.
- Hij/zij verzekert de continuiteit van de zorg (in persoon en in tijd)

### Specifieke probleemoplossende vaardigheden

- De huisarts moet vaak omgaan met vorege symptomen en ongedifferentieerde problemen. Verzamelen van informatie uit de voorgeschiedenis van de patiënt, klinisch onderzoek en indien nodig techniesch onderzoek maakt deel uit van een passend managementplan.

### Uitgebreide aanpak

- De huisarts heeft vaak te maken met meer dan één klacht of pathologie binnen één raadpleging. Hierbij maakt hij gebruik van zowel preventieve, curatieve als palliatieve zorg.

### Gemeenschapszorg

- De huisarts overweegt de belangen van de patiënt en die van de gemeenschap.

### Holistische aanpak

- De huisarts maakt gebruik van de bio-psycho-sociale dimensies van een probleem, vaak binnen één raadpleging.

De huisarts moet dus op al deze vlakken kwaliteit van zorg garanderen. Hij moet op een reflectieve manier omgaan met kwaliteitswerking.

## 8.2 Randvoorwaarden gesteld aan het systeem zelf (28)

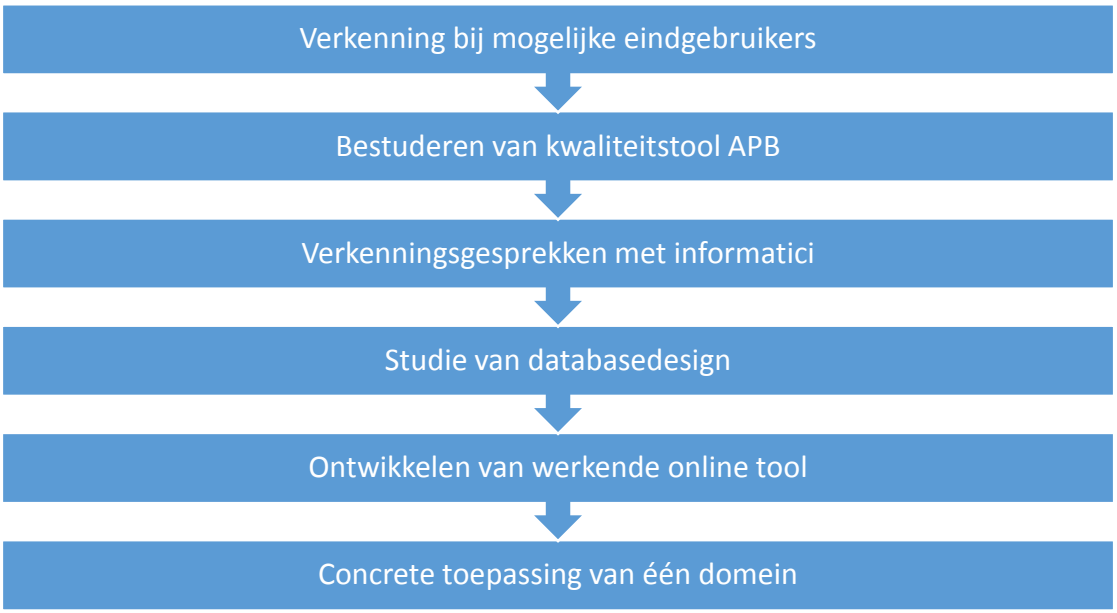
- Het systeem wijst zich uit: interne handleidingen worden continu weergeven per topic
- Het systeem moet hanteerbaar en duidelijk zijn voor alle medewerkers, ook zonder specifieke training over kwaliteitsmanagement
- Het systeem moet een significante invloed hebben op de kwaliteit en de prestaties van de praktijk en medewerkers.
- Het systeem is onderbouwd met wetenschappelijke methoden en instrumenten.

# Deel B: proefproject: het ontwikkelen van een kwaliteitshandboek: ‘een proof of concept’

## 9 Voorbereiding in het ontwikkelen van een werkend kwaliteitshandboek

Een goed functionerende en nuttige kwaliteitstool dient dus alle onderdelen van de vorige hoofdstukken te bevatten (Figuur 4). De tool dient zo ontwikkeld te worden dat het nemen van de eerste stap automatisch leidt tot de volgende. Het implementatiemodel is hier een leidraad (Figuur 5). Het systeem moet focussen op educatie en zelfontplooiing en eindgebruikers aanzetten om nieuwe richtlijnen te exploreren en ze te implementeren in de praktijk (zie 1.2.2)

Om de mogelijkheden en moeilijkheden van het ontplooien van deze tool in kaart te brengen kozen we er voor om zelf een systeem op kleine schaal te ontwikkelen. We werkten een proefversie uit na gesprekken met zowel mogelijke eindgebruikers als informatici. Figuur 8 vat de stappen in het ontwikkelingsproces samen.




*Figuur 8: stappen in ontwikkeling van het proefconcept.*

### 9.1 Eerste verkenning bij mogelijke eindgebruikers

Om een idee te krijgen van wat er verwacht wordt van een kwaliteitsmanagementsysteem werd een rondetafelgesprek georganiseerd met een aantal huisartsen die geïnteresseerd waren in kwaliteitsbevordering. De deelnamelijst aan dit rondetafelgesprek is terug te vinden in bijlage 1.

#### 9.1.1 Kernvragen bij het rondetafelgesprek

- Hoe zien eindgebruikers een kwaliteitshandboek en welke onderdelen moet dit bevatten?
- Wat zijn de vereisten onderdelen van een kwaliteitshandboek?

- Wat zijn de vereisten om een kwaliteitshandboek te gaan gebruiken?
- Zijn er bezorgdheden omtrent het kwaliteitshandboek?
- Welke belemmerende factoren worden er gezien voor de implementatie van een kwaliteitshandboek?

### 9.1.2 Samenvatting van de meest voorkomende antwoorden uit het rondetafelgesprek

In dit deel worden de meest voorkomende antwoorden uit het rondetafelgesprek samengevat. Het geeft dus een idee van hoe de basis naar een kwaliteitshandboek kijkt. Voor een meer gestructureerd en onderbouwd beeld is een enquête op grotere schaal nodig.

Een kwaliteitshandboek moest over het algemeen een handig *werkdocument* zijn dat ge*makkelijk* hanteerbaar was. Het moest op een *snelle manier raadpleegbaar* zijn voor elke medewerker in de praktijk. Het gebruik ervan mocht niet leiden tot verlies van zowel tijd als inkomsten.

Ook was er de vrees dat de werkbelasting zou vergroten door het gebruik van een kwaliteitsboek zelf. Extra inspanningen op het vlak van het implementeren van deze kwaliteitsprojecten werden als een struikelblok aanzien. De grootste vrees was duidelijk dat er meer tijd moest besteed worden aan nog meer administratie en dat men minder met de corebusiness kon bezig zijn: consultaties met patiënten.

Een andere belangrijke opmerking was dat elke praktijk zijn eigen gewoontes en gebruiken heeft. Een universeel rigide kwaliteitshandboek zou dus niet worden aanvaard. Praktijkrichtlijnen moeten zo ontwikkeld worden dat praktijken hen kunnen toepassen volgens hun werkwijzen zonder dat dit de eigenheid van de praktijk zelf aantast.

Ook de participatie van andere collega's werd aangehaald. Zowel oudere als jongere collega's en andere medewerkers moeten gemotiveerd zijn om nieuwe werkwijzen uit te denken en deze toe te passen. Een keten is immers maar zo sterk als de zwakste schakel.

Geleidelijkheid en het aanbrengen van eerder kleine veranderingen zijn hier twee belangrijke boodschappen. Een kwaliteitstool moet dus zo ontwikkeld worden dat het niet van de ene dag op de andere de praktijk helemaal hervormt. Het is veel interessanter om bepaalde thema's aan te pakken die iedereen aanbelangt. Zo kan er in een praktijk aan tafel worden gezeten rond één thema waarrond afspraken gemaakt worden op basis van een praktijkrichtlijn. Deze afspraken kunnen dan worden ingegeven.

Na het ronde tafelgesprek werd dus duidelijk dat een kwaliteitshandboek geen statisch keurslijf mag zijn. Het dient een soort van *ondersteunende tool* te zijn die een praktijk helpt om aan kwaliteitswerking te doen zonder extra belasting voor de medewerkers. Een medewerker is pas gemotiveerd om deel te nemen aan dit soort projecten als hij hiervan ook onmiddellijk genot heeft (29).

## 9.2 Voorbeeld van een goed functionerende kwaliteitstool

Het volgende tekstdeel is een samenvatting van een gesprek met Jan Saevels van de APB. Hij gaf tekst en uitleg bij de ontwikkeling van de kwaliteitstool voor apothekers.

Het *kwaliteitshandboek van de apothekersbond* werd ontwikkeld vanaf 2009 om het KB houdende de Onderrichtingen voor Apothekers te implementeren. Dit Koninklijk Besluit hield immers in dat de wetgever de apothekers verplichtte om vanaf 2012 aan kwaliteitsbevordering deel te nemen. Door de *open houding* van de apothekers werd een samenwerkingsverband aangegaan tussen de overheid en

de bond zelf. Door dit partnerschap hadden de apothekers als experten mee beslissingsrecht over wat er verwacht zou worden van deze kwaliteitsbevordering. Hierdoor ontstond de Gids voor Goede Officinale Farmaceutische Praktijken die gepubliceerd werd als bijlage van het KB in 2009. Deze beschrijft de algemene regels en aanbevelingen voor wat er van een apotheek verwacht wordt en had als doel om kwalitatief hoogstaand werk te verzekeren. Het KB verplichtte de apothekers om bepaalde acties op vlak van kwaliteitsverbetering te ondernemen.

Om de apothekers bij te staan om deze nieuwe vereisten toe te passen ging men onmiddellijk op zoek naar een hulpmiddel. Door de goedverspreide informatisering onder de apothekers ging de eerste keuze uit naar een **digitale tool**. Dit had verschillende voordelen. Onder andere de mogelijkheid om gemakkelijk analyse uit te voeren, gegevens snel aan te passen, nieuwe onderdelen te implementeren en updates van richtlijnen snel tot bij de eindgebruiker te brengen wegen zwaar door. Ook voor de gebruikers zelf heeft het vele voordelen. Zo is er steeds een back-up van de wettelijk verplichte gegevens, heeft men geen papieren versie meer nodig en kan heel de praktijk simultaan met de laatste nieuwe versie werken.

Door deze keuze kan men dus een dynamisch en gebruiksvriendelijk hulpmiddel aanbieden waar de gebruiker continu de tool kan raadplegen en gegevens kan inbrengen. Langs de andere kant kunnen ingebrachte gegevens constant worden geanalyseerd waardoor richtlijnen meer en meer kunnen worden aangepast aan de praktijkbehoeften zelf. Zo kunnen noden voor de hulpverleners ook sneller worden opgespoord en aangepakt.

In 2010 werd een eerste enquête (30) gehouden om te peilen naar de mening van de apothekers zelf over deze wetgeving en tool. 61% van de ondervraagden had van de tool gehoord. Dit werd als laag aanzien door de APB omdat er voordien al veel aandacht werd besteed aan het inlichten via verschillende kanalen. Verdere voorlichting bleef en blijft dus belangrijk.

90 % van de ondervraagden gaven aan dat ze een kwaliteitshandboek zouden opstellen. 46,5% van hen niet omdat het verplicht was maar ook om een andere reden die voor hen belangrijk waren. De belangrijkste redenen waren:

1. Het leidt tot continue verbetering van mijn eigen werk
2. Het laat me toe een optimale kwaliteit van mijn eigen werk te behalen
3. De traceerbaarheid van de verschillende officinale activiteiten te waarborgen
4. De kwaliteit van mijn werk aantonen.

Meerdere antwoorden aangeven was mogelijk.

Dit geeft dus aan dat zelfs zonder wettelijke verplichting de helft van de zorgverleners het nut inziet van een kwaliteitshandboek. De belangrijke vraag die we ons dan stellen is waarom er tot nu toe nog steeds geen initiatieven zijn in de huisartsengeneeskunde.

Door verschillende gesprekken heen kwam ik telkens twee antwoorden tegen. Eerst en vooral is er de schrik voor extra werkbelasting. De angst voor extra administratie bovenop wat er nu al vereist wordt leidt er toe dat vele artsen niet staan te springen om een kwaliteitshandboek te gaan gebruiken. Ook heerst de vrees dat men extra energie moet steken in kwaliteitsbevordering zelf. Vele artsen verwachten dat dit een energie- en tijdrovende taak is. Voor men dus een kwaliteitstool ontwikkelt

voor huisartsen is het dus belangrijk om na te gaan wat de visie is van de basis over een kwaliteitshandboek. Een enquête onder de artsen zoals die van de APB dringt zich dus op.

Een tweede belangrijke punt is dat dit project moet geleid worden door een brede groep van experten. Dit moeten zowel huisartsen zijn als informatici, juristen en beleidsvoerders. Individueel is dit een titanenwerk. De hele beroepscategorie moet samen aan de slag om een kwaliteitshandboek samen te ontwikkelen en te implementeren.

De belangrijkste lessen die uit het gesprek met Jan Saevels konden worden geleerd waren de volgende:

- Een kwaliteitshandboek dient dynamisch te zijn
- Een digitale vorm is de enige werkbare vorm waarbij men up-to-date gegevens kan inbrengen en wijzigen
- Deze digitale tool moet beheerd worden door de beroepsfederatie zelf en mag niet leiden tot overheidscontrole
- Inlichting en voorlichting over deze tool en het belang van deze kwaliteit bevorderende projecten is noodzakelijk om de hele beroepscategorie te motiveren om mee te werken
- Een partnerschap met zowel de overheid als een informaticaprovider is essentieel
- De kosten van de ontwikkeling werden onderschat. De enige manier om dit soort hulpmiddel te ontwikkelen is door met de hele beroepsfederatie samen te werken.
- Door een proactieve houding aan te nemen en niet te wachten op overheidsinstanties kan een beroepsvereniging zelf een kwaltietshandboek ontwikkelen. Hierdoor kunnen onpraktische verplichtingen van buitenaf vermeden worden.
- Ook al zijn er tot vandaag nog geen grote gecontroleerde studies, toch zijn er vele indicatoren die er op wijzen dat dit project een succes is. Vele apothekers worden nu ondersteund in kwaliteitsbevordering en vinden dit geen extra werkbelasting.
- Een enquête zoals die van de APB in 2010 kan een belangrijk hulpmiddel zijn om de pijnpunten bij artsen in kaart te brengen.

# 10 Ontwikkeling van een digitale tool

Om een idee te krijgen hoe een digitaal kwaliteitshandboek met alle bovenstaande vereisten er uit zou zien werkten we een functionele online-tool uit. Hierin moesten alle stappen van kwaliteitswerking verwerkt zitten: protocolaanmaak, registratie & evaluatie, feedback en rapportage. Voor de uitwerking werd één domein uitgeselecteerd op basis van een masterproef van Dr. Sofie Rose over hygiëne en infectiepreventie (31). De richtlijnen en evaluatietools die hierin werden beschreven werden gedigitaliseerd. In dit hoofdstuk wordt dit proces verder besproken.

Aanvankelijk was het de bedoeling deze tool te gaan testen op grotere schaal. Dit bleek niet mogelijk te zijn. Financieel en technisch was dit proefproject onvoldoende bemiddeld om een goede werking te garanderen aan meerdere praktijken. Ook qua kennis van databasesystemen en beveiliging zou deze doelstelling te veel vergen. Aangezien het hier om privacygevoelige gegevens zou gaan kon de beveiliging van het systeem de vertrouwelijkheid van gegevens niet garanderen.

Het uittesten van de tool in de eigen praktijk gaf aan dat het systeem wel volledig functioneel was. Protocollen konden worden ingegeven en geraadpleegd door alle medewerkers. Evaluatie kon worden uitgevoerd aan de hand van de ontworpen evaluatie-tool. Ook kreeg men na de evaluatie telkens feedback over de eigen score, de trend van de eigen score tegenover vroegere evaluaties en

benchmarking tegenover de andere deelnemers in de praktijk. Indien meerdere praktijken zouden deelnemen was ook benchmarking tegenover hen mogelijk. Na deze scores kon men telkens de delen van de richtlijn waar men minder goed scoorde terugvinden door een hyperlink. Hierdoor kon men nieuwe doelen formuleren en registreren voor verdere kwaliteitsverbetering.

## 10.1 Informaticasysteem

Een belangrijke volgende stap was informatie inwinnen bij informatici die zich specialiseren in databasedesign en –onderhoud. Ook basisliteratuur over databasebeheer en websitedesign werd geraadpleegd.

Vele tools voor artsen worden ontwikkeld door niet-artsen. Dit heeft belangrijke nadelen. Zowel de functionaliteit als de werking zijn niet altijd optimaal in de praktijk. Een nieuwe tool moet dus uitgewerkt worden door artsen en informatici samen. Toch is het belangrijk om inzichten te krijgen over wat mogelijk is en wat zeker niet. Zo kunnen problemen bij de ontwikkeling sneller worden onderkend en worden aangepakt.

## 10.2 Databasesysteem

Het is onmogelijk om als leek op korte termijn heer en meester te worden in databasedesign. Het was belangrijk om eerst een aantal informatici te raadplegen. Hieruit werden volgende lessen getrokken:

- Een keuze van een databasesysteem is essentieel. Er zijn verschillende systemen met elk hun voor- en nadelen.
- Vrije tekst in een databasesysteem kan niet worden geanalyseerd. Hierdoor moeten richtlijnen worden ontworpen zodat ze flexibel zijn, aangepast worden aan elke praktijk maar waardoor het aantal vrije tekst toch tot een minimum wordt beperkt.
- Een databasesysteem dat op deze grootte wordt ontplooid dient goed ondersteund te worden.
- Een databasesysteem zoals dit moet continu onderhouden worden door technici gespecialiseerd in databaseonderhoud
- Een database als deze moet doordacht ontwikkeld worden. Hiervoor dient eerst een grondig schema gemaakt te worden van wat verwacht wordt van de tool.
- De functionaliteit van de tool hangt van verschillende zaken af zoals
    - De keuze van databasesysteem
    - De keuze van websitedesign
    - Het aantal extra mogelijkheden waarin voorzien wordt
    - Het budget
- De beveiliging van dit soort systemen is een onderdeel apart. Dit dient te gebeuren met certificaten die ook door de overheid dienen worden goedgekeurd. Dit is bijzonder belangrijk aangezien het om vertrouwelijke gegevens kan gaan.
- Het aantal informatici dat hieraan dient deel te nemen is niet te onderschatten. Dit ook omdat er verschillende mensen uit verschillende vakgebieden hieraan moeten samenwerken.

*Het databasesysteem waarin ik bijstudeerde, mySQL, zou op termijn geen oplossing bieden in het ontwikkelen van dit soort project. Ook de taal waarin ik ontwikkelde, PHP, is te primitief en te omslachtig om in verder te gaan. Toch heb ik er voor gekozen om mijn proof-of-concept hierin te ontwikkelen. De informatici waar ik mee sprak moedigden dit ook aan. Hierdoor kreeg ik een goed besef van de basisbeginselen van databasebeheer. Ik kreeg inzicht in hoe dit soort systemen in elkaar zat en het belang van de verschillende onderdelen hiervan. Een goed databasedesign is onontbeerlijk.*

*De ontwikkeling en de daarmee gepaard gaande problemen nam veel tijd in beslag. Zowel databaseproblemen als structuurproblemen bij het ontwikkelen van een kwaliteitshandboek lagen hier aan de basis. De keuzes gemaakt in structuur en formuliersystemen voor het kwaliteitshandboek moeten worden vertaald naar een ontwikkelingstaal die kan worden doorgevoerd naar een database. In elk van deze stappen kunnen problemen voorkomen waardoor het idee over het kwaliteitshandboek telkens moest worden bijgesteld. De balans tussen zo veel mogelijk vaste onderdelen en zo weinig mogelijk vrije tekst waarbij de gebruiker toch zijn eigen visie kan doorgeven is hierbij zeer belangrijk geweest. Dit kostte dan ook vele uren denkwerk om hier een werkende en intuïtieve tool van te maken.*

*Met al deze informatie ging ik dus zelf aan de slag. Het hele proces van informatie verkrijgen tot een wezenlijk resultaat duurde enkele maanden. Dit leidde tot een functionele website met een database in SQL. Om een presenteerbaar proof-of-concept te verkrijgen zette ik de website online onder [www.praktiweb.be](http://www.praktiweb.be) .*

## 10.3 Toegangsrechten

Het login systeem is zo ontworpen dat de gebruiker onmiddellijk in zijn praktijk onder zijn functie inlogt. Zo krijgt hij toegang tot zijn eigen gegevens waar hij of zij recht toe heeft. Er zijn een aantal categorieën van gebruikers:

### Artsen

- Dit zijn de basisgebruikers. Zij kunnen alle gegevens raadplegen en invoeren. Zij kunnen ook alle ingevoerde gegevens valideren. *Validatie* is een belangrijk gegeven. Door te valideren maakt men gegevens onuitwisbaar. Ze blijven hierna dus hun sporen nalaten. Toevoegen of verwijderen van gegevens blijft mogelijk. Toch kan men verwijderde gevalideerde gegevens altijd opnieuw opsporen.

### Praktijkassistent

- Deze gebruikers kunnen gegevens raadplegen en invoeren. Registratie van parameters (bvb de temperatuur van de koelkast op een bepaalde moment) moeten niet gevalideerd worden. De ingave van een nieuwe praktijkconsensus of afspraken moet altijd worden gevalideerd door een arts

### HAIO

- Vele praktijken leiden jonge artsen op. Deze dienen toegang te krijgen tot het systeem. De restricties zijn te vergelijken met die van praktijkassistenten.

### Stagiaires

- Zij kunnen ingevoerde gegevens raadplegen maar niet wijzigen. Indien zij dus bijvoorbeeld het hygiëneprotocol van een praktijk willen raadplegen kunnen zij dit. Zij kunnen echter geen gegevens ingeven of wijzigen.

### Administrator

- Deze gebruikers kunnen de website zelf administreren. Zij kunnen dus nieuwe praktijken en gebruikers toevoegen. Ook hebben zij toegang tot alle benchmarkingfuncties. Zij hebben echter geen toegang tot de individuele praktijkprotocols. Deze blijven vertrouwelijk binnen de praktijk en kunnen niet worden geraadpleegd door externe gebruikers, administrators of informatici…

## 10.4 Beveiliging

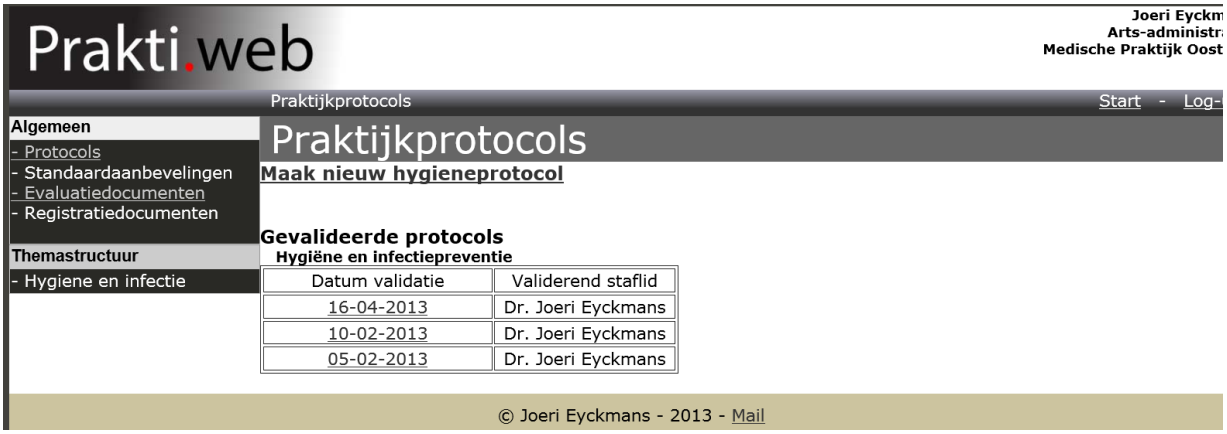
De loginprocedure werd niet beveiligd of gecertificeerd. Dit valt dan ook buiten dit project. Het is echter een belangrijk agendapunt waarbij moet worden stilgestaan. *Beveiliging* van onlinetools is onmisbaar, zeker in de medische sector. Hiervoor dient men dus een specialist ter zake te raadplegen. Bij het ontwikkelen van de uiteindelijke tool zal een groot deel van het budget nodig zijn voor zowel de ontwikkeling en het onderhoud van de beveiliging en de benodigde certificaten hiervoor. Ook de

overheid speelt hierbij een belangrijke rol. Zij zal hiervoor haar toestemming moeten geven binnen het wettelijke kader.

Ook de privacycomissie zal zich hierover moeten buigen. Dit zijn dus allemaal zowel tijd- als financiën rovende procedures waar van begin af aan veel belang aan gehecht moet worden. De APB gebruikte hiervoor de bestaande logingegevens van de reeds bestaande onlinetools voor apothekers. Ook voor artsen is dit mogelijk. Met de ontplooiing van E-Health is het mogelijk om deze gegevens ook te gebruiken bij deze website. Dit vermijdt nieuwe logingegevens en wachtwoorden. Dit maakt het onmiddellijk ook mogelijk om met de reeds ontwikkelde certificaten te werken van E-Health binnen dit wettelijk kader. Overleg met de overheid en E-Health is dus een van de volgende belangrijke stappen in het ontwikkelen van een online kwaliteitshandboek.

## 10.5 Een werkbare organisatiestructuur van de digitale tool

Nadat men ingelogd is komt men op het startscherm van de praktijkwebsite. In dit project heb ik er voor gekozen om dit zo simpel mogelijk te houden. De gebruiker kan zowel in een **themastructuur** als in een **organisatiestructuur** naar de verschillende onderdelen surfen.




*Figuur 9: standaardscherm praktijkprotocols*

Onder de organisatiestructuur vindt men de volgende onderdelen:

**Protocols**

- Dit zijn de ontwikkelde praktijkprocotols. Hierin vindt men dus alle afspraken rond alle thema's in de praktijk

**Standaardaanbevelingen**

- Hieronder vindt de gebruiker alle literatuur rond alle thema's die zijn ingegeven. Omdat in dit project enkel rond infectiepreventie werd gewerkt, is dit nog beperkt. Het doel is een aanbevelingendatabase te maken zoals Domus Medica, NHG, NICE, … dit al doen. De aanbevelingen hier gaan dan vooral over praktijkorganisatie en para-medische onderwerpen zoals hygiene en infectiepreventie, het aanwerven van een verpleegkundige, het verspreiden van informatie aan patienten, het voeren van kwaliteitsenquetes binnen een praktijk en zo voort. Dit zijn vooral domeinen waarin de komende jaren nog onderzoek in moet worden gedaan.

**Evaluatiedocumenten**

- Dit zijn zelfevaluaties die alle medewerkers kunnen uitvoeren. De website zal op bepaalde momenten aangeven wanneer het mogelijk wordt om een zelfevaluatie te verrichten. Dit is een belangrijk onderdeel. Zo kan men zijn tekortkomingen maar zeker ook zijn sterktes zien. Ook benchmarking wordt hierdoor mogelijk.

**Registratiedocumenten**

- Registratiedocumenten zijn formulieren waarin continu registratie kan worden bijgehouden. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om wekelijks de minimum- en maximumtemperatuur te registreren, visgraadanalyses in te geven, … In dit project zijn nog geen registratiedocumenten ontwikkeld.

In de themastructuur zal men op thema kunnen zoeken. Zo zal het thema 'hygiëne en infectiepreventie' kunnen worden aangeduid en zal men hieronder ook de vorige onderdelen kunnen raadplegen.

## 10.6 Kwaliteitsindicatoren

Een belangrijk onderdeel van de kwaliteitstool dat nog niet in praktijk is geïmplementeerd zijn kwaliteitsindicatoren. Kwaliteitsindicatoren zijn erg verwant aan standaarden en richtlijnen (zie 5.3). Hierdoor moeten ze samen worden ontwikkeld en uitgewerkt. Indien men dus een praktijkprotocol aanmaakt in de website waar kwaliteitsindicatoren achter schuilgaan zullen deze onmiddellijk kunnen worden geëvalueerd en geregistreerd.

*Hierbij een fictief voorbeeld.*

*In de standaardaanbeveling over praktijkorganisatie wordt aangegeven dat een praktijk een minimum-en-maximumthermometer dient te plaatsen in de medicijnenkoelkast. Deze moet wekelijks afgelezen worden. De minimum- en maximumtemperatuur kan worden genoteerd in een registratiefiche op de website. Wanneer een praktijk kiest om deze richtlijn te volgen kan dit worden aangegeven en komt dit onmiddellijk in het praktijkprotocol. De website is zodanig ontworpen dat hij hiervoor een registratieformulier aanmaakt. Elke medewerker weet dus vanaf nu dat in de praktijk de temperatuur van de koelkast wekelijks zal worden geregistreerd. In het protocol staat ook aangegeven dat dit de taak is van de praktijkassistente.*

*De praktijkassistente maakt hiervoor een agendapunt aan en zal dus wekelijks, elke woensdagochtend de minimum- en maximumtemperatuur registreren op het daarvoor aangemaakte registratieblad. Het aangeven dat dit procedé wordt gevolgd heeft dan ook onmiddellijk gevolgen in de benchmarking. De praktijk doet een extra inspanning en zal dus hoger scoren in de categorie 'organisatie van de praktijk'.*

*Mogelijke kwaliteitsindicatoren die hieruit kunnen voortvloeien zijn dus:*

- *Het procentueel aantal registraties op 1 jaar :* $\frac{Aantal\ registraties}{52\ weken\ per\ jaar}$
- *Het aantal registratie waarbij de minimumtemperatuur niet overschreden is:*

$$\frac{Het\ aantal\ registraties\ waarbij\ de\ minimumtemperatuur\ niet\ overschreden\ is}{Alle\ registraties\ van\ een\ minimumtemperatuur}$$

- *Het aantal registratie waarbij de maximumtemperatuur niet overschreden is:*

$$\frac{Het\ aantal\ registraties\ waarbij\ de\ maximumtemperatuur\ niet\ overschreden\ is}{Alle\ registraties\ van\ een\ maximumtemperatuur}$$

## 10.7 Concrete ontwikkeling van één domein

De volgende stap in het ontwikkelen van het kwaliteitsboek was het inbrengen van een richtlijn en deze zo maken dat hier snel een praktijkprotocol van gemaakt zou kunnen worden. Hiervoor werd gekozen voor een masterproef geschreven door Sofie Rose (31). Zij ontwikkelde een richtlijn in het kader van hygiëne en infectiepreventie. Deze was op zich gebaseerd op de nieuwste normen van zowel EPA als JCI, een organisatie die kwaliteitsinspecties uitvoert in vooral 2e en 3e-lijns gezondheidscentra (31).

### 10.7.1 Digitale richtlijn

Allereerst moest deze richtlijn eenvoudig raadpleegbaar zijn. Een gebruiker van de online tool moet eerst de richtlijn kunnen inkijken. Dit kan onder het vak 'standaardaanbevelingen'. Zo kan de praktijk zich voorbereiden op het schrijven van het protocol.




*Figuur 10: voorbeeld van een standaardaanbevelingsscherm*

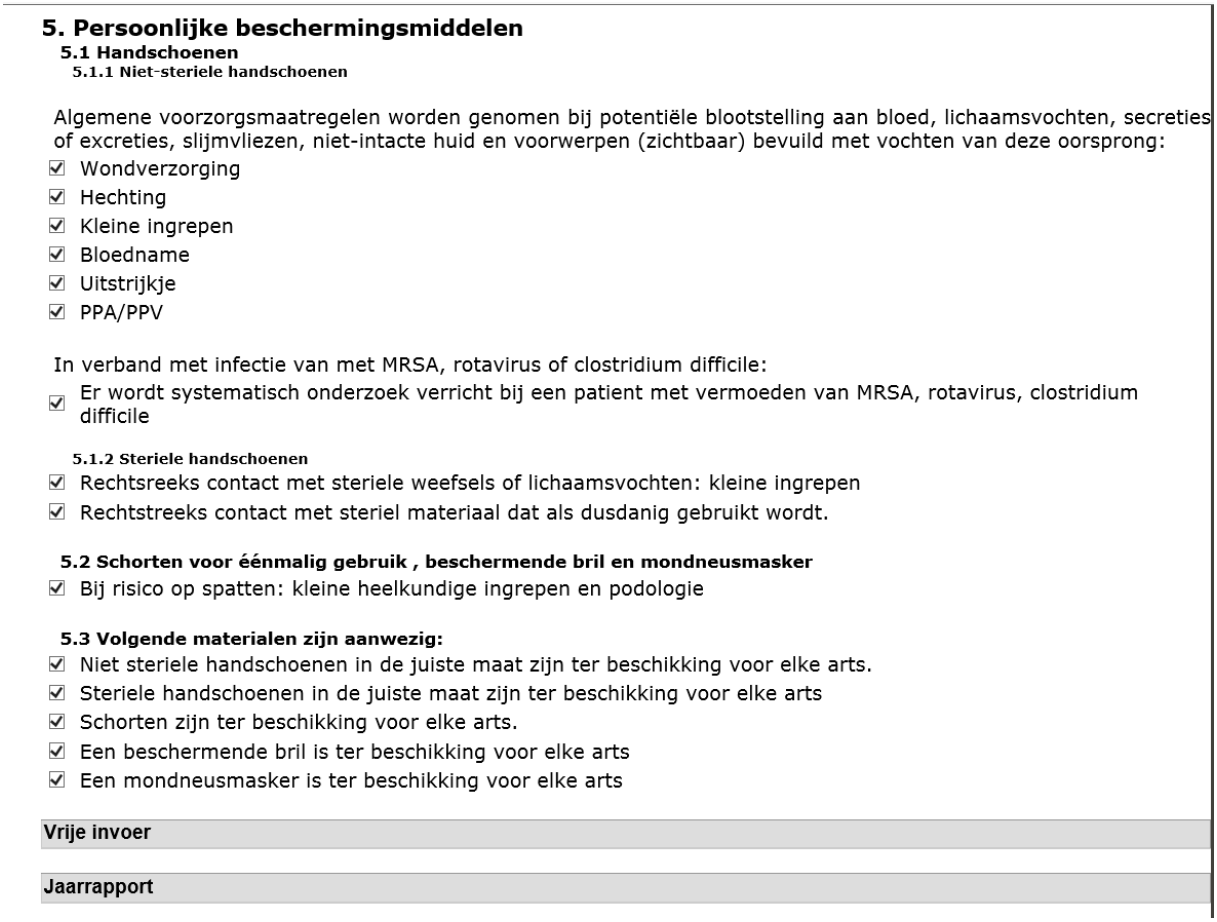
Het is aan te raden dat er een verantwoordelijke wordt aangesteld die de richtlijn samenvat en voorstelt in de praktijk. Hierna ontstaat de discussie over welke punten gaan worden toegepast in de praktijk en hoe men dit gaat uitvoeren. Dit wordt dan genoteerd in het praktijkprotocol.

### 10.7.2 Digitaal praktijkprotocol invoeren

De praktijkprotocols op hun beurt moeten zo gemaakt worden dat ze een voorkeur geven aan de standaardaanbeveling. De standaardaanbeveling over hygiëne en infectiepreventie werd zo in een protocolscherm gegoten dat de gebruiker hier keuzes kan maken welke topics hij zal toepassen in de praktijk.

Door bepaalde zaken aan te vinken of uit te vinken zal het uiteindelijke praktijkprotocol wijzigen. Dit heeft ook automatisch gevolgen voor de gegevensanalyse. Zo zal bij de benchmarking hiermee rekening gehouden worden. Bij latere evaluaties in de praktijk zelf zullen deze topics dan ook niet aan bod komen.

Analyses op grotere schaal kunnen hier ook uit rekening mee houden. Men zal zo een beeld krijgen welke topics vaak en minder vaak aan beurt komen. Zo krijgt men over alle praktijken die de tool gebruiken een goed beeld waar pijnpunten liggen op grote schaal. Dit op zich kan weer belangrijk zijn om nieuwe richtlijnen te ontwikkelen of praktijken te ondersteunen, daar waar het nu vaak misloopt.



**5. Persoonlijke beschermingsmiddelen**

**5.1 Handschoenen**

**5.1.1 Niet-steriele handschoenen**

Algemene voorzorgsmaatregelen worden genomen bij potentiële blootstelling aan bloed, lichaamsvochten, secreties of excreties, slijmvliezen, niet-intacte huid en voorwerpen (zichtbaar) bevuild met vochten van deze oorsprong:

- ☑ Wondverzorging
- ☑ Hechting
- ☑ Kleine ingrepen
- ☑ Bloedname
- ☑ Uitstrijkje
- ☑ PPA/PPV

In verband met infectie van met MRSA, rotavirus of clostridium difficile:

- ☑ Er wordt systematisch onderzoek verricht bij een patient met vermoeden van MRSA, rotavirus, clostridium difficile

**5.1.2 Steriele handschoenen**

- ☑ Rechtsreeks contact met steriele weefsels of lichaamsvochten: kleine ingrepen
- ☑ Rechtstreeks contact met steriel materiaal dat als dusdanig gebruikt wordt.

**5.2 Schorten voor éénmalig gebruik , beschermende bril en mondneusmasker**

- ☑ Bij risico op spatten: kleine heelkundige ingrepen en podologie

**5.3 Volgende materialen zijn aanwezig:**

- ☑ Niet steriele handschoenen in de juiste maat zijn ter beschikking voor elke arts.
- ☑ Steriele handschoenen in de juiste maat zijn ter beschikking voor elke arts
- ☑ Schorten zijn ter beschikking voor elke arts.
- ☑ Een beschermende bril is ter beschikking voor elke arts
- ☑ Een mondneusmasker is ter beschikking voor elke arts

**Vrije invoer**

**Jaarrapport**

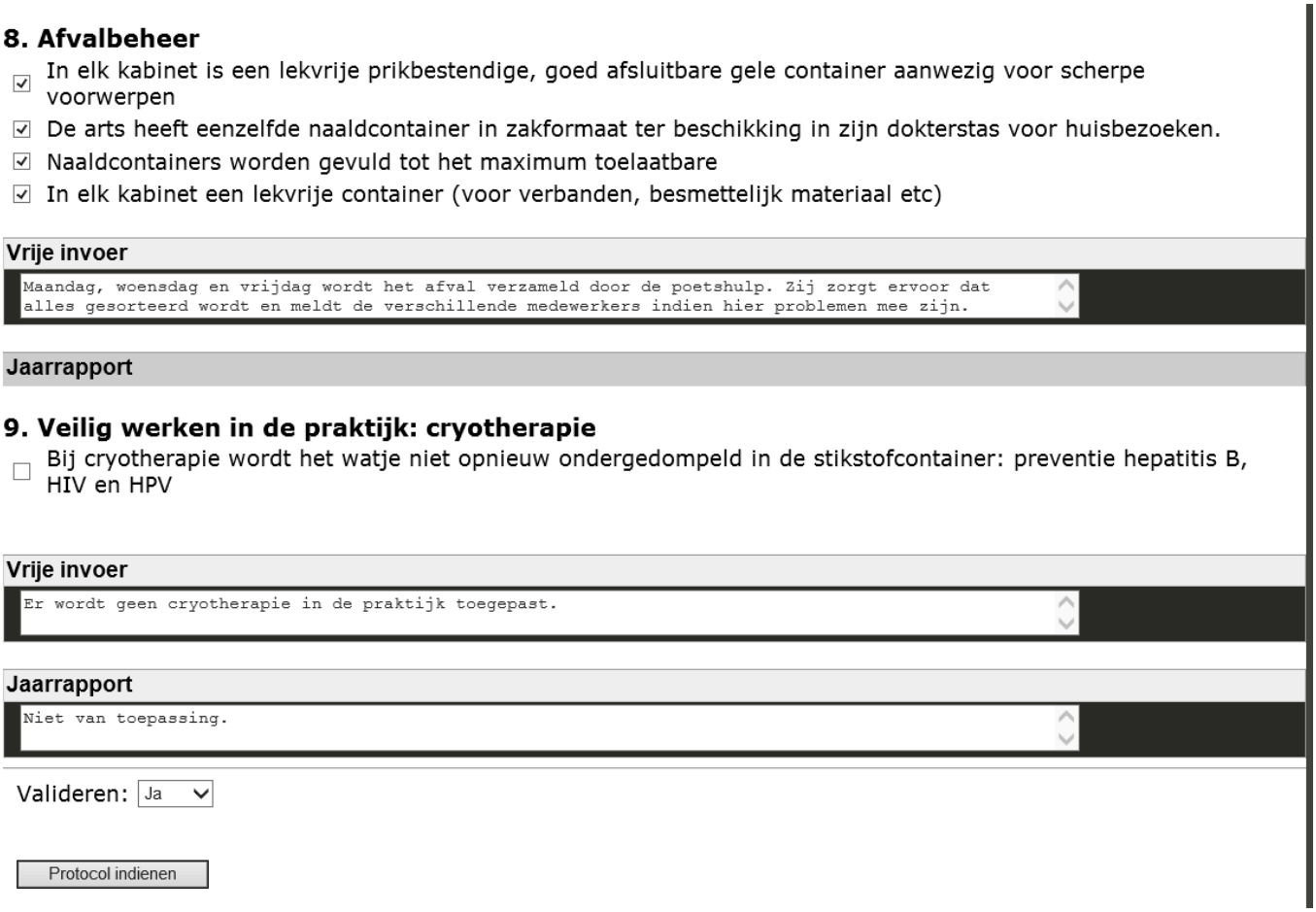
*Figuur 11: voorbeeld van invoegscherm van nieuw praktijkprotocol*

Toch moet het mogelijk zijn om extra vrije tekst in te geven. Hierin zijn dan twee keuzes mogelijk:

1. Vrije invoer
    - Hierin kan de gebruiker extra informatie van de praktijk invoeren. Dit kunnen afspraken zijn die niet in de standaardaanbeveling staan. Ook verdere uitwerking van de standaardaanbeveling is mogelijk. Vrije invoer zal worden weergegeven in het praktijkprotocol.
2. Jaarrapport
    - Hieronder valt een samenvatting van de vrije invoer die automatisch wordt geëxporteerd naar het jaarrapport. Dit maakt het mogelijk om korte samenvattingen in het jaarrapport in te brengen op een overzichtelijke manier.

Vrije tekst moet echter zo veel mogelijk worden vermeden. Er zijn namelijk een paar grote nadelen aan. Zo kan vrije tekst niet worden geanalyseerd door de database. Zowel voor analyse op grote schaal als voor de praktijk zelf is dit een nadeel. Ook kan deze informatie niet worden gecontroleerd in de latere zelfevaluaties.

*In Figuur 12 wordt het voorbeeld 'hygiëne en infectiepreventie' verder uitgewerkt aan de hand van een voorbeeld.*




*Figuur 12: voorbeeld van ingevuld invoegscherm met vrije tekst*

*Na de discussie in de praktijk beslist een praktijk om alle punten onder het vak 'afvalbeheer' toe te passen. Er wordt echter geen cryotherapie meer uitgevoerd in de praktijk om praktische redenen. Hier wordt dan een nota van gemaakt in zowel de vrije tekst als het jaarrapport.*

*Het protocol wordt ingegeven door de verantwoordelijke arts en wordt dus onmiddellijk gevalideerd. Vanaf kan het protocol worden teruggevonden onder de sectie 'gevalideerde protocollen'. Het uiteindelijke resultaat ziet u in de* Figuur 13*.*

**8. Afvalbeheer**

- In elk kabinet is een lekvrije prikbestendige, goed afsluitbare gele container aanwezig voor scherpe voorwerpen
- De arts heeft eenzelfde naaldcontainer in zakformaat ter beschikking in zijn dokterstas voor huisbezoeken.
- Naaldcontainers worden gevuld tot het maximum toelaatbare
- In elk kabinet een lekvrije container (voor verbanden, besmettelijk materiaal etc)

Maandag, woensdag en vrijdag wordt het afval verzameld door de poetshulp. Zij zorgt ervoor dat alles gesorteerd wordt en meldt de schillende medewerkers bij problemen.

**9. Veilig werken in de praktijk: cryotherapie**

- Bij cryotherapie wordt het watje niet opnieuw ondergedompeld in de stikstofcontainer: preventie hepatitis B, HIV en HPV

Er wordt geen cryotherapie in de praktijk toegepast.

*Figuur 13: Eindresultaat, het praktijkprotocol*

*Vanaf nu kan elke medewerker het praktijkprotocol raadplegen. Nieuwe medewerkers kunnen dus deze info altijd bekijken en krijgen zo ook een beter beeld van de werking van de praktijk.*

### 10.7.3 Benchmarking, evaluatie en zelfevaluatie

Het maken van protocollen is de eerste stap. Ze toepassen en herevalueren is de tweede. Registratie en evaluatie gaan hierbij hand in hand. Voor elke standaardaanbeveling kunnen standaardregistratie – en evaluatiedocumenten ontwikkeld worden. Indien deze van toepassing zijn voor de praktijk in kwestie zullen deze dan ter beschikking worden gesteld. Voor het protocol 'hygiëne en infectiepreventie' werd een evaluatieformulier gemaakt op basis van het evaluatieformulier uit de masterproef van Sofie Rose (31). Dit wordt elk half jaar aan elke medewerker van de praktijk getoond.

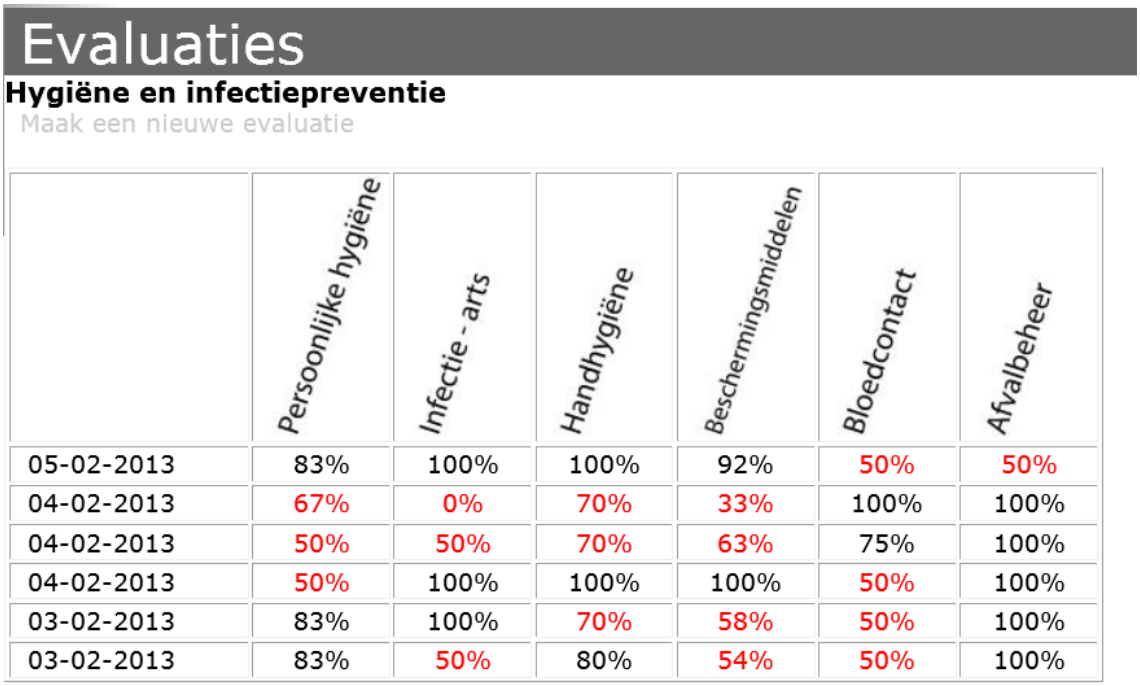
## Zelfevaluatie Hygiene en infectiepreventie

| **Persoonlijke Hygiene** | Altijd | Soms | Nooit |
|---|---|---|---|
| Ik gebruik papieren zakdoeken voor éénmalig gebruik | ○ | ○ | ○ |
| Ik draag korte mouwen bij het verrichten van ingrepen | ○ | ○ | ○ |
| Er wordt gegeten in ruimten voor onderzoek of bij patientenmateriaal | ○ | ○ | ○ |
| **Afvalbeheer** | | | |
| Ik deponeer mijn scherp materiaal en naalden in de naaldcontainer | ○ | ○ | ○ |
| **Accidenteel bloedcontact** | | | |
| Ik verwijder alle scherpe voorwerpen onmiddellijk na gebruik | ○ | ○ | ○ |
| Na gebruik zet ik de huls terug op het naaldje (= herkappen) | ○ | ○ | ○ |

Ga verder

*Figuur 14: voorbeeld van een zelfevaluatiescherm*

Na deze evaluatie kan de gebruiker automatisch zien hoe hij/zij scoort op de verschillende vlakken. Ook wordt deze evaluatie gebenchmarkt en kan hij of zij dus zien hoe hij scoort tegenover alle gebruikers die deze evaluatie het laatste half jaar uitvoerden. In deze evaluatiescore is het mogelijk om onmiddellijk via een hyperlink te kijken naar de gemaakte afspraken in het protocol. Het wordt dus niet enkel een evaluatie- maar ook een leermoment.



Evaluaties

**Hygiëne en infectiepreventie**

Maak een nieuwe evaluatie

| | Persoonlijke hygiëne | Infectie - arts | Handhygiëne | Beschermingsmiddelen | Bloedcontact | Afvalbeheer |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 05-02-2013 | 83% | 100% | 100% | 92% | 50% | 50% |
| 04-02-2013 | 67% | 0% | 70% | 33% | 100% | 100% |
| 04-02-2013 | 50% | 50% | 70% | 63% | 75% | 100% |
| 04-02-2013 | 50% | 100% | 100% | 100% | 50% | 100% |
| 03-02-2013 | 83% | 100% | 70% | 58% | 50% | 100% |
| 03-02-2013 | 83% | 50% | 80% | 54% | 50% | 100% |

*Figuur 15: resultaten van een gebruiker na verschillende evaluaties*

De uiteindelijke gemiddelde scores van de praktijk zelf kunnen worden weergegeven in het jaarrapport. Bij het bespreken van het jaarrapport kunnen dus alle pijnpunten opnieuw worden beoordeeld. Nieuwe doelen kunnen dus opgemaakt worden via het SMART principe. De volgende evaluaties zullen dus aantonen of deze doelen kunnen gehaald worden.

Uiteindelijk bleken er niet genoeg middelen en tijd voor een grondige evaluatie. Toch kunnen belangrijke lessen worden getrokken na dit experiment. Deze worden besproken in de discussie.

# 11 Discussie

## 11.1 Geleerde lessen uit het proefproject

**Een kwaliteitshandboek voor huisartsen in Vlaanderen is onmisbaar**. Huisartsen moeten hun kwaliteitswerking kunnen structureren. Dit is de basis voor kwaliteitsverbetering in de eerste lijn. De ontwikkeling van dit kwaliteitshandboek is een behoorlijke taak. Toch toont deze scriptie aan dat het mogelijk is om een digitale kwaliteitstool te ontwikkelen die de huisarts hierbij bijstaat in vele facetten van kwaliteitswerking. Een online kwaliteitstool waarbij alle medewerkers in de praktijk alle kwaliteitsafspraken kunnen raadplegen en waarbij registratie- en evaluatie hieruit volgt is mogelijk en technisch haalbaar.

Het vacuüm op gebied van kwaliteitsbeleid in Vlaanderen moet volgens mij niet gezien worden als een falen van het systeem maar als een opportuniteit voor huisartsen om *zelf het heft in handen* te nemen. Het is nu nog mogelijk om, zoals de apothekersbond dit gedaan heeft, zélf een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen en de overheid een stap voor te zijn. Hierdoor kan men een kwaliteitssysteem ontwikkelen op basis van educatie en vertrouwen, iets wat zowel de eindgebruiker als de kwaliteit van de praktijkvoering ten goede komt.

Bij de aanpak in deze thesis werd één functioneel onderdeel uitgewerkt. Dit kan bij een tool op grotere schaal ook zo zijn. Eén werkend geheel met alle onderdelen van kwaliteitswerking kan een belangrijke basis zijn. Hier kunnen huisartsen mee aan de slag en dit kan voldoende zijn om hen te motiveren om ook op andere onderdelen aan kwaliteitswerking te doen. Deze uitwerking van de tool in één domein en de ontwikkeling hiervan kan dan op zich geëvalueerd worden. Uit deze evaluatie kunnen nieuwe lessen worden getrokken om de tool en de volgende domeinen telkens beter te ontwikkelen volgens de noden in de praktijk.

In eerste instantie was het de bedoeling van dit project om een digitaal kwaliteitshandboek te ontwikkelen en dit te testen in een pilootproject van huisartsenpraktijken die geïnteresseerd waren in praktijkverbetering. Toch werd na enige tijd duidelijk dat dit geen realistische doelstelling zou zijn. Zowel de financiële ondersteuning en de beschikbare middelen waren onvoldoende voor een gegarandeerde privacy en een optimale functionaliteit. Dit zijn twee essentiële eigenschappen die de tool moet bezitten voor verdere evaluatie op terrein mogelijk is.

Deze scriptie toont echter aan dat dit een mogelijk en noodzakelijk project is. Huisartsen moeten meer ondersteund worden op kwaliteitsniveau. Er zullen nog vele stappen moeten worden ondernomen voor een digitaal kwaliteitshandboek een feit is. Zo moeten huisartsen allereerst meer geïnformeerd worden over kwaliteitswerking en de nood van een kwaliteit ondersteunend project. Ook systematische bevragingen over wat huisartsen hieromtrent verwachten zijn nodig. Dit zijn belangrijke informatiebronnen voor het verder ontwikkelen van deze tool.

Een project als dit is geen statisch project met een begin- en einddatum. Van zodra er een basisstructuur vast ligt die functioneert, kunnen de inhoudelijke domeinen uitgroeien en telkens vernieuwen zoals dit reeds met standaarden en richtlijnen nu al gebeurt. Ook nieuwe evaluatietools en presentatiewijzen hiervan moeten kunnen worden ontwikkeld. De samenwerking tussen EMD-softwareontwikkelaars, e-Health en andere private en overheidsinstanties is hierbij onontbeerlijk.

## 11.2 Wat zijn de volgende stappen die nodig zijn bij het ontwikkelen van een kwaliteitshandboek?

Om deze scriptie af te sluiten zou ik graag een korte eigen toekomstvisie op dit project geven. Na twee jaar denkwerk over hoe een kwaliteitstool er kan uitzien heb ik dan ook een visie verkregen over welke stappen er nu kunnen volgen. Deze worden hier samengevat.

Informatie-inwinning en samenwerking met de *privacy-commissie* is volgens mij een essentiële volgende stap. Doordat dit niet mogelijk was in dit proefproject liepen we telkens tegen de grenzen van het wettelijke kader aan. Hierdoor kon niet getest worden op grotere schaal. Omdat de essentie van deze tool is dat hij online kan worden gebruikt is beveiliging en garantie van de privacy van de ingevoegde gegevens onmisbaar. Informatici gespecialiseerd in beveiliging van databases en transmissie van gegevens moeten hier worden ingeschakeld. Er zullen certificaten moeten worden ontwikkeld om dit proces te garanderen. Een samenwerking met de ontwikkelaars van E-health is hier ook een mogelijke stap naar een oplossing.

Er dient een team samengesteld te worden dat bestaat uit experten in alle domeinen die met de ontwikkeling van de onlinetool samenhangen. Dit zijn huisartsen, informatici, juristen en beleidsambtenaren. Hierna kan dit experten team instaan voor de verdere uitdieping van de verschillende facetten van dit project. Het is daarbij belangrijk om een samenhang te creëren tussen zowel de medische richtlijnen, database-structuur en-onderhoud, privacy en financiën waardoor het project meer kansen krijgt op slagen.

Voor een project op grotere schaal was dit klein proefproject een zeer leerrijke ervaring. Zo zal het belangrijk zijn om van meet af aan een goed databasesysteem te kiezen en het onderhoud hiervan te laten uitvoeren door experts. Ook zullen grafische vormgeving en websitedesign samen er kunnen voor zorgen dat het werken met de tool een aangename ervaring is die niet tijds- en middelen rovend is voor de eindgebruiker. Een algemene basisstructuur en invulling kan worden overgenomen uit dit project.

Wanneer aan alle technische en wettelijke eisen kan worden voldaan kan men aan de slag met het uittesten in een *focusgroep*. Dit heeft twee doelen. Eerst en vooral kan dit informatie geven over wat de huisarts vindt van de tool. Zowel de werking als inhoud kan worden geëvalueerd. Ook kan er worden gepeild of de tool aangenaam werkt en deze werking aanmoedigt voor verder gebruik. De tweede grote vraagstelling is of de tool ook effect heeft op de geleverde kwaliteit in de praktijk. Dit is de basisdoelstelling van het project en mag niet uit het oog worden verloren. Na analyse van deze gegevens kan het project worden bijgestuurd waar nodig.

Voor al deze vereisten te verkrijgen is natuurlijk ook geld nodig. Deze financiën kunnen komen van zowel onderzoeksbudgetten, huisartsengroeperingen zelf en de overheid. Toch is het belangrijk om geen overheid gecontroleerd systeem te ontwikkelen. Om een systeem te ontwikkelen dat zelfontplooiing en intrinsieke motivatie op de voorgrond zet is het belangrijk om overheidsinmenging te beperken. Dit zou de kwaliteit en de motivatie om de tool te gaan gebruiken negatief kunnen beïnvloeden (zie 1.2.). Dit blijkt ook een belangrijke opmerking uit het kwaliteitsrapport over kwaliteit in de eerste lijn in België van het KCE. De eindgebruikers van het EPA project maakten zich zorgen over wat er met de verzamelde gegevens zou gebeuren en of de overheid deze zou kunnen gebruiken voor analyse (24). Hierover moeten ontwikkelaars dus een duidelijke consensus en garantie formuleren.

# Algemeen besluit

Werken aan kwaliteit is en blijft een belangrijk thema in de gezondheidszorg. In alle domeinen van de samenleving is er meer aandacht en vraag naar kwaliteit. Projecten zoals het Praktijk Ondersteunend Project tonen aan dat er interesse is die door het beleid ondersteund wordt. Een ondersteunend instrument voor huisartsen dringt zich dus op. Deze scriptie toont aan dat een online digitaal kwaliteitshandboek een belangrijke bijdrage kan zijn om huisartsen er toe aan te zetten om aan kwaliteit te werken. Ook de verzamelde gegevens uit dit project kunnen op zich gebruikt worden om verdere analyses naar noden in de eerste lijn op te sporen.

Na ontwikkeling van deze online kwaliteitstool blijkt dat het gebruik ervan mogelijk en haalbaar is. Op kleine schaal heeft dit project bewezen dat een samenhangend geheel ontwikkelen mogelijk is. Op basis van de bestaande literatuur omtrent modellen over kwaliteitswerking en kwaliteitsverbetering werd een website ontwikkeld die huisarts in elke stap bijstaat. Dit is zowel de vorming van praktijkprotocols op basis van de huidige richtlijnen, evaluatie en registratie van de geleverde kwaliteit en feedback over deze gegevens die op zich weer kan dienen om de praktijkvoering bij te sturen.

Verdere ontwikkeling van dit project kan gebeuren door huisartsengroeperingen in samenwerking met de verschillende universiteiten en andere partners. Zo kan een onafhankelijk systeem ontwikkeld worden waar auditing, bijsturing, zelfontplooiing en educatie de kern van is. Voor deze verdere ontwikkeling zijn zowel geld, middelen en mankracht essentieel. Een taskforce belast met dit project kan op deze vlakken de nodige stappen nemen en instaan voor een veilig, betrouwbaar en functioneel systeem dat een positieve invloed heeft op kwaliteit in de eerste lijn.

# Verwijzingen


1. Wollersheim H, Bakker PJM, Bijnen AB, Gouma DJ, Wagner C, van der Weijden T. Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2011.
2. Standardization IOf. ISO standardization. [Online]. [cited 2013 02 15. Available from: http://www.iso.org/iso/home/standards.htm.
3. Bodenheimer T. The American health care system: the movement for improved quality in health care. N Engl J Med. 1999.
4. Europese Raad. The development and implementation of quality imrovement systems (QIS) in health care. 2000; Aanbeveling nr 5.
5. Checkland K, Marshall M, Harrison S. Rethinking accountability: trust versus confidence in medical practice. Qual Saf Health Care. 2004: p. 130-135.
6. O'Neill O. Trust with accountability? Journal of Health Services Research and Policy. 2003: p. 3-4.
7. Marshall M, Davies H. Ensuring accountability: The balance between trusting an checking. In Grol R, Dautzenberg M, Brinkmann H. Quality Managment in Primary Care. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2004.
8. Shaw C. External assessment of health care. BMJ. 2001: p. 851-854.
9. CalmanK. A review of continuing professional development in general practice: a report by the CHief Medical Officer. Londen:; 1998.
10. Deming WE. Elementary Principles of Statistical Control of Quality. In.: JUSE; 1950.
11. Grol R, Wensing M. Implementatie: effectieve verbetering van de paiëntenzorg. Maarssen:; 2006.
12. Roozenburg N, Eekels J. Productontwerpen, structuur en methoden. Utrecht:; 1998. Report No.: ISBN 90 5189 706 5.
13. Vlaams Parlement. Nieuw kwaliteitsdecreet in de gezondheidszorg. ; 2003.
14. International Standarization Organisation. [Online]. [cited 2013 02 14. Available from: http://www.iso.org/iso/iso_9000.
15. Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in health care. Eur J Gen Pract. 1997: p. 103-108.
16. Donabedian A.. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. In Exlplorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
17. Buetow S. What do general practitioners and their patients want from general practice and are they receiving it: a framework. Soc Sci Med. 1995: p. 213-221.
18. Campbell S, Braspenning J , Hutchinson A , Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. Qual Saf Health Care. 2002: p. 358-364.

19. Szczepura A, Wilmot J, Davies C, Fletcher J. Effectiveness and cost of different strategies for information feedback in general practice. Br J Gen Pract. 1994: p. 19-24.

20. Grol R, Dauzenberg M, Brinkman H. Quality Management in Pramary Care Güthersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2004.

21. van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, van Barneveld TA, van de Klundert JLM. Evidence Based Richtlijnontwikkeling. In Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2004.

22. Baker R, Grol R. Principles and models for quality improvement. In Jones R. Oxford textbook of Primary Medical Care. Oxford: Oxford University Press; 2004.

23. Vanden Bussche P, Seuntjens L. Leidraad bij het opstellen van een vrijwillig jaarlijks praktijkrapport in het kader van POP. ; 2010.

24. Remmen R, Seuntjens L, Pestiaux D, Leysen P, Knops K, Lafontaine J B. Kwaliteitsbevordering in de huisartsenpraktijk in België: status quo of qua vadis? Good Clinical Practice Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008.

25. Engels Y, Dautzenberg M, Campbell S. Quality Indicators for Management and Organization of General Practices in Europe. In Grol R, Dautzenberg M, Brinkmann H. Quality Management in Primary Care. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2004.

26. Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. Dokteren met kwaliteit Antwerpen: Standaard Uitgeverij; 2008.

27. Allen J, Gay A, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definition of general practice/family medicine. Europe: WONCA; 2005.

28. TOPAS-Europe. European Practice Assessment. Easy to use and scientifically developed quality management for general practice. ; 2008.

29. Van Damme J. Het digitaal papieren dossier overstijgen Leuven: Acco; 2013.

30. De Wulf I, Collin L. De recente Belgische wetgeving voor officine-apotheken en haar toepassing. Farmaceutisch Tijdschrift voor België. 2011.

31. Rose S, De Lepeleire J, Schuermans A. Hygiëne en infectiepreventie in de huisartsenpraktijk: naar een nieuwe standaard Leuven: Katholoieke Universiteit Leuven; 2013.

# Bijlage 1: deelnamelijst rondetafelgesprek 26/06/2012

- Klaus Knops
  - Vroegere ontwikkelaar van kwaliteitssystemen in informatica, Volkswagen en Audi
  - Kwaliteitsvisitator van EPA
  - Mede-ontwikkelaar van een kwaliteitsmodel in de huisartsgeneeskunde voor EPA
- Jan De Lepeleire
  - Huisarts in een groepspraktijk in Lint
  - Hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven
- Gys van Poppelberg
  - Huisarts in de universitaire groepspraktijk in Leuven.
  - Deeltijds en wetenschappelijk onderzoeker
  - Deelnemer 1e lijnsconferentie
- Marie
  - Praktijk coördinator UGP Leuven
  - Vroedkundige van opleiding
  - Musicologe van opleiding.
  - Heeft verdere opleidingen gevolgd rond coördinatie van organisaties en efficiënte organisatie van praktijken
- Sara Nuyts
  - Huisarts bij de Medische Praktijk Oosterlo
  - De praktijk heeft 3 jaar het POP-traject van EPA gevolgd en hierbij goud gehaald.
- Joeri Eyckmans
  - 1e jaar HAIO bij de Medische praktijk Oosterlo
  - Thesis
- Emma
  - Praktijkassistente bij Prof. Dr. Jan De Lepeleire
- An
  - Huisarts bij de Academische opleidingspraktijk Hoeilaart
  - Oudere groepspraktijk sinds 45 jaar
  - Nog nooit rond kwaliteit gewerkt. Wil dit nu wel doen.

# Bijlage 2: structuur van een kwaliteitshandboek volgens EPA

1. Inleiding – praktijkbeschrijving
   - 1.1. Historiek
   - 1.2. Personeel
     - 1.2.1. Samenstelling van het team met full time equivalenten
     - 1.2.2. Verantwoordelijkheden en taken
       - a) Binnen de praktijk
       - b) Extern lokaal
       - c) Extern bovenlokaal
   - 1.3. Belangrijke relevante veranderingen en gebeurtenissen
2. Praktijkpopulatie
   - 2.1. Jaarlijkse / driejaarlijkse contactgroep
   - 2.2. GMD
3. Praktijkvoering
   - 3.1. Kwaliteit en veiligheid
     - 3.1.1. Foutmelding: critical incident analyse
     - 3.1.2. Doelen, richtlijnen, standaarden en afspraken rond goede zorg
     - 3.1.3. Voorschrijfgedrag en profielgegevens
       - a) Medische biologie
       - b) Medicatie
       - c) Dieet
   - 3.2. Procedures
     - 3.2.1. Prikaccidenten
     - 3.2.2. Urgentietrousse
     - 3.2.3. Critical incident analyse
     - 3.2.4. Infectie en hygiëne preventie
     - 3.2.5. Vaccinatiestatus teamleden
     - 3.2.6. Afvalbeheer
     - 3.2.7. Functioneringsgesprekken
     - 3.2.8. Samenwerking
     - 3.2.9. Intern
     - 3.2.10. Huisartsennetwerk
     - 3.2.11. Huisartsenkring
     - 3.2.12. Eerste lijn
     - 3.2.13. Apothekers
     - 3.2.14. Kinesitherapeuten
     - 3.2.15. Verpleegkundigen
     - 3.2.16. Geestelijke gezondheidszorg
     - 3.2.17. LOKwerking
     - 3.2.18. Teamworking
     - 3.2.19. Teamvergadering
     - 3.2.20. Coaching

3.2.21. Opleiding studenten, stagiairs, Haio's
3.2.22. Opleiding teamleden

3.3. Informatie

3.3.1. Preventieparameters

a) Primaire preventie
b) Secundaire preventie
c) Tertiaire preventie

3.3.2. Gebruik van EMD

4. Praktijkorganisatie en ondersteuning van de praktijkvoering

4.1. Informatie

4.1.1. Informatie en communicatie naar patiënten

a) Praktijkfolder- en website
b) $0^{e}$ lijnsinformatie en $1^{e}$ lijnsinformatie via de huisarts

4.1.2. Samenwerking en delegatie

a) Personeel
b) Niveau praktijk
c) Andere huisartsen, specialisten, RVT's, thuiszorg
d) Huisartsenkring- en organisaties
e) Overheid en administratie, mutualiteit en verzekeringen

4.2. Infrastructuur

4.2.1. Toegankelijkheid en dienstverlening
4.2.2. Gebouw
4.2.3. Instrumentarium
4.2.4. Uitrusting onderweg

4.3. Mensen

4.3.1. Vorming – opleiding – peer-review
4.3.2. Functioneringsgesprekken en evaluatiegesprekken

4.4. Financieel beheer

4.4.1. Financieel verslag – begroting – planning

5. Besluit

5.1. Evaluatie: commentaar, conclusies en toetsen van jaarplanning aan bereikte resultaten
5.2. Planning: (her)formuleren van doelstellingen en verbetervoorstellen en opmaken van een jaarplanning voor volgend jaar

# Bijlage 3: Indicatoren per domein volgens EPA (28)

## *Domain: Infrastructure*

| dimension | indicator |
|---|---|
| Accessibility and availability | There is a sign outside the practice which displays the opening hours and information about out of hours care |
| | There is a telephone system with sufficient inward and outward capacity |
| | The message on the answering machine is clear and provides information about out-of-hours care (alternatively: direct forwarding to the GP) |
| | There is a separate emergency telephone line |
| | There is an appointment system |
| | The consultation duration for a routine (non-urgent) appointment is appropriate |
| | There is a procedure for accepting patient requests for non-emergency home visits |
| | There is a written protocol detailing what clinical advice can be given to patients by non-GPs |
| | Translator services* are available on request |
| Disabled access | There are disabled parking spaces near the practice |
| | If the practice is not on the ground-floor there is a lift |
| | There is good accessibility for wheelchairs |
| | There is a toilet with hand wash facilities for disabled patients |
| Premises | The waiting room looks clean |
| | The waiting room has a place for children to play |
| | There are toys available in the play area |
| | No smoking signs are visible in the waiting room |
| | There is a nappy changing area |
| | There is space for prams, buggies etc. |
| | There is a toilet with hand wash facilities for staff |
| | There is a toilet with hand wash facilities for patients |
| Non-medical equipment | There is an up-to-date inventory list* detailing which items of basic equipment must always be available on site |
| | There is an operational fax with its own number |
| | Controlled drugs are kept in a locked cupboard |
| | Controlled drugs are kept in a locked cupboard that is fixed to an immovable structure |
| | There is a refrigerator for storing medicines that need to be kept cool |
| | The temperature in the refrigerator for drugs is between 2-8 degree Celsius |
| IT-security | All computers are protected against inappropriate access (username and password) |
| | All computers with access to the internet are protected by a virus scanner |
| | The antivirus software is updated automatically and daily |
| | All computers with access to the internet are protected by a firewall |
| | The firewall is updated automatically and daily |
| | A computer Backup is performed daily |
| Medical equipment including drugs | There is a list/inventory of medical equipment and drugs |
| | There is an up to date inventory list* detailing what drugs should be in the doctor's bags at all times |
| | There is a procedure for supplying the content of the doctor's bags |

| | |
|---|---|
| | There is a list/inventory of medical equipment and drugs |
| | There is a procedure for supplying drugs held in stock |
| | The essential emergency drugs* are available |
| | The essential emergency drugs* are not out of date |

## *Domain: People*

| dimension | indicator |
|---|---|
| | The patients are satisfied with their ability to get through to the practice on the telephone |
| | The patients are satisfied with the opportunities to speak to the general practitioner on the telephone |
| | The patients are satisfied that available appointments suit their needs |
| | The patients are satisfied with the waiting time in the waiting room |
| | The patients feel that their patient records is confidential |
| | The patients are satisfied with the helpfulness of staff (not including the GP) |
| | The patients feel that they remember advice from previous consultations |
| | The patients consider that the GP listens to them |
| | The patients feel that their GP is interested in their personal situation |
| | The patients consider that they can talk easily about their problems to the GP |
| | The patients feel that the GP has enough time during consultations |
| | The patients are satisfied with the explanation of tests and treatments by the GP |
| | The patients feel that physical examinations are well conducted |
| Patient perspective | The patients feel that their GP works thoroughly |
| | The patients consider that the GP/practice helps them to understand the importance of following medical advice |
| | The patients feel sufficiently involved in decisions about their medical care |
| | The patients feel that they are able to follow their normal daily activities |
| | The patients consider that the GP/practice provides quick services for urgent health problems |
| | The patients feel that they receive quick relief of their symptoms |
| | The patients are satisfied with services related to preventive diseases |
| | The patients feel that they are helped with emotional problems relating to their state of health |
| | The patients feel that they are told what they want to know about their symptom/illnesses by their GP |
| | The patients feel prepared for further treatment from a medical specialist or hospital where appropriate |
| | The patients have no reason to consider to change to a different GP |
| | The patients would recommend their GP to friends |
| | The staff (non-GPs) feel that responsibilities within the practice team are clear |
| | The staff (non-GPs) are satisfied with the amount of variation in their job |
| | The staff (non-GPs) feel that they are able to use their abilities |
| | The staff (non-GPs) are satisfied with the freedom to choose their methods of working |
| | The staff (non-GPs) are satisfied with the amount of responsibility they are given |
| | The staff (non-GPs) are satisfied with their physical working conditions |
| Perspective of staff | The staff (non-GPs) are satisfied with their hours of work |
| (non-GPs) on working conditions | The staff (non-GPs) are satisfied with their remuneration |
| | The staff (non-GPs) are satisfied with the recognition they get for good work |
| | The staff (non-GPs) feel encouraged to offer suggestions to improve the practice |

| | |
|---|---|
| | The staff (non-GPs) feel that their suggestions for improvement are taken seriously |
| | The staff (non-GPs) are satisfied with their colleagues and fellow workers |
| | The staff (non-GPs) feel that the working atmosphere in the practice team is good |
| | Overall, staff (non-GPs) are satisfied with their jobs |
| | GPs are satisfied with the variety in their job |
| | GPs are satisfied with the opportunity the get to use their abilities |
| Perspective of GPs | GPs are satisfied with their freedom to choose their own method of working |
| on working conditions | GPs are satisfied with the responsibility they are given |
| | GPs are satisfied with their physical working conditions |
| | GPs are satisfied with their hours of work |
| **dimension** | **indicator** |
| | GPs are satisfied with their remuneration |
| | GPs are satisfied with the recognition they get for good work |
| | GPs are satisfied with their colleagues and fellow workers |
| | Overall, GPs are satisfied with their job |
| Staff management | There are no unfilled vacancies |
| | Certificates are checked for all new employees |
| | Staff have a signed contract |
| | Staff have a job description |
| | Staff have an annual appraisal |
| | There is a written report of each annual appraisal |
| | The workload of doctors and staff is monitored |
| | The practice monitors staff satisfaction regularly / Staff satisfaction is monitored regularly |
| | A social event is organised annually to which all staff are invited |
| Education and training | The practice is a training practice (junior doctors) |
| | The practice is a training practice (medical students) |
| | The practice is a training practice (nurses) |
| | New members of staff (non-GPs) are given an induction programme |
| | Reception staff have been trained to recognise and respond appropriately to urgent medical matters |
| | New members of staff (non-GPs) received an in-housetraining to get familiar with their job |
| | All staff members have personal learning plans |
| | All medical and reception staff have additional regular training |
| | All medical and reception staff have attended a training course related to their work in the past 12 months |

## *Domain: Information*

| **dimension** | **indicator** |
|---|---|
| | Relevant information is provided to new patients |
| | A practice information leaflet is available |
| | The practice information leaflet contains the practice address and telephone number |
| Information for patients | The practice information leaflet contains the consulting hours |
| on the practice, and | The practice information leaflet contains after hours arrangements practice policy |

| | |
|---|---|
| local conditions | The practice information leaflet contains the names of doctors |
| | The practice information leaflet contains the names of the other clinical staff |
| | The practice information leaflet contains other services offered by the practice |
| | The practice information leaflet contains the complaint procedure |
| | Patient leaflets are displayed and accessible without request |
| | There is a procedure to assess the quality of information available to patients |
| Information for patients on medical care/issues | The practice has a procedure for updating and checking the availability of patient leaflets |
| | There is a procedure to assess the quality of information available to patients |
| | GPs support consultations with patient leaflets |
| | An up-to-date selection of books and videos is available to patients |
| | Every GP has direct access to peer reviewed medical journals (either on paper or electronically)in the practice |
| Information for staff | Every GP has direct access to clinical guidelines (either on paper or electronically) in the consultation room |
| | Every GP has access to the internet |
| **dimension** | **indicator** |
| | Every GP has direct access in the practice to bibliographic databases such as Medline/PubMed or Cochrane |
| Prevention | Preventive procedures are offered |
| | Patients at risk are recalled |
| | Attendance rates for preventive procedures are available |
| | The medical record contains data on alcohol use/misuse and smoking status |
| Clinical data, patient record | The medical record contains a problem list or summary |
| | The medical record contains an overview of actual medication |
| | The medical record contains contraindications and intolerances |
| | An international coding system is used |
| | Clinical information given by non-GPs to patients on the telephone is recorded / documented in patient record |
| | There is a procedure for obtaining the medical records and medical history of new patients |
| | Patients with chronic diseases are recalled |
| | There is a system for reviewing medication prescribed to individual patients |
| | There is a procedure for managing patient information regarding outgoing requests (tests, referrals, information from third parties) |
| | There is a procedure for managing incoming patient data |
| | There is a system to ensure that incoming test results are seen by the attending GP |
| | There is a procedure to ensure that information from other health care providers (tests, reports) is entered in the patient record |
| | There is a procedure for managing patient information regarding actions that are taken on incoming results |
| Communication with other health care providers | There is an up to date directory of local health care providers* |
| | There are arrangements with other providers to ensure continuity of care |
| | Locums are given an induction into the practice organisation |
| | Information (outcomes, results) about (unplanned) out-of-hours care provided by other doctors for patients is made available to practice staff |
| | The practice has an arrangement to ensure that information (outcomes, results) about (unplanned) out-of-hours care from other doctors is shown to the GP |
| | Information about out of hours contacts with patients is received quickly |
| | Every GP has access to e-mail |

| | |
|---|---|
| | The computer is used for: contacting pharmacies |
| Use of computers | There is a computerised medical record system* |
| | The computer is used for: prescriptions |
| | The computer is used for: referral letters |
| | The computer is used for: financial administration |
| Confidentiality and privacy | Private space for (un)dressing/examination is provided in all consulting/examination rooms |
| | Medical records, and other files containing patient information, are not stored or left visible in areas where members of the public have unrestricted access |

## *Domain: Finance*

| dimension | indicator |
|---|---|
| Financial leadership and responsibilities | The responsibility for financial management in the practice is clearly defined |
| | There is a system for checking the settlement of accounts |
| Financial planning (prospective) | The annual financial plan includes all expected income and expenditure |
| Annual report (retrospective) | An annual financial report is produced |
| | The financial record includes cash transactions |
| | The financial record includes claims |

## *Domain: Quality & Safety*

| dimension | indicator |
|---|---|
| Quality development, quality policy | There is a team meeting held at least monthly and a written record is made available to all staff |
| | There is a team meeting about quality held at least monthly and a written record is made available to all staff |
| | Practice staff have protected time to discuss the future strategy of the practice in the past 12 months |
| | Quality improvement targets have been set in the last year |
| | At least one clinical audit* has been conducted in the last year |
| | The annual report includes a quality report |
| | Patient satisfaction is monitored regularly |
| | There is a patient forum or a patient participation group |
| Detection of quality and safety problems | The medical equipment (ophthalmoscopes, a pair of scales, instruments…) is checked regularly according to national regulations |
| | Medical/electrical equipment is checked regularly according to national regulations |
| | The safety equipment is checked regularly according to national regulations |
| | Sphygmomanometers are calibrated regularly according to national regulations |
| | Computers and printers are checked regularly according to national regulations |
| | National ergonomic standards are adhered to |
| Complaint management | There is a suggestion box for patients |
| | There is a patient complaint procedure |
| | All patient complaints are registered |
| | All patient complaints are analysed and discussed |
| | Patient complaints are acted upon |

| | |
|---|---|
| | An example of a patient complaint which has been discussed is available |
| | There is a critical incident register* |
| | Critical incidents are analysed and discussed |
| Critical incidents | Examples of a critical incident analyses are available analysis |
| | Critical incidents are acted upon? |
| | Examples of action taken because of a critical incident are available |
| | There is a written hygiene protocol |
| | The hygiene protocol covers disinfection of clinical equipment |
| | The hygiene protocol covers when and how to use sterile instruments |
| | The hygiene protocol covers the disposal of used instruments |
| | The hygiene protocol covers use of protective equipment |
| Safety of staff and | The hygiene protocol covers the disposal of sharps and contaminated material |
| patients, hygiene, | There is a written infection control protocol* for the prevention of contamination of staff |
| infection control | The vaccination status of staff regarding Hepatitis B vaccination is recorded |
| | The practice has hygienic hand wash and disinfection facilities and drying facilities in the consultation/examination rooms |
| | The practice has container for used equipment in the consultation/examination rooms |
| | The practice has container for sharps in the consultation/examination rooms |
| | The practice leak proof container in the consultation/examination rooms |