Het lot van kwaliteitsverbeterende projecten

Een analyse van hun duurzaamheid aan de hand van het Theoretical Domains Framework

dr. Vito Specogna, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. dr. Stefan Heytens, Universiteit Gent

Copromotor: dr. Veerle Piessens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 – 2026

©Copyright by KU Leuven
Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

Abstract

Context: Huisartsen-in-opleiding kiezen er frequent voor om een kwaliteitsverbeterend project (KVP) uit te voeren als masterproef. Dit omvat de identificatie van een praktijkprobleem, gevolgd door een voormeting, een interventie en een nameting. Bij een gunstig resultaat wordt de gedragsverandering uit de interventie idealiter duurzaam geïmplementeerd in de praktijk. Het is echter grotendeels onbekend in hoeverre deze projecten daadwerkelijk duurzaam zijn en welke factoren dit beïnvloeden. Dit onderzoek brengt de duurzame implementatie van KVP'en in kaart en analyseert, aan de hand van het Theoretical Domains Framework (TDF), welke gedragsdomeinen de implementatie van KVP'en bevorderen of belemmeren.

Onderzoeksvraag: Hoeveel KVP'en uit 2019 werden methodologisch correct uitgevoerd en in hoeverre worden ze nog actief gebruikt in de huisartsenpraktijken? Tot welke domeinen uit het TDF behoren de facilitatoren en barrières van hun duurzame implementatie?

Methode: In dit mixed-methodsonderzoek werden masterproeven uit 2019 geanalyseerd. Masterproeven gelabeld als "kwaliteitsverbeterend project" werden getoetst aan methodologische criteria van een KVP. Via een vragenlijst werd nagegaan hoeveel van deze KVP'en nog actief toegepast worden in de praktijk. De betrokken praktijkopleiders (PO's) van succesvol uitgevoerde projecten werden hierna uitgenodigd voor een semigestructureerd interview om facilitatoren en barrières omtrent de implementatie van KVP'en te identificeren. Het TDF diende als kader om deze factoren te categoriseren in specifieke gedragsdomeinen.

Resultaten: In 2019 werden 107 van de 306 masterproeven ingediend als "kwaliteitsverbeterend project". Hiervan werden er slechts 41 methodologisch correct uitgevoerd. Alle bereikbare en nog actieve PO's van deze projecten werden uitgenodigd voor verdere deelname aan het onderzoek. Achttien van de 22 respondenten herinnerden zich het KVP. Acht van deze 18 antwoordden dat het KVP nog actief gebruikt wordt in de praktijk. Vier PO's namen elk deel aan een semigestructureerd interview. Hierbij kwamen vooral "Sociale/ professionele rol en identiteit" en "Geloof over gevolgen" als facilitatordomeinen naar voren. "Sociale invloeden" was zowel een facilitator als een barrière. Andere barrières omvatten onder andere een gebrek aan gedeeld eigenaarschap, dat voortkwam uit verschillen tussen doelen van de HAIO en praktijknoden ("Intenties", "Doelen"). Ook was er weinig kennis over de volledigheid van de Act-fase en de bijbehorende implementatiemethodes en -monitoring ("Kennis", "Gedragsregulatie"). "Omgevingscontext en -middelen" en "Geheugen-, aandachts- en beslissingsprocessen" waren ook relevante, maar minder aanpasbare barrièredomeinen.

Conclusie: Een minderheid van de KVP'en uit 2019 werd volledig en correct uitgevoerd. De meerderheid hiervan kende geen duurzame implementatie. De voornaamste implementatie-barrières waren terug te brengen naar weinig kennis over de Act-fase van de Plan-Do-Check-Act cyclus en het ontbreken van gedeeld eigenaarschap, naast omgevingsfactoren. Hoewel enkele recentere richtlijnen voor KVP'en hier reeds meer rekening mee houden, blijken dit nog steeds onderbelichte kwesties. De kleine steekproefgrootte laat echter geen generalisering toe. Dit onderzoek werkt dan ook eerder als exploratieve basis voor toekomstige herevaluaties betreffende de duurzaamheid van KVP'en en optimalisatie van de richtlijnen.

Dankwoord

Graag bedank ik alle deelnemers van het onderzoek voor de tijd die ieder van hen heeft genomen om mij te helpen deze paper te vervolledigen. Zonder hun participatie was de paper namelijk onbestaand geweest. Dit geldt ook voor de personen die de tijd hebben genomen om deze masterproef na te lezen.

Overigens dank aan de collega's van Huisartsenpraktijk 365, SFZ en De Linde om mij te begeleiden doorheen het HAIO-traject. Dergelijk woord van dank is ook op zijn plaats voor mijn promotor, Prof. dr. Stefan Heytens, en in het bijzonder mijn copromotor, dr. Veerle Piessens, voor de sturing doorheen het masterproeftraject.

Een laatste, welgemeende "*merci*" gaat uit naar mijn familie en vrienden. Ik wil graag mijn appreciatie tegenover hen uitdrukken voor de steun tijdens deze masterproef en gedurende de hele negenjarige opleiding. Het is makkelijk hen als vanzelfsprekend te beschouwen maar op moeilijkere momenten zijn ze onmisbaar. Ik kan niet anders dan van geluk spreken dat ik omringd word door deze specifieke personen.

Vito Specogna

Inhoudstafel

Inleiding 1
Methoden 3
Achtergrond 3
Onderzoeksmethode kwantitatieve data 3
Onderzoeksmethode kwalitatief onderzoek 5
Theoretisch kader: Theoretical domains framework 5
Dataverzameling 6
Data-analyse 6
Resultaten 7
Kwantitatieve data 7
Identificatie van kwaliteitsverbeterende projecten 7
Correctheid label kwaliteitsverbeterend project 7
Identificatie van praktijkopleiders 9
Kwalitatieve data: semigestructureerde interviews 12
Facilitatoren 12
Barrières 15
Discussie 20
Conclusie 23
Referenties 24
Appendix 26
Bijlage 1: Een overzicht van de 14 TDF-domeinen met hun respectievelijke definitie en constructen van de componenten. 26
Bijlage 2: GRAMMS-checklist 28
Bijlage 3: COREQ-checklist 28
Bijlage 4: Informatiebrief deelnemers interviews (ICF) 31
Bijlage 5: Initiële e-mail aan POs. 36
Bijlage 6: E-mail aan PO's bij uitblijven van antwoord na telefonische contactname. 37
Bijlage 7: Semigestructureerde interviewgids 38
Bijlage 8: Goedkeuring ethische commissie 40
Bijlage 9: Goedgekeurd onderzoeksprotocol 42

Inleiding

De masterproef is een belangrijk deel van de driejarige specialisatie huisartsgeneeskunde in Vlaanderen en vertegenwoordigt 30 van de 180 studiepunten van de ma-na-ma opleiding huisartsgeneeskunde. Men kan als huisarts-in-opleiding (HAIO) kiezen tussen verschillende opties om een masterproef uit te voeren. Het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO) stelt zeven keuzemogelijkheden voor, een kwaliteitsverbeterend project (KVP) is hier één van. Een aanzienlijk deel van de HAIO's kiest voor deze optie. Van de 306 masterproeven ingediend in 2019 werden er 107 (35%) gecategoriseerd als KVP. Over de grotere periode van 2019 tot en met 2023 betrof dit aandeel 23% (1).

Bij een KVP wordt een probleemsituatie uit de huisartsenpraktijk geïdentificeerd en probeert men via een interventie de kwaliteit van zorg te verbeteren. Na de interventie worden de resultaten via een nameting geanalyseerd en besproken, waarna een conclusie volgt. De insteek is dat de voorgestelde interventie van een project met gunstige resultaten duurzaam geïmplementeerd wordt in de praktijk. Het opstellen en uitvoeren van een KVP gebeurt volgens het *Model for Improvement* en de FOCUS/*Plan-Do-Check-Act* (PDCA)-cyclus (2-5) (Figuur 1). Informatie, PowerPoints en handleidingen voor HAIO's zijn beschikbaar op de website van het ICHO en het SOFIA-platform (2, 6).

Hoewel het primaire doel "kwaliteitsverbetering" (7) vaak bereikt wordt, wijst de praktijkervaring uit dat veranderingen uit KVP'en met gunstige resultaten niet altijd in gebruik blijven in de huisartsenpraktijk. Het blijvend volhouden van de geïntroduceerde aanpassingen wordt gedefinieerd als de duurzaamheid van het project. Er worden recentelijk wel richtlijnen aangeboden om de duurzame implementatie van KVP'en te bevorderen, maar dit zijn eerder beperkte en algemene theoretische kaders die nog niet getoetst zijn aan de praktijk. Bovendien varieert de mate waarin deze richtlijnen aangeboden worden aanzienlijk tussen de verschillende universiteiten (6).

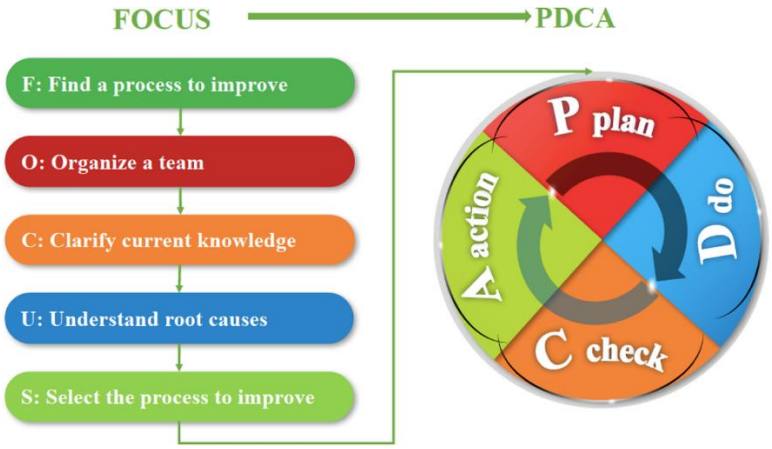
Uit een analyse van de "*Databank met zoekmotor masterproeven*" (1) blijkt dat er tot op heden nog geen onderzoek verricht is naar de duurzaamheid van KVP'en. Er is momenteel dus geen zicht op de mate waarin afgeronde projecten nog in gebruik zijn. De redenen waarom sommige KVP'en wel en andere geen duurzaam succes kennen, blijven ook nog onduidelijk.

In de literatuur zijn daarentegen wel cijfers terug te vinden over de duurzaamheid van kwaliteitsverbetering. Deze tonen dat momenteel minder dan de helft van de klinische innovaties resulteren in langdurig gegeneraliseerd gebruik (8). De vertaling van kwaliteitsverbetering in theorie naar duurzame implementatie in de praktijk wordt het laatste decennium dan ook bestempeld als een van de belangrijkste translationele uitdagingen in de hedendaagse wetenschap (9). De duurzame implementatie van kwaliteitsverbetering is daarmee een snel opkomend en relevant thema in de implementatiewetenschap geworden. Dit subdomein peilt niet enkel naar hoe men implementatie tot stand kan brengen, maar ook naar welke factoren een rol spelen in het behoud van deze gedragsverandering.

Een goed begrip van gedragsveranderingen en hierop gebaseerde strategieën zijn essentieel om de duurzaamheid van aanpassingen bij elke vorm van kwaliteitsverbetering te vergroten (10). Het Theoretical Domains Framework (TDF) is een veelgebruikt instrument binnen de implementatiewetenschap om dit te bereiken. Het biedt een leidraad om gedragsfactoren die implementatie beïnvloeden te identificeren en te categoriseren naar gedragsdomeinen. Dit framework integreert verschillende theoretische kaders en groepeert in de verfijnde versie de essentiële elementen van gedragsverandering in 14 domeinen (11, 12) (Bijlage 1). Op die manier kan er specifiek bepaald worden welke domeinen relevant zijn voor de duurzame implementatie van kwaliteitsverbetering. Men kan vervolgens modellen zoals het COM-B model en het Behaviour Change Wheel (BCW) koppelen aan de TDF domeinen om gerichte interventies hierop af te stemmen (12-14).

Dit mixed-methodsonderzoek bestaat uit twee delen. In een kwantitatief luik werd geverifieerd hoeveel KVP'en uit 2019 succesvol werden afgerond en in hoeverre deze nog actief gebruikt worden in de huisartsenpraktijk vijf jaar na implementatie. Hiernaast werden relevante domeinen omtrent de implementatie van KVP'en geïdentificeerd via kwalitatief onderzoek met behulp van semigestructureerde interviews. Aan de hand van het TDF worden barrières en succesfactoren van de duurzame implementatie van KVP'en geanalyseerd.

Het doel van dit exploratief onderzoek is zich te richten op voltooide KVP'en en voor de eerste keer sinds hun introductie een descriptief inzicht te bieden in de cijfers rond hun duurzaamheid. Daarnaast worden de relevante gedragsdomeinen van de duurzame implementatie van KVP'en geïdentificeerd aan de hand van semigestructureerde interviews en het TDF. Zo levert het onderzoek een bijdrage aan de duurzamere ontwikkeling van toekomstige KVP'en en reikt het een basis aan voor toekomstige herevaluaties en eventuele richtlijnaanpassingen.



Figuur 1: FOCUS/PDCA-cyclus
Met toestemming overgenomen uit Xie et al. (15) onder Creative Commons Attribution 4.0 International: https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Methoden

Achtergrond

Alvorens het theoretisch kader uit te diepen is het belangrijk de nuance tussen kwaliteitsverbetering en implementatiewetenschap aan te halen. Kwaliteitsverbetering heeft een specifieke probleemstelling in een specifieke omgeving als uitgangspunt, bijvoorbeeld de huisartsenpraktijk. Implementatiewetenschap vertrekt anderzijds meestal met een ondergebruikte richtlijn en focust zich op de implementatie hiervan in de praktijk. Ondanks dit verschil hebben ze overlappende aspecten. Implementatiewetenschap zit zo ook vervat in de Act-fase uit de PDCA-cyclus, die bij kwaliteitsverbetering vaak gebruikt wordt (3, 4, 16).

Een evaluatie van de beschikbare hulpmiddelen voor HAIO's vanuit het ICHO wees uit dat het merendeel van de informatie zich richt op methodes om de kwaliteitsverbetering te realiseren. De laatste stap van een PDCA-cyclus is echter de Act-fase. Zoals hierboven beschreven legt deze stap zich toe op de duurzame implementatie van kwaliteitsverbetering. Er dient besloten te worden op welke manier het project wordt voortgezet: verlaten (*Abort*), behouden (*Adopt*) of aanpassen (*Adjust*) (6). Implementatiewetenschap is dus een inherent onderdeel van een volledig KVP terwijl tot nu toe de focus voornamelijk blijkt te liggen op de kwaliteitsverbetering zelf.

Het onderzoek bestond uit twee delen: een kwantitatief luik waarin alle KVP'en ingediend in 2019 geverifieerd werden en waarvan de duurzaamheid vijf jaar nadien geëvalueerd werd. Aansluitend werd in een kwalitatief luik onderzocht welke factoren deze duurzaamheid bevorderden of belemmerden. Gezien het een mixed-methodsonderzoek met een verklarend sequentieel design betrof werden de GRAMMS- en COREQ-checklist ingevuld. Deze zijn respectievelijk opgenomen in Bijlage 2 en 3.

Onderzoeksmethode kwantitatieve data

Voor dit onderzoek werden uitsluitend KVP'en uit het afstudeerjaar 2019 geïncludeerd. Projecten uit hieropvolgende jaren werden ten minste deels gekenmerkt door afwijkende situationele factoren zoals de COVID-19-pandemie en de gevolgen daarvan. Nog meer recente KVP'en werden te kort geleden afgerond om duurzame implementatie te kunnen beoordelen (9). KVP'en van vóór 2019 zijn geëxcludeerd omdat de grotere tijdspanne sinds hun inlevering de evaluatie ervan zou bemoeilijken.

De gegevensverzameling van het kwantitatief onderzoek ving aan met een raadpleging van de online databank masterproeven (1). Aangezien er weinig informatie over de volledigheid van deze databank ter beschikking was en de website geen filterfuncties bevatte, werd het ICHO aangeschreven voor verdere informatie. Het ICHO bevestigde dat alle abstracts systematisch gepubliceerd worden en leverde tevens een Excel-bestand aan. Dit bestand bevatte een overzicht van alle ingediende masterproeven uit de periode 2019-2023 gesorteerd per indieningsjaar en type masterproef. De recentere jaartallen werden louter opgevraagd voor informatieve doeleinden en om eventueel summiere longitudinale vergelijkingen te maken in de resultaten. Na ontvangst van de dataset kon aan de hand van het label "type masterproef"

het aandeel van elke verschillende masterproefvorm berekend worden. De abstracts van alle masterproeven uit 2019 met het label “Kwaliteitsverbeterend project” werden gedownload.

Om te beoordelen of een masterproef daadwerkelijk een correct uitgevoerd KVP betrof, diende deze aan de volgende voorwaarden te voldoen:

- Geen andere vorm van masterproef zijn (Richtlijn/adaptatie van een richtlijn/beslishulp, kwalitatief onderzoek of kwantitatieve research, literatuurstudie)
- In een huisartsenpraktijk uitgevoerd zijn
- Toepassing van FOCUS/PDCA-cyclus of een gelijkaardig model met ten minste voormeting, interventie en nameting

De voorwaarden werden opgesteld op basis van de richtlijnen van het ICHO en vooraanstaande literatuur over kwaliteitsverbetering (4-6).

Deze vereisten werden manueel geëvalueerd bij elke masterproef met het label “Kwaliteitsverbeterend project”. Als de masterproef geen nameting bevatte of er een deelaspect ontbrak, werd deze heringedeeld naar kwalitatief onderzoek of kwantitatieve research (zoals in het geval van audits). Alle geëxcludeerde papers werden gelabeld met hun exclusiereden ter transparantie. Na deze stap restten enkel de KVP’en die methodologisch correct werden gelabeld en uitgevoerd.

Ter verzameling van kwantitatieve data over de duurzaamheid van KVP’en werd er een korte vragenlijst opgesteld, gericht aan de PO’s van deze projecten. Er werd besloten de volgende drie ja-neevragen te includeren:

- *Herinnert u zich nog waar het kwaliteitsverbeterend project over ging?*
- *Had het project volgens u een gunstig resultaat in de praktijk?*
- *Is de verandering of maatregel die toen werd ingevoerd momenteel nog (grotendeels) in gebruik in uw praktijk?*

De keuze voor slechts drie korte gesloten vragen werd gemaakt om de responsgraad zo hoog mogelijk te houden.

De lijst van KVP’en die als correct uitgevoerd beoordeeld werden, werd geëxporteerd naar een nieuw Excel-bestand. Aan de hand van de beschikbare gegevens (voor- en achternaam van de HAIO, PO en promotor) werden de KVP’en vervolgens per PO gesorteerd. HAIO’s konden meer dan één PO hebben omwille van een masterproefproject dat over verschillende praktijken werd uitgevoerd of de aanwezigheid van verschillende PO’s binnen één praktijk. Na het samenstellen van deze lijst werd een contactstrategie voor de praktijken uitgewerkt.

Een doeltreffende communicatie met de PO’s vereiste de volledige en correcte contactinformatie van hun praktijken. Deze gegevens werden initieel verzameld aan de hand van online beschikbare informatiebronnen. Het telefoonnummer van de praktijk was doorgaans direct terug te vinden. Bij het ontbreken van een e-mailadres op de website werd telefonisch contact opgenomen met desbetreffende secretariaten.

De verdere communicatiestrategie omvatte de volgende stappen:

- Verzending van een algemene informatieve e-mail naar de praktijken of PO's. Deze bevatte informatie over het onderzoek en de informatiebrief (Bijlage 4), melding dat er telefonisch contact zou volgen en de mogelijkheid tot opting-out (Bijlage 5)
- Telefonisch contact met de praktijken na een opting-outperiode te respecteren van minimaal vier weken. Hierbij werd getracht de PO rechtstreeks te spreken. Indien dit niet mogelijk bleek, werden er tijdsloten meegedeeld voor vrijblijvende terugbelmomenten, of werd er een telefonische afspraak ingepland.
- Contact via e-mail en telefonisch met praktijken die niet terugbelden. De tijdsloten werden hierin opnieuw meegedeeld en er werd een e-mail gestuurd met de drie ja-neevragen om de responsgraad verder te verhogen (Bijlage 6).
- Polsen naar interesse tot deelname aan het semigestructureerde interview bij PO's die de korte vragenlijst volledig beantwoordden.

De PO's die de drie ja-neevragen beantwoord hadden en interesse in verdere deelname aangaven, werden uitgenodigd voor een semigestructureerd interview om zo de kwalitatieve data te verzamelen.

Onderzoeksmethode kwalitatief onderzoek

Theoretisch kader: Theoretical domains framework

Het kwalitatief deelonderzoek werd gebaseerd op het TDF, een bestaand en welomschreven kader over gedragsveranderingen bij implementatieprocessen. De onderzoeksmethode voor dit deel van het onderzoek is grotendeels ontleend aan de publicatie van Atkins et al. *"A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems"*(12). De copromotor was reeds bekend met deze leidraad, hij werd gebruikt om begeleiding te bieden doorheen het onderzoek en als startpunt van een oriënterende literatuurstudie over implementatiewetenschap.

De validiteit van het TDF op zich werd ook reeds aan onderzoek onderworpen, een verfijnde versie werd gepresenteerd in 2012 (11). Atkins et al. beschreven dat zowel de eerste (TDF(v1)) als de tweede versie (TDF(v2)) bruikbaar is, afhankelijk van persoonlijke voorkeur of ervaring met een van de twee versies (12). Voor deze masterproef werd besloten om de drieledig gevalideerde tweede versie (TDF(v2)) te kiezen.

Bij de toepassing van de TDF-leidraad werden verschillende stadia doorlopen. Het doelgedrag werd geselecteerd en gespecificeerd. Dit betrof het uitvoeren en volhouden van de gedragsverandering die door het KVP onderzocht en voorgesteld werd. Aangezien er nog geen informatie beschikbaar was over de mogelijke gedragsdomeinen van de implementatie werd er voor semigestructureerde interviews als studiedesign gekozen. Voor de structurering hiervan werd een interviewgids opgesteld aan de hand van de 14 domeinen beschreven in het TDF (Bijlage 7). Als inspiratie voor de interviewgids en ter verduidelijking van de domeinen werden reeds gepubliceerde TDF-vragenlijsten op PubMed geanalyseerd (17-20). Enkele van de vragen hieruit werden vertaald naar de context van deze studie. Er werd voorzien dat elk domein minstens één vraag toegekend kreeg. Het doel was om, in lijn met verwachtingen uit

de TDF-leidraad, minimum 10 interviews af te nemen met nadien telkens stappen van drie extra interviews totdat datasaturatie bereikt werd. Dit houdt in tot er geen nieuw thema uit het TDF opkomt (12). De samplingstrategie werd eerder al besproken en berustte op het rekruteren van PO's die een HAIO hebben begeleid van wie het KVP succesvol en correct afgerond werd in 2019.

Dataverzameling

De semigestructureerde interviews werden via Microsoft Teams afgenomen door de hoofdonderzoeker (dr. Vito Specogna, mannelijk, destijds tweedejaars HAIO). Er bestond geen relatie tussen de onderzoeker en de deelnemers. Voorafgaand aan de interviews ontvingen alle deelnemers een kopie van de informatiebrief. Aan het begin van elke Teams-vergadering werd expliciet toestemming gevraagd voor de audiovisuele opname van het interview. Toelichting over informatieverwerking en toestemming werden na start hiervan mondeling herhaald en geïncludeerd in het transcript van elk interview. De deelnemers werden geattendeerd aan de informatiebrief en werden verzocht een kopie van het ondertekende exemplaar te bezorgen. Na afronding van het inhoudelijke interview kregen de deelnemers de mogelijkheid aangeboden om op de hoogte gesteld te worden van de onderzoeksresultaten.

Tijdens het interview werd gebruikgemaakt van de ingebouwde AI-transcriptiehulp van Microsoft Teams. Elk interview werd nadien door de hoofdonderzoeker manueel gecontroleerd aan de hand van de audiovisuele opname. De transcriptie werd waar nodig gecorrigeerd, waarbij de data gelijktijdig werd gepseudonimiseerd. De originele opname werd veilig bewaard op een versleutelde schijfruimte tot na transcriptie waarna deze verwijderd werd. Zolang de transcripties nog niet volledig gepseudonimiseerd waren, werden deze op een veilige versleutelde lokale schijfruimte bewaard. Na het pseudonimiseren van de data werd de transcriptiesleutel uitsluitend offline en vergrendeld bewaard.

Data-analyse

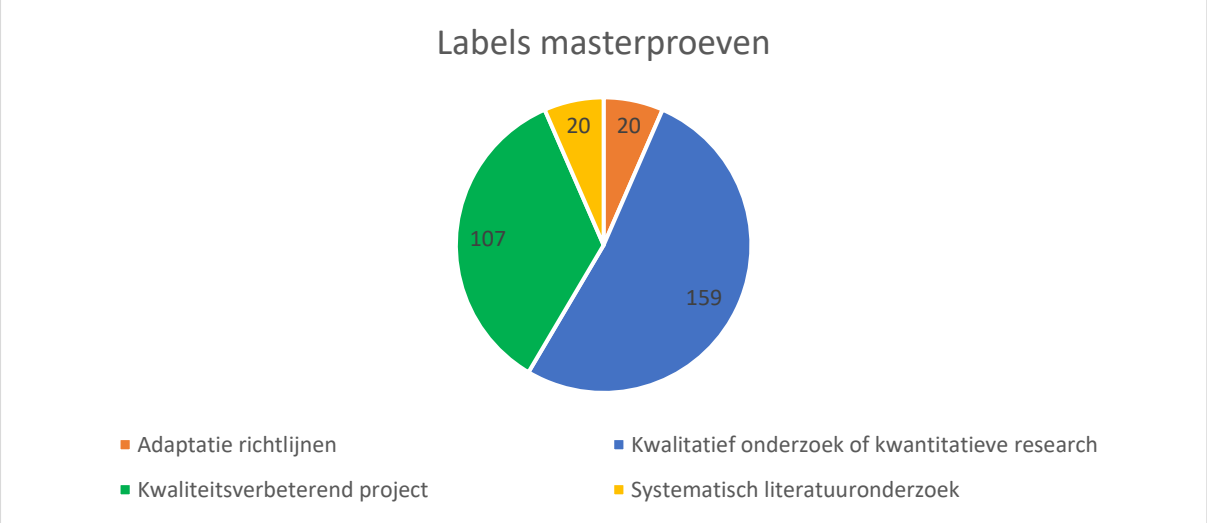
Na de pseudonimisering van de dataset ving de analyse uit de interviewtranscripten aan. De analyse werd uitgevoerd op basis van de principes uit de TDF-leidraad (12) en volgde een deductieve strategie (21). Eerst werden de kerngedachten uit de antwoorden van de deelnemers geclusterd in overkoepelende thema's. Deze werden descriptief gelabeld waarna ze aan een bijpassend TDF-domein werden gekoppeld. De coderingsbeslissingen werden aan de hand van een consensus binnen het onderzoeksteam genomen en werden vergeleken met gepubliceerde voorbeelden van TDF-codering uit de literatuur. Het beoogde doel van deze aanpak was om de meest terugkerende en relevante onderwerpen en TDF-domeinen over de verschillende interviews heen te identificeren. Naast deze deductieve coderingsstrategie werd een inductieve benadering toegepast ter controle. Hierbij werden de interviews systematisch per individueel TDF-domein herzien.

Resultaten

Kwantitatieve data

Identificatie van kwaliteitsverbeterende projecten

In 2019 werden 306 masterproeven ingediend, waarvan 107 als “kwaliteitsverbeterend project”. Dit komt neer op 35%, waarmee het de meest populaire keuze was na kwalitatief onderzoek of kwantitatieve research dat er 159 telde. Adaptatie van een richtlijn en systematisch literatuuronderzoek werden minder gekozen, ze vertegenwoordigden elk 20 van de 306 masterproeven (Figuur 2).

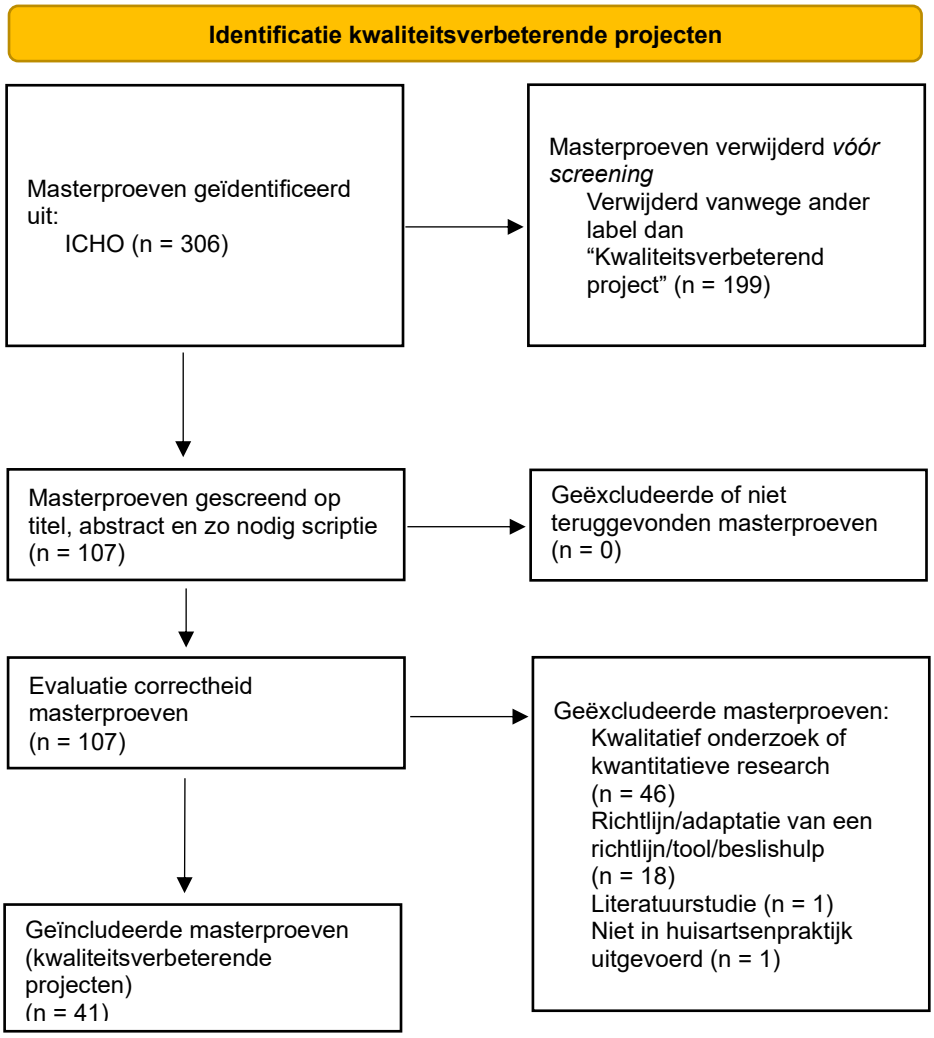


Figuur 2: Labels van de masterproeven uit inleverjaar 2019.

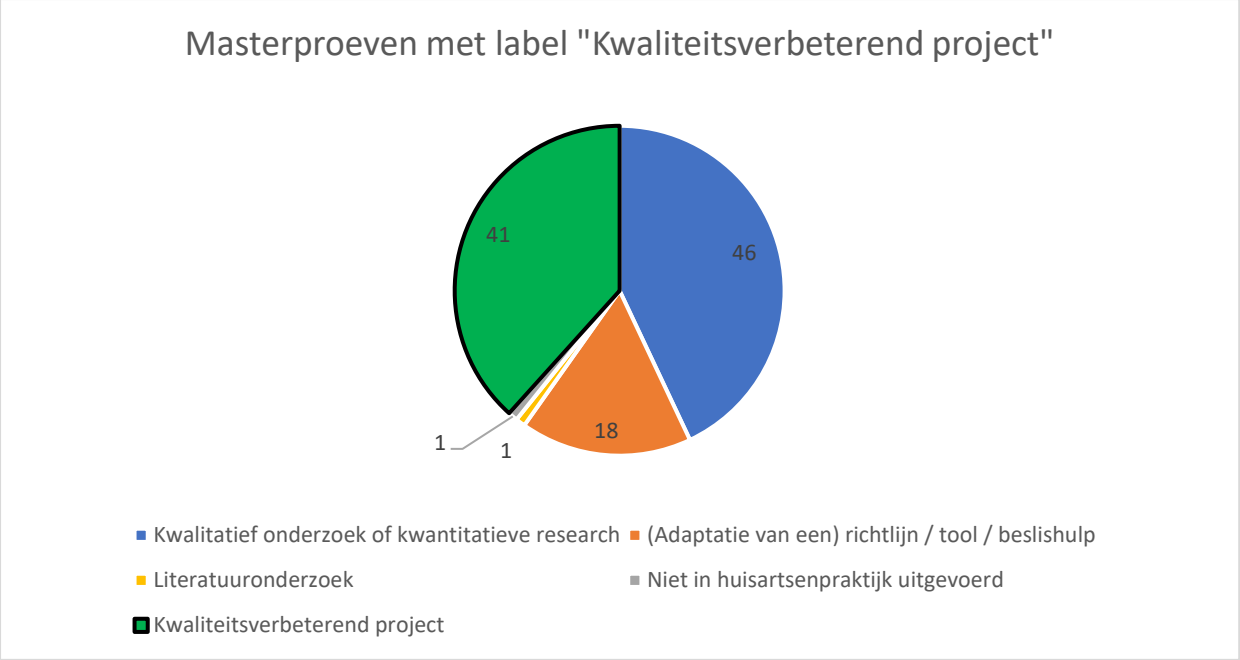
Correctheid label kwaliteitsverbeterend project

Van de 107 masterproeven met het label “kwaliteitsverbeterend project” werden er 66 geëxcludeerd omdat ze niet voldeden aan de hoger beschreven criteria. Dit betekent dat bijna twee derde van de gelabelde “kwaliteitsverbeterende projecten” in werkelijkheid geen KVP waren. De exclusie was grotendeels te wijten aan het onvolledig doorlopen van de FOCUS/PDCA cyclus tijdens de uitvoering van het KVP, waarbij voornamelijk nametingen of interventies ontbraken. Deze masterproeven waren in strikte zin dus kwalitatief onderzoek of kwantitatieve research. Dit vormde de grootste exclusiegroep met 46 masterproeven. Hiernaast werden 18 masterproeven geëxcludeerd omdat ze tot de categorie (adaptatie van een) richtlijn/ tool/ beslishulp behoorden. Ook werden één literatuurstudie en één masterproef die niet in een huisartsenpraktijk uitgevoerd was geëxcludeerd. Een flowchart van de verschillende stappen is terug te vinden in Figuur 3.

Uiteindelijk bleven er 41 masterproeven over die als “kwaliteitsverbeterend project” gelabeld stonden en aan de vooropgestelde voorwaarden van een KVP voldeden. Dit betekent dat minder dan de helft van de projecten met dit label daadwerkelijk aan de voorwaarden van een KVP voldeed (Figuur 4).



Figuur 3: Flowchart betreffende de identificatie van de masterproeven met label “kwaliteitsverbeterend project”.



Figuur 4: Taartdiagram dat de verdeling weergeeft van de masterproeven met het label "kwaliteitsverbeterend project".

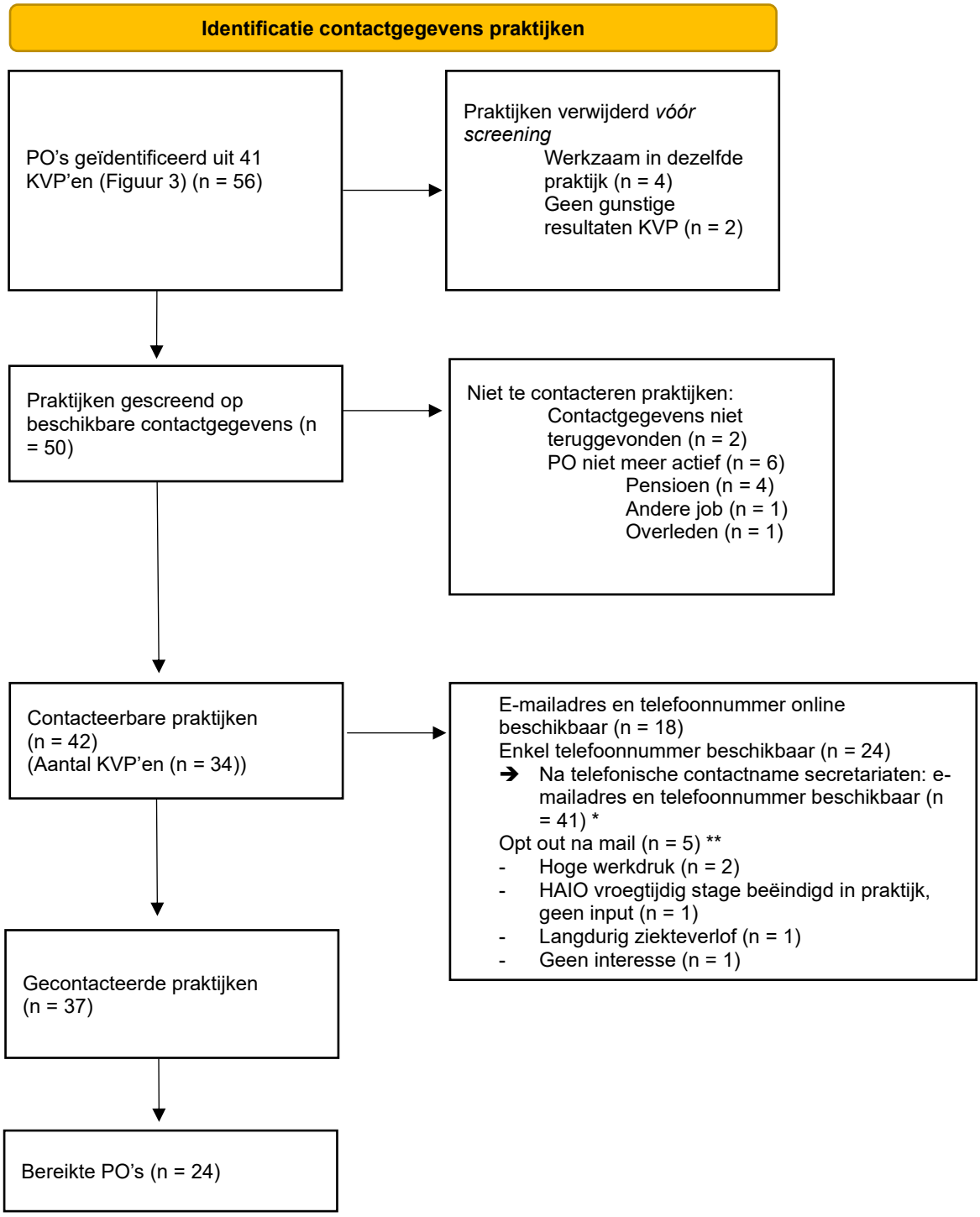
Identificatie van praktijkopleiders

Van de 41 geselecteerde KVP'en rapporteerden er slechts twee dat het project niet tot een succesvol resultaat had geleid, deze werden bijgevolg geëxcludeerd. Van de resterende 39 KVP'en werden 54 PO's geïdentificeerd uit 50 verschillende praktijken. Deze discrepantie wordt verklaard doordat bij vier KVP'en twee PO's in dezelfde praktijk werkzaam waren. Hiernaast werden negen KVP'en door twee PO's begeleid en één door drie. Van de 50 identificeerbare praktijken kwamen er 42 in aanmerking voor contactname. Acht praktijken (hier gelijk aan het aantal PO's) werden geëxcludeerd voorafgaand aan contact via e-mail wegens "PO niet meer actief" (n = 6) en "contactgegevens niet te achterhalen" (n = 2).

De resterende 42 praktijken werden via e-mail en telefonisch benaderd, waarna vijf praktijken aangaven dat ze niet wensten deel te nemen. Hoewel er expliciet geen weigeringsreden verwacht of gevraagd werd, gaven deze praktijken spontaan volgende redenen: hoge werkdruk (n = 2), langdurig ziekteverlof (n = 1), geen interesse (n = 1) en vroegtijdige stagebeëindiging door HAIO (n = 1). Uiteindelijk bleven er 37 praktijken en 40 PO's over voor het verdere verloop van het onderzoek. Na verschillende contactpogingen werden 24 PO's bereikt. Er waren twee PO's werkzaam in solopraktijken, drie in medische huizen en 19 in groepspraktijken. Twee PO's werkten in dezelfde groepspraktijk (Figuur 5).

De uiteindelijke responsgraad was als volgt:

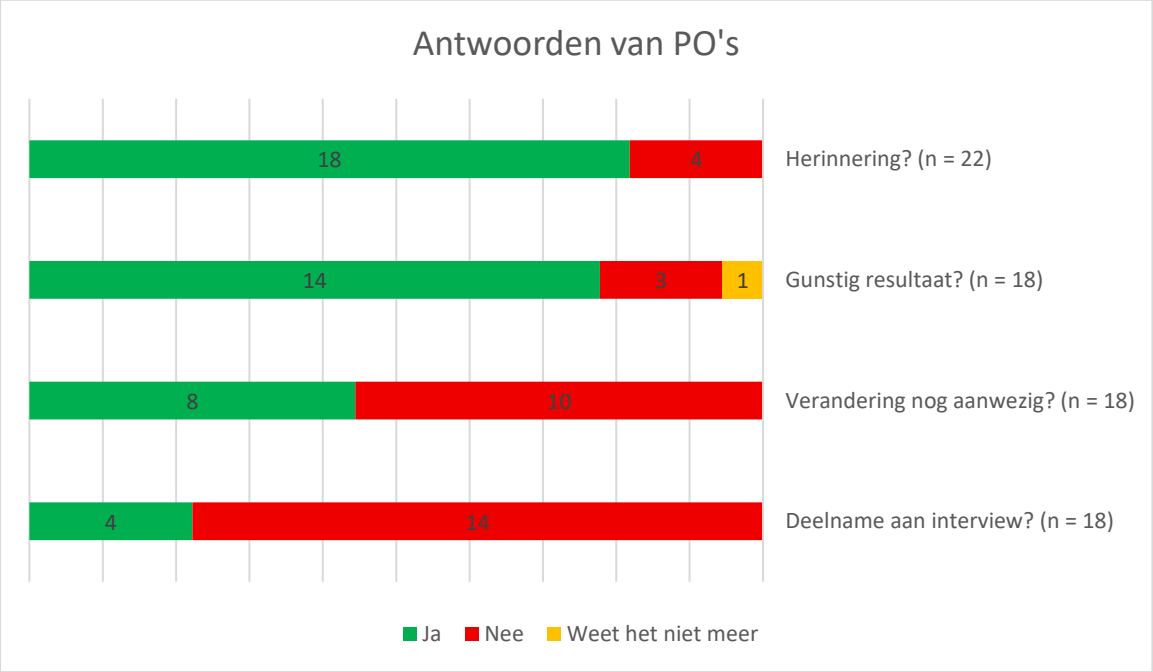
- 22 beantwoordden de drie ja-neevragen
- 2 verbraken vroegtijdig de telefoonverbinding (geregistreerd als weigering tot deelname)



* Exclusie van één praktijk wegens weigeren van delen e-mailadres
** Vijf praktijken geëxcludeerd, zes PO's. Vanwege het feit dat twee PO's in dezelfde praktijk werken.

Figuur 5: Flowchart betreffende de identificatie van de contactgegevens van de praktijken.

Van de 22 PO's meldden er 18 dat ze zich het KVP uit 2019 herinnerden. De overige twee vragen werden enkel gesteld indien ze zich het KVP nog kon herinneren, deze werden door alle 18 PO's volledig beantwoord. Veertien van de 18 herinnerden zich het KVP als een succesvol project. Drie PO's gaven aan dat ze het KVP geen gunstig resultaat vonden hebben ondanks dat hier in de vorige stap van het onderzoek al voor geëxcludeerd werd. Op de laatste vraag, of de ingevoerde gedragsverandering van de interventie nog aanwezig was in de praktijk, gaven minder dan de helft van de bevraagde PO's aan dat dit in hun praktijk nog het geval was. Slechts acht PO's antwoordden bevestigend op deze vraag terwijl 10 PO's een blijvende gedragsverandering ontkenden (Figuur 6). Van de twee PO's uit dezelfde groepspraktijk antwoordde merkwaardig genoeg één PO "ja" en de andere "nee" op deze laatste vraag.



Figuur 6: Antwoorden van PO's op de drie ja-nee vragen & het verzoek mee te doen aan het interview.

Kwalitatieve data: semigestructureerde interviews

In totaal waren maar vier van de 18 PO's bereid voor deelname aan de semigestructureerde interviews (Figuur 6). Deze PO's worden verder beschreven met hun pseudonimisatie-nummer 12, 14, 45 en 49. De HAIO van desbetreffend project wordt genoemd onder "PO nummer + C". Een belangrijk detail is dat PO 12 en 14 dezelfde HAIO en bijgevolg ook hetzelfde KVP begeleidden. Het betroffen één mannelijke en drie vrouwelijke PO's, allen waren werkzaam in aparte groepspraktijken. De interviews varieerden in tijd tussen 15 en 25 minuten. Zoals besproken in de literatuurstudie werd er verwacht datasaturatie te kunnen bereiken na minstens 10 interviews, maar wegens de beperkte deelname kon dit niet volbracht worden. De kwalitatieve data is hierdoor enkel als exploratief te interpreteren en niet generaliseerbaar.

Wanneer de bekomen data op het TDF geprojecteerd werd, konden de factoren die het implementeren van een KVP vergemakkelijken (Tabel 1: Facilitatoren) en factoren die een hindernis vormen voor de implementatie van een KVP (Tabel 2: Barrières) gevisualiseerd worden.

Facilitatoren

Overkoepelend thema	**Domein(en) uit TDF**
"Kwaliteitsverbetering is huisartsenmaterie"	**Sociale/professionele rol en identiteit**
Interesse (in onderwerp)	**Sociale/professionele rol en identiteit**
"Kwaliteitsverbetering is zinvol"	**Geloof over gevolgen**
Materiële middelen en ondersteuning	**Omgevingscontext en -middelen**
Samenwerking met HAIO	**Sociale invloeden** **Doelen**
Enthousiasme HAIO	**Sociale invloeden**

Tabel 1: Facilitatoren geïdentificeerd uit de semigestructureerde interviews en hun bijpassend TDF-domein.

Sociale/ professionele rol en identiteit

Dit domein kwam het frequentst naar voren van alle facilitatoren. Het beschrijft in hoeverre iemand het uitvoeren van een bepaald gedrag als deel van de eigen rol en/ of identiteit ervaart.

De geïnterviewde PO's gaven meermaals, en vaak spontaan aan dat hun professionele rol als huisarts nauw aansluit met het uitvoeren van kwaliteitsverbetering. Dit reflecteert de bereidheid van huisartsen om nieuwe routines te integreren. Bij verdere navraag bevestigden de geïnterviewde PO's dat hun collega's deze mening hierover deelden.

> *"Dat praktijkverbeterende, allez, dat is echt wel des huisartsen." – PO 12*

> *"Ik denk dat dat zeer interessant blijft zoiets, vooral ook omdat het echt heel huisarts gericht ook is he." – PO 49*

Daarnaast gaven ze aan dat het KVP op zich vaak interessant was. De interesse in kwaliteitsverbetering en KVP'en op zich is iets wat verbonden is met de persoonlijke en professionele identiteit. Het feit dat een KVP gebaseerd is in de huisartsensetting werkte ten goede hiervan.

Geloof over gevolgen

Nauw aansluitend op het vorige domein staat dit domein, eenvoudig uitgedrukt houdt dit de overtuiging in die personen hebben over de invloed van hun gedragingen op de toekomst.

Wanneer de PO's hierover spraken, antwoordden ze dat ze de KVP'en als zinvol ervaarden en dus in eerste instantie positieve overtuigingen hadden over de uitkomst van de gedrags-veranderingen. Dit domein kwam frequent naar voren tijdens de interviews en plaatste zich met "Sociale/ professionele rol en identiteit" op de voorgrond. Opmerkelijk is dat deze positieve overtuiging doorgaans niet werd doorgetrokken naar andere vormen van masterproeven, die enkele keren zelfs als zinloos bestempeld werden.

> *"Ik vind dat heel zinvol" – PO 45*

Doelen

Dit domein heeft betrekking op de uitkomst die men wil bereiken met de gedragsverandering, en hoe het beoogde eindstadium eruit ziet. Daarnaast omvat het de prioriteitstelling, de concrete actieplanning en de mate van autonomie bij de besluitvorming (persoon zelf – gecontroleerd).

Dit domein kwam als facilitator aan bod in de enkele keer dat een PO aangaf dat de samenwerking met de HAIO over het KVP nauw verliep en er grondig en goed overleg was over wat men wou bereiken als doel van het KVP. Overigens bleef dit domein redelijk afwezig als facilitator tijdens de interviews, het fungeerde vooral als barrière.

> *"We hebben dat wel echt samen besproken welke dingen dat we er zullen insteken." – PO 45*

Omgevingscontext en -middelen

Dit domein beschrijft elke omstandigheid van een persoon, zijn situatie of omgeving die motiverend of demotiverend werkt op het stellen van het gedrag.

De voornaamste facilitator die binnen dit domein werd geïdentificeerd, was het aanbod van materiële middelen zoals flowcharts en overig ondersteunend materiaal. Over alle interviews heen kwam dit domein beperkt aan bod als facilitator en zoals het domein "doelen" ook eerder als barrière.

> *"We kregen dan ook materiaal van de UZ Gent en dat was wel heel ondersteunend." – PO 14*

Sociale invloeden

Het domein sociale invloeden omvat de impact die andere mensen hebben in het sturen van gedrag. Het gedrag dat men stelt wordt immers niet enkel door de persoon zelf beslist, maar wordt ook beïnvloed door de sociale omgeving.

Tijdens de interviews kwam deze persoons-persoonsinteractie voornamelijk als een facilitator terug. PO's gaven aan dat hun praktijk positief en eensgezind stond tegenover KVP'en. Ze gaven ook aan dat het enthousiasme van de HAIO aanstekelijk werkte. Wanneer er nauw werd samengewerkt aan dit project was dit een extra steunfactor.

> *"49C kon ook wel enthousiasmeren daarover als HAIO vond ik. Dus dat liep eigenlijk, denk ik vrij goed." – PO 49*

Tijdens de interviews werd wel bevestigd dat deze sociale invloed de neiging heeft af te zwakken na het vertrek van de HAIO.

> *"Ik denk als je zo iemand met heel veel enthousiasme inzet dan gaat het een effect hebben in het beste geval de eerste jaren, maar dat dooft uit." – PO 12*

Barrières

Overkoepelend thema	Domein(en) uit TDF
Geen besef dat “Act” van PDCA-cyclus deel van het KVP moet zijn	**Kennis**
Er is oefening en vertrouwen in de handeling nodig om de verandering te kunnen volhouden	**Vaardigheden** **Geloof over eigen kunnen**
Doelen van de HAIO komen niet overeen met praktijknoden	**Intenties** **Doelen**
Geen gedeeld eigenaarschap van het KVP en weinig betrokkenheid in de keuze en begeleiding van de masterpaper	**Intenties** **Sociale invloeden**
Cognitieve overload & drukte in de praktijk	**Geheugen-, aandachts- en beslissingsprocessen** **Omgevingscontext en -middelen**
De nood tot uitvoeren doet zich weinig voor	**Omgevingscontext en -middelen**
Fragmentatie van de opleiding maakt begeleiding en implementatie moeilijk	**Omgevingscontext en -middelen**
HAIO heeft al veel te doen en we willen hen niet overbelasten, we zijn al blij dat we er een hebben	**Omgevingscontext en -middelen**
Gewoontes doorbreken is niet makkelijk, er is herhaling en monitoring nodig	**Gedragsregulatie**

Tabel 2: Barrières geïdentificeerd uit de semigestructureerde interviews en hun bijpassend TDF-domein.

Kennis

Het domein kennis houdt het bewustzijn van het bestaan van een bepaald concept in. Bij KVP'en gaat dit specifiek over kennis betreffende de volledigheid van het traject en het verloop ervan, de procedure (hoe het gedrag te stellen) en de taakomgeving.

In meerdere interviews werd opgemerkt dat de theorie van wat een KVP inhoudt niet volledig beheerst werd. Zo gaven verschillende PO's aan dat ze de Act-fase van de PDCA-cyclus niet per se als onderdeel van het KVP zagen. Ze leken eerder te denken dat het duurzaam implementeren (*Adopt*) of het praktisch aanpassen van het KVP (*Adjust)* losstond van het project zelf. Praktische overwegingen om implementatie te vergemakkelijken of te monitoren kwamen dan vaak ook niet aan bod tijdens het KVP, zoals verder besproken in "Gedragsregulatie". Een gebrek aan mogelijkheden hiertoe leek niet de oorzaak hiervan te zijn gezien de PO's tijdens de interviews zelf spontaan voorstellen formuleerden. Procedurele kennis of een gebrek aan kennis over het onderwerp vormden geen obstakel.

> *"Maar (beschrijft praktische aanpassing om het KVP makkelijker te implementeren), dat had misschien ook in hun thesis kunnen verwerkt worden." – PO 14*

> *"Ik was nu in de aanloop van dit interview aan het bedenken van, misschien moeten we gewoon beginnen met (beschrijft praktische aanpassing om het KVP makkelijker te implementeren)" – PO 45*

Vaardigheden & geloof over eigen kunnen

Deze twee domeinen worden samengenomen vanwege hun nauwe verbinding en omdat er hierover maar één overkoepelend thema beschreven werd. Met vaardigheden bedoelt men dat de persoon de handeling of gedragsverandering *kan* uitvoeren na voldoende oefening of training. Geloof over eigen kunnen daarentegen betreft het *zelfvertrouwen* in de eigen capaciteiten om deze handeling daadwerkelijk te beheersen en te volbrengen.

In de interviews kwam het ontbreken van dit zelfvertrouwen enkele keren terug, veroorzaakt door een patiëntenpopulatie die zich niet aanbood (Zie "Omgevingscontext en -middelen"). Hierdoor was het zelfvertrouwen in een specifiek klinisch onderzoek uitvoeren verminderd. Deze barrière werd enkel aangehaald bij het KVP dat HAIO 12C uitgevoerd had. Deze domeinen profileerden zich dus niet over de verschillende KVP'en heen.

> *"Op den duur heb je dan ook die feeling daar niet meer mee en zeg je van: 'Oh, heb ik dan wel genoeg vertrouwen in mezelf?'" – PO 14*

Intenties

De intentie van een persoon houdt de bewuste beslissing in om een gedrag te vertonen of een verandering door te voeren en de houding hierachter. Het verschil met het domein "Doelen" is subtiel maar belangrijk, in de zin dat een doel iets is wat men mentaal of concreet op voorhand opstelt. De intentie slaat anderzijds op het consistent uitvoeren van het gedrag om het doel te bereiken. Het handelt primair over *waarom* men deze verandering wil doorvoeren.

Barrières in dit domein manifesteerden zich in twee overkoepelende thema's. Hierin lag vooral een verschil in doelen tussen HAIO en PO aan de basis naast weinig inspraak in de keuze en begeleiding van het KVP. Dit suggereert dat de KVP'en exclusieve projecten van de HAIO's waren, met een gebrek aan gedeeld eigenaarschap. De intentie van de PO's was in deze gevallen niet gericht op het duurzaam implementeren van het KVP, maar eerder op het meewerken aan het KVP, of de HAIO de ruimte te geven dit zelfstandig te doen. Een intrinsieke, duurzamere intentie zou zich daarentegen richten op het realiseren van betekenisvolle kwaliteitsverbetering in functie van specifieke praktijknoden.

> *"Die keuze is dan al gemaakt, je wordt toch gewoon geconfronteerd met die keuze. Oké en dan ga je daar, denk ik, meestal loyaal aan meedoen" – PO 12*

Doelen

Zoals eerder belicht bij "Facilitatoren" en nader gespecifieerd bij "Intenties" gaat het hier over mentale representaties van eindstadia die opgesteld worden.

Zoals Tabel 2 aantoont is het overkoepelend thema dat hiermee overeenkomt dat de doelen van de HAIO niet altijd samenlopen met die van de praktijk. Dit lijkt vooral te komen doordat de onderwerpkeuze al gemaakt werd door de HAIO op basis van interesse terwijl de praktijkdoelen inherent verbonden zijn aan de praktijknoden. Dit heeft uiteraard invloed op de intenties tijdens het beloop van het KVP. Concrete doelstellingen over de uitwerking van het KVP of over implementatie van het KVP kwamen in de interviews ook niet aan bod, met de eenmalige uitzondering toen het een facilitator was. Het ontbreken hiervan geeft weer dat de doelstelling dus meestal niet leek te liggen in de duurzame implementatie van een KVP in de praktijk.

> *"Ik merk dat de ma-na-ma als project naar mijn gevoel nog veel te vaak altijd maar los staat van het praktijkgebeuren." – PO 12*

> *"Ik denk dat eigenlijk ook voor het grootste deel vanuit de HAIO zelf kwam dit onderwerp." – PO 49*

Geheugen-, aandachts- en beslissingsprocessen

De invulling van dit domein is redelijk helder. Hierin zitten zaken vervat als het onthouden van informatie, de aandacht te hebben stil te staan bij gedragskeuzes en te beslissen welke het beste past. Dit barrièredomein kent een kleinere invulling dan andere en omvat vooral cognitieve overload. Dit is de mentale last die op de persoon gelegd wordt die hoger is dan hun verwerkingsvermogen.

Het leek tijdens de interviews vooral af te stammen uit externe factoren ("Omgevingscontext en -middelen"). Bij de KVP'en uitte zich dit door het vergeten van de verandering (bv. een protocol) te blijven uitvoeren doordat de aandacht wegslijt en het geheugen al verzadigd is met andere informatie.

> *"We hadden echt heel veel andere zorgen aan ons hoofd." – PO 49*

Omgevingscontext en -middelen

Zoals besproken is de cognitieve overload die de geïnterviewde PO's ervaarden vooral afkomstig van omgevingsstressoren. Dit domein was de frequentst vermelde barrière.

De voornaamste stressoren waren praktijkdrukte en onder andere de Covid-19 pandemie. Praktijkdrukte werd ook reeds tijdens de initiële wervingsfase door twee benaderde PO's als weigeringsreden voor deelname opgegeven. De barrière die gevormd wordt door tijdgebrek, hoge werkdruk en constante instroom van nieuwe informatie is er een die vrijwel elke huisarts in zekere mate zal herkennen.

> *"Er zijn zoveel balletjes die je tegelijkertijd in de hoogte moet houden dat je altijd maar gaat voor het schema dat nu in uw takenbalkske gestaan… Er is altijd zo wel iets nieuws, wat dat ook uw aandacht nodig heeft wat misschien als belangrijker wordt ervaren om direct mee op de boot te springen dan iets dat we al jaren half en half doen." – PO 45*

De omgevingscontext presenteerde zich ook op andere vlakken als barrière. Omdat de doelen van de HAIO niet altijd in overeenstemming met de praktijknoden waren, ontbrak soms de nood tot het uitvoeren van het KVP, zoals bij het project van HAIO 12C.

Een bijkomende hindernis lag in de organisatie van de huisartsenopleiding. Omdat de opleiding zich spreidt over twee huisartsenpraktijken en een ziekenhuisstage werd de begeleiding en implementatie van een KVP bemoeilijkt. De praktijk waar de HAIO start met hun KVP, is niet de praktijk waar de HAIO eindigt bij het inleveren van het KVP. Wegens gebrek aan communicatie tussen de praktijken, en omdat een KVP zich vaak focust op één van de praktijken, is het onvermijdelijk dat er weinig kwaliteitsverbetering zal plaatsvinden in de andere praktijk.

> *"Het moeilijke van die kwaliteit verbeterde projecten is vanzelfsprekend dat die ma-na-mathesis over drie jaar gaat" – PO 12*

> *"Ze was er al mee bezig voordat ze (bij ons begon) … Dat was eigenlijk al zo goed als afgesloten." – PO 14*

Een laatste punt waarin omgevingscontext zich als barrière voordeed was de schaarste aan HAIO's en de drukte binnen hun opleiding. PO's waren verheugd überhaupt een HAIO te kunnen begeleiden en hierdoor minder sceptisch ten opzichte van eventuele keuzes van masterproefprojecten of KVP'en. Daarnaast waren PO's ook terughoudend om grote verwachtingen te scheppen van het KVP, om de werkbelasting van de HAIO niet te doen overlopen.

> *"Die HAIO's hebben vaak toch al veel werk en al veel. Ja, Ik wil die dan ook niet belasten daarmee" – PO 14*

Sociale invloeden

Hoewel het domein sociale invloeden al aangehaald werd als facilitator zijn er echter enkele subthema's die zich als barrière op de voorgrond zetten.

Zoals eerder vermeld, beschreven de PO's dat ze voor "voldongen feiten" stonden, maar dat er wel "loyaal meegewerkt" werd. Dit zijn respectievelijk voorbeelden van "Macht" en "Groepsconformiteit" binnen het TDF, die veroorzaakt werden doordat de onderwerpskeuze en het beslissingsrecht doorgaans bij de HAIO lagen. Er was hiernaast een gebrek aan sociale steun, er viel in verschillende voorbeelden te horen dat de HAIO redelijk op zichzelf werkte aan de thesis. Men werkte vaker solistisch aan het KVP dan als een geëngageerd team.

> *"Eigenlijk is de HAIO daar heel op hun eigen mee bezig geweest (…) eigenlijk samenwerking met ons naar dat project toe is er niet gebeurd" – PO 14*

Gedragsregulatie

Het laatste domein van het TDF, maar zeker niet het minst relevante voor dit onderzoek gaat over hoe er gezorgd wordt dat de ingestelde verandering aanwezig bleef. Het bespreekt welke monitoring er voorzien werd en welke acties er zijn ondernomen om eerdere gewoontes te doorbreken.

Uit de interviews bleek dat een KVP hier vaak tekortschoot. Er was meestal geen verdere controle of monitoring ingeburgerd om de verandering staande te houden na het vertrek van de HAIO. Er werd zoals eerder vermeld vaak teruggevallen op "automatische piloot" in plaats van dat er bewust stilgestaan werd om de verandering duurzaam door te zetten. Dit fenomeen overlapte met het kennisdomein, waar naar voren kwam dat de Act-fase niet altijd als deel van het KVP werd geacht. Het ontbreken van een voorstel over gedragsregulatie leidde er toe dat de implementatiemonitoring van het KVP na het vertrek van de HAIO verwaterde. Praktische overwegingen vormden, zoals eerder aangehaald, geen moeilijkheden hiertoe.

> *"We hadden er toch wel iets mee gedaan, maar nadien is dat spijtig genoeg een stille dood gestorven omdat je natuurlijk altijd controle moet hebben, hè, of tja evaluatiemomenten moet hebben." – PO 45*

> *"We zijn gewoontedieren he" – PO 49*

Overige domeinen

De domeinen "Optimisme", "Versterking" en "Emoties" kwamen in de interviews niet aan bod en lijken dus slechts een verwaarloosbare rol te vervullen bij de implementatie van de besproken KVP'en.

Discussie

Het eerste deel van dit onderzoek toont dat KVP'en een populaire keuze vormen onder HAIO's, maar dat minder dan vier op de 10 masterproeven uit 2019 met het label "kwaliteits-verbeterend project" daadwerkelijk een methodologisch correct uitgevoerd KVP zijn. Dit was grotendeels te wijten aan het onvolledig doorlopen van de FOCUS/PDCA-cyclus gedurende het project. Het suggereert dat veel HAIO's aan een KVP begonnen, maar gedurende het driejarige traject niet de mogelijkheid vonden om dit project compleet af te ronden of zich aan de vooropgestelde eisen van een KVP te houden. Dit oppert de vraag of er binnen de opleiding mogelijk onvoldoende structuur of ondersteuning aangeboden wordt om dit te realiseren. Bevindingen uit de literatuur sluiten aan bij de data, deze tonen aan dat de meerderheid van PDCA-cycli niet op een correcte of volledige manier doorlopen wordt. Een concrete evaluatiemanier wordt voorgesteld in de literatuur (22, 23). Hoewel dit voor het brede veld van implementatiewetenschap eerder een idealistische verwachting is, kan dit voor een duidelijk afgebakende verzameling van onderzoek zoals KVP'en een eventuele toekomstige benadering zijn.

De meeste PO's gaven aan dat ze zich het KVP nog herinnerden en dat het een gunstig resultaat kende, maar slechts de minderheid bevestigde dat het project actueel nog gebruikt wordt in de praktijk. Er was maar een lage implementatiegraad ondanks de gunstige resultaten. De voorgestelde gedragsverandering vertaalde zich dus vaak niet naar duurzame implementatie van het project, ook al is dit een inherent doel van de Act-fase van een KVP. Een mogelijke oorzaak hiervan is terug te vinden in "Achtergrond", waarin bleek dat er in de richtlijnen vooral aandacht besteed werd aan de kwaliteitsverbetering op zich eerder dan de implementatie ervan. De wetenschappelijke stelling dat minder dan 50% van de richtlijnen daadwerkelijk geïmplementeerd wordt, komt overeen met de data uit deze studie (8). Hoewel KVP'en dus niet slechter presteren dan richtlijnen qua implementatie, kan men dit toch als een teleurstellend resultaat beschouwen. Men zou immers verwachten dat de persoonlijke en langdurige interactie tussen HAIO's en PO's in de huisartsenpraktijken, ten opzichte van louter wijd uitgerolde richtlijnen, de implementatie ten goede zou doen.

Waar de descriptieve kwantitatieve data toont dat de PDCA-cyclus vaak onvolledig doorlopen werd en de implementatie van KVP'en vaak te wensen over liet, bieden de semi-gestructureerde interviews een eerste inzicht op de redenen hierachter.

Tijdens de interviews kwamen er diverse facilitatoren voor gedragsverandering en implementatie van het KVP naar voren. Deze hadden betrekking op "Sociale/ professionele rol en identiteit" naast "Sociale invloeden". Het huisarts-zijn lijkt op zich al een karakteristieke facilitator voor kwaliteitsverbetering. De samenwerking met de HAIO en zijn enthousiasme werkten voordelig hieraan, al hield dit laatste vooral stand zolang de HAIO aanwezig is in de praktijk. De mening dat een KVP zinvol is, werd ook vaak vermeld ("Geloof over gevolgen")

Anderzijds werden er ook barrières geïdentificeerd. De voornaamste barrièredomeinen waren "Kennis", "Intenties", "Doelen", "Sociale invloeden", "Omgevingscontext en -middelen", "Gedragsregulatie" en "Geheugen-, aandachts- en beslissingsprocessen".

Kwaliteitsverbetering begint idealiter vanuit een specifieke probleemstelling in de praktijk, maar de respons uit de interviews toonde dat de onderwerpskeuze vooral vanuit interesse van de HAIO kwam. Deze keuze werd dan eventueel aangepast naar mogelijke praktijknoden, in plaats van andersom. Hierdoor ontstond er discrepantie tussen de doelen van de HAIO en de praktijknoden, wat het gedeeld eigenaarschap van het KVP in gedrang bracht en resulteerde in verschillen in intenties en doelen voor het KVP ("Intenties", "Doelen"). Het is ook niet onlogisch dat de HAIO, mede hierdoor, vaak solistisch werkte aan het project ("Sociale invloeden").

Andere implementatiebarrières die een rol speelden, waren de samenhangende domeinen "Kennis" en "Gedragsregulatie". Er werd vaak vermeld dat praktische implementatiemethodes en monitoring niet vanuit het KVP werden voorgesteld ("Gedragsregulatie"). De PO's waren zich er vaak zelfs niet bewust van dat dit voorzien moest worden tijdens het KVP. Dit toont een gebrek aan kennis over wat de Act-fase van een KVP inhoudt. Met onvoldoende kennis over de Act-fase zal men logischerwijze het doel hiervan ook moeilijk kunnen bereiken.

"Omgevingscontext en -middelen" zoals drukte en fragmentatie van de opleiding bleken, naast cognitieve overload ("Geheugen-, aandachts- en beslissingsprocessen") ook een rol te spelen als hindernissen voor duurzame implementatie. Deze zaken zijn, in tegenstelling tot de andere domeinen, minder vlot aanpasbaar. Ze kenden hun oorzaak vaak in reeds gekende, structurele pijnpunten van de organisatie van de huisartsenzorg in Vlaanderen.

Volgende citaten vatten de bevindingen van het kwalitatief onderzoek grotendeels samen:

> *"Ik merk dat de ma-na-ma als project naar mijn gevoel nog veel te vaak altijd maar los staat van het praktijkgebeuren." – PO 12*

> *"Het feit dat ik het nog weet is misschien bewijs dat het op zich wel interessant was en dat er interesse was, en ís, maar goed… Het is eigenlijk daarna een stille dood gestorven." – PO 12*

Deze zaken lijken ook door het ICHO erkend te worden. Bij nazicht van recentere richtlijnen voor KVP'en op Sofia, bleek dat er bij bepaalde presentaties al meer aandacht gaat naar duurzame implementatiemethodes. Er werd vanuit sommige presentaties reeds meer gefocust op gedeeld eigenaarschap en er werd aandacht gegeven aan gedragsregulatie te voorzien vanuit de Act-fase. Dit zou alvast een positieve evolutie kunnen betekenen (6).

Gedurende de interviews formuleerden PO's spontaan suggesties om de samenwerking tijdens het KVP en de implementatie ervan te verbeteren. Deze omvatten onder meer: een grotere inspraak in de onderwerpskeuze of overleg met de praktijk over de praktijknoden, het inzetten van PO's als copromotoren, een masterproefbegeleider in de praktijk (naast de PO) aanstellen, coördinatie tussen de praktijken waar de HAIO stage loopt en eventueel inclusie van de ZIPO. Aan de hand van deze voorbeelden zouden de doelen en intenties van PO's en HAIO's meer aligneren, worden omgevingsfactoren geminimaliseerd en wordt er aandacht gegeven aan gedragsregulatie.

Een belangrijke sterkte van dit onderzoek is het innovatieve karakter. Het is de eerste studie die terugkijkt op volbrachte KVP'en en de volledigheid en correctheid ervan evalueert. Daarnaast biedt het een initiële weergave van de redenen achter implementatie-moeilijkheden en -facilitatoren van KVP'en. Hoewel de focus van de richtlijnen zich tegenwoordig al meer lijkt te verruimen naar het includeren van een duurzame implementatie, levert dit exploratieve onderzoek een wetenschappelijke basis waarop men kan steunen om deze inzet te verantwoorden en uit te breiden.

Beperkingen van dit onderzoek dienen ook in acht genomen te worden. Zo was er maar één onderzoeker verantwoordelijk voor de dataverzameling en -interpretatie. Ook zijn de universitaire richtlijnen van 2019 mogelijk gedateerd ten opzichte van de informatie die tegenwoordig verstrekt wordt. Verder is er potentieel sprake van selectiebias: PO's en bereikbare PO's zijn mogelijk meer geneigd zich het project te herinneren en gunstigere resultaten te rapporteren (*social desirability bias*) dan hun onbereikbare collega's, waardoor het implementatieprobleem eventueel zelfs onderschat wordt. Ook is er gezien het tijdsbeloop sprake van herinneringsbias. Ten slotte beperkt de kleine steekproefgrootte, waarbij twee PO's hetzelfde KVP evalueerden, de *power* van het kwalitatieve luik. De bevindingen zijn niet te generaliseren gezien er geen datasaturatie bereikt werd. De resultaten dragen dus vooral een exploratief karakter en werken suggererend.

Conclusie

Dit mixed-methodsonderzoek biedt een initieel en exploratief inzicht in de duurzaamheid van KVP'en en de gedragsfactoren hierachter. Het beschrijft als eerste de kwantitatieve en kwalitatieve data achter reeds voltooide KVP'en, waar tot nu toe nog geen zicht op was.

Het descriptieve kwantitatieve onderzoek toonde dat weinig KVP'en uit 2019 methodologisch correct werden uitgevoerd. Wanneer dit wel gebeurde, kende slechts een minderheid duurzame implementatie, ondanks gunstige resultaten. Implementatie van het project is nochtans een inherent doel van een KVP, zoals beschreven staat in de Act-fase. Deze fase lijkt echter minder duidelijk aan bod te komen in de richtlijnen.

Het kwalitatief onderzoek onthulde dat er intrinsieke interesse was bij PO's en dat kwaliteitsverbetering als een inherent deel van het huisartsenberoep geacht wordt ("Sociale/ professionele rol en identiteit"). De PO's deelden de mening dat werken aan kwaliteitsverbetering aan de hand van een KVP zinvol was ("Geloof over gevolgen"). Hiernaast waren enthousiasme van de HAIO en onderlinge samenwerking, wanneer dit aanwezig was, ook facilitatoren van implementatie ("Sociale invloeden"). "Sociale invloeden" vormden ook een barrière, voornamelijk wanneer de HAIO alleen aan het project werkte.

De interviews suggereerden ook andere barrières. Enerzijds speelde volgens de PO's een gebrek aan gedeeld eigenaarschap een grote rol. Dit uitte zich als verschillende intenties van HAIO's en PO's, die voortkwamen uit discrepanties tussen praktijknoden en doelen van het KVP ("Intenties", "Doelen"). Anderzijds stond de afwezigheid van duurzame implementatie- of evaluatiemethodes op de voorgrond ("Gedragsregulatie"). De oorzaak hierachter is minstens deels terug te brengen naar weinig kennis over de volledigheid van de Act-fase van het KVP ("Kennis"), wat mogelijk mede veroorzaakt wordt door onderbelichting ervan in de richtlijnen.

Er bleken ook moeilijker aanpasbare barrières een rol te spelen. Deze betroffen drukte, fragmentatie van de opleiding ("Omgevingscontext en -middelen") en cognitieve overload ("Geheugen-, aandachts- en beslissingsprocessen").

Hoewel vooral de kwalitatieve resultaten wegens de benoemde beperkingen voorzichtig en exploratief geïnterpreteerd dienen te worden, vormt deze studie een basis voor verder en grootschaliger onderzoek naar duurzaamheid van recentere KVP'en. Door op grotere schaal beïnvloedbare gedragsdomeinen te identificeren en richtlijnen hierop af te stemmen, kunnen toekomstige KVP'en voor een vergelijkbaar lot behoed worden.

Referenties

1. Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding. Databank masterproeven [Internet]. Leuven: ICHOvzw; z.d. [Geraadpleegd op 07/2024]. Beschikbaar via: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist.
2. Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding. Masterproef in de master-na-master huisartsgeneeskunde [Internet]. Leuven: ICHOvzw; z.d. [Geraadpleegd op 07/2024]. Beschikbaar via: https://www.icho-info.be/application/content/content/page/113.
3. Weekes L, Lawson T, Hill M. How to start a quality improvement project. BJA Educ. 2018;18(4):122–7.
4. Coughlin K, Posencheg MA. Common Quality Improvement Methodologies Including the Model for Improvement, Lean, and Six Sigma. Clinics in Perinatology. 2023;50(2):285–306.
5. Institute for Healthcare Improvement. Model for Improvement [Internet]. Boston: Institute for Healthcare Improvement; z.d. [Geraadpleegd op 03/2026]. Beschikbaar via: https://www.ihi.org/library/model-for-improvement.
6. Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding. DE MASTERPROEF [Internet]. Leuven: ICHOvzw; z.d. [Geraadpleegd op 07/2024 & 03/2026]. Beschikbaar via: https://icho.sofialearn.com/course/84v6j8#modules.
7. Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding. Verschillende types masterproef [Internet]. https://www.icho-info.be/: Leuven: ICHOvzw; z.d. [Geraadpleegd op 07/2024]. Beschikbaar via: https://www.icho-info.be/application/content/content/page/114..
8. Bauer MS, Kirchner J. Implementation science: What is it and why should I care? Psychiatry Research. 2020;283:112376.
9. Proctor E, Luke D, Calhoun A, McMillen C, Brownson R, McCrary S, et al. Sustainability of evidence-based healthcare: research agenda, methodological advances, and infrastructure support. Implementation Science. 2015;10(1).
10. Michie S. Implementation science: understanding behaviour change and maintenance. BMC Health Serv Res. 2014;14(Suppl 2):O9.
11. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. Implementation Science. 2012;7(1):37.
12. Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. Implementation Science. 2017;12(1):77.
13. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implementation Science. 2011;6(1):42.
14. Richardson M, Khouja CL, Sutcliffe K, Thomas J. Using the theoretical domains framework and the behavioural change wheel in an overarching synthesis of systematic reviews. BMJ Open. 2019;9(6):e024950.
15. Xie C, Xiang Y, Lin Q, Luo J. National tertiary public hospital performance appraisal: Using FOCUS-PDCA to improve external quality assessment. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2024;30(6):1034–8.
16. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. BMC Psychology. 2015;3(1):32.
17. Abboud J, Rahman AA, Shaikh N, Dempster M, Adair P. Physicians' perceptions and preferences for implementing venous thromboembolism (VTE) clinical practice guidelines: a qualitative study using the Theoretical Domains Framework (TDF). Arch Public Health. 2022;80(1):52.
18. Atkins E, Birmpili P, Kellar I, Johal AS, Li Q, Waton S, et al. Understanding delays in chronic limb-threatening ischaemia care: Application of the theoretical domains framework to identify factors affecting primary care clinicians' referral behaviours. J Foot Ankle Res. 2024;17(2):e12015.

19. Guo H, Guo Q, Wang X, Liu Y, Wang Z. Exploring multidimensional determinants of medication error reporting in China: a qualitative study using the theoretical domains framework. Front Pharmacol. 2025;16:1590794.
20. King LK, Waugh EJ, MacKay C, Stanaitis I, Krystia O, Stretton J, et al. Formulating Knee Osteoarthritis Management Plans Taking Type 2 Diabetes Into Account: Qualitative Study of Arthritis Therapists Using Theoretical Domains Framework. The Journal of Rheumatology. 2022;49(12):1365–71.
21. Fife ST, Gossner JD. Deductive Qualitative Analysis: Evaluating, Expanding, and Refining Theory. International Journal of Qualitative Methods. 2024;23:16094069241244856.
22. Knudsen SV, Laursen HVB, Johnsen SP, Bartels PD, Ehlers LH, Mainz J. Can quality improvement improve the quality of care? A systematic review of reported effects and methodological rigor in plan-do-study-act projects. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):683.
23. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. BMJ Qual Saf. 2014;23(4):290–8.

Appendix

Bijlage 1: Een overzicht van de 14 TDF-domeinen met hun respectievelijke definitie en constructen van de componenten.

Theoretisch domein & definitie	Constructen
1. Kennis (Het besef hebben dat iets bestaat.)	- Kennis (inclusief kennis van een *conditie*/ wetenschappelijke rationale) - Procedurele kennis - Kennis van *taakomgeving*
2. Vaardigheden (Een vaardigheid of bekwaamheid ontwikkeld door (uit)oefening.)	- Vaardigheden - Vaardigheidsontwikkeling - Competentie - Bekwaamheid - Interpersoonlijke vaardigheden - Oefening - Inschatting van vaardigheden
3. Sociale/ professionele rol en identiteit (Een coherente set van gedragingen en getoonde persoonlijke kwaliteiten van een individu in een sociale of werksetting.)	- Professionele identiteit - Professionele rol - Sociale identiteit - Identiteit - Professionele grenzen - Professioneel vertrouwen - Groepsidentiteit - Leiderschap - Organisatorische inzet
4. Geloof in eigen kunnen/ capabiliteiten (Het aanvaarden van de realiteit/validiteit over een vaardigheid, talent of mogelijkheid dat een persoon kan benutten voor constructief gebruik.)	- Zelfvertrouwen (self-confidence) - Ervaren competentie - Zelfeffectiviteit (self-efficacy) - Ervaren gedragscontrole - Overtuigingen - Gevoel van eigenwaarde (self-esteem) - Bekrachtiging - Professioneel vertrouwen (confidence)
5. Optimisme (Het vertrouwen dat zaken goed gaan uitdraaien of dat de gehoopte doelen bereikt zullen worden.)	- Optimisme - Pessimisme - Onrealistisch optimisme - Identiteit
6. Overtuigingen over gevolgen (Het aanvaarden van de realiteit/validiteit van de gevolgen van een gedrag in een gegeven situatie.)	- Overtuigingen - Verwachtingen over uitkomst - Karakteristieken van de verwachtingen over de uitkomst - Geanticipeerde spijt - Gevolgen
7. Versterking (De kans van een antwoord verhogen door afhankelijke relaties of contingentie te ontwikkelen tussen de stimulus en het antwoord.)	- Beloningen (dichtbij/veraf, gewaardeerd/niet-gewaardeerd, waarschijnlijk/ onwaarschijnlijk) - Aansporing - Straf - Gevolgen

	- Versterking - Onvoorziene omstandigheden - Sancties
8. Intenties (De bewuste beslissing om een gedrag te vertonen of een besluit om te handelen op een specifieke manier.)	- Stabiliteit van intenties - Stadia van het veranderingsmodel - Transtheoretisch model en stadia van verandering
9. Doelen (Mentale representaties van gevolgen of eindstadia die een individu wilt bereiken.)	- Doelen (dichtbij/veraf) - Doelprioriteit - Doelstelling - Doelen (autonoom/gecontroleerd) - Actieplanning - Intentie van implementatie
10. Geheugen-, aandacht- en beslissingsprocessen (De vaardigheid om informatie te onthouden, om selectief te focussen op aspecten van de omgeving en om te kiezen tussen twee of meer alternatieven.)	- Geheugen - Aandacht - Aandacht controle - Beslissen - Cognitieve overload/ moeheid
11. Omgevingscontext en -middelen (Elke omstandigheid van een persoon hun situatie of omgeving die motiverend of demotiverend werkt op het ontwikkelen van vaardigheden, bekwaamheden, onafhankelijkheid, sociale competenties en aanpassend gedrag.)	- Omgevingsstressoren - Middelen/materiële middelen - Organisatiecultuur/-klimaat, - Opvallende gebeurtenissen/kritieke incidenten - Persoon × omgeving-interactie - Barrières en facilitators
12. Sociale invloeden (Interpersoonlijke processen die individuen hun gedachten, gevoelend of gedragingen kunnen veranderen.)	- Sociale druk - Sociale normen - Groepsconformiteit - Sociale vergelijkingen - Groepsnormen - Sociale steun - Macht - Intergroepeel conflict - Vervreemding - Groepsidentiteit - Modellering
13. Emoties (Een complex reactioneel patroon dat experientele, gedragsmatige en psychologische elementen bevat waarmee het individu probeert om te gaan met een persoonlijk significant gebeuren of onderwerp.)	- Angst - Spanning/ongerustheid (anxiety) - Affect - Stress - Depressie - Positief/negatief affect. - Burn-out
14. Gedragsregulatie (Alles wat als doel heeft het managen of objectiveerbaar veranderen van geobserveerde of gemeten acties.)	- Zelfmonitoring - Gewoonte doorbreken - Actieplanning

Met toestemming overgenomen uit Atkins et al. 2017 (12) onder Creative Commons Attribution 4.0 International: https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/ en vertaald naar het Nederlands .

Bijlage 2: GRAMMS-checklist

Guideline	Sectie: pagina
Rechtvaardiging om een mixed-methods approach te gebruiken in relatie tot de onderzoeksvraag	Methoden: p. 3
Doel, prioriteit en volgorde van het studiedesign beschrijven	Methoden: p. 3
Beschrijven van elke methode met betrekking tot sampling, datacollectie en -analyse	Methoden: p. 3-6
Aflijnen waar en hoe integratie gebeurt en wie erin deelneemt	Methoden/Resultaten: p. 7-12
Limitaties van een methode geassocieerd met de aanwezigheid van de andere beschrijven	Discussie: p. 22
Inzichten beschrijven van het mixen of integreren	Discussie/Conclusie: p. 20-23

O'Cathain A, Murphy E, Nicholl J. The quality of mixed methods studies in health services research. J Health Serv Res Policy. 2008;13: 92-98.

Bijlage 3: COREQ-checklist

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist.

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
Personal characteristics			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	6
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	6
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	6
Gender	4	Was the researcher male or female?	6
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	6
Relationship with participants			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	6
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	6

Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	N/A
Domain 2: Study design			
Theoretical framework			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	5-7
Participant selection			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	5
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	5
Sample size	12	How many participants were in the study?	11-12
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	11-12
Setting			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	6
Presence of nonparticipants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	N/A
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	12
Data collection			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	6
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	N/A
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	6
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	N/A
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	12
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	12
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	N/A
Domain 3: analysis and findings			
Data analysis			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	6
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	N/A
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	6
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	N/A
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	N/A
Reporting			

Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	13-19
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	20-22
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	13-19
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	N/A

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Bijlage 4: Informatiebrief deelnemers interviews (ICF)

Informatiebrief voor de deelnemers

“Het lot van kwaliteitsverbeterende projecten: een kwalitatieve analyse van hun duurzaamheid aan de hand van het Theoretical Domains Framework.”

Beste

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt “informed consent” of “geïnformeerde toestemming” voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

Beschrijving en doel van de studie

U zal binnenkort meedoen aan een semigestructureerd interview betreffende een kwaliteitsverbeterend project (KVP) dat uitgevoerd is in uw praktijk.
De vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg voert onderzoek uit naar KVP’en ingediend door huisartsen-in-opleiding (HAIO’s) uit afstudeerjaar 2019. Het onderzoek heeft als doel de succesfactoren en barrières van duurzame implementatie van KVP’en in de deelnemende huisartsen(opleidings)praktijken te beschrijven en analyseren aan de hand van het TDF. De opbouw van de studie betreft een reeds volbrachte initiële screening van de ingediende masterpapers uit het jaar 2019 met exclusie van alle masterpapers die niet voldaan aan de nodige eisen een KVP te zijn. Hierna werd telefonisch contact opgenomen met de praktijkopleiders (PO’s) gelinkt aan de resterende masterpapers. Om duidelijke informatie te verkrijgen van de PO’s betreffende deze duurzame implementatie zullen er semi-gestructureerde interviews afgenomen worden bij de PO’s. Dit is een interview dat aan de hand van een interviewgids een bepaalde grote lijn zal volgen. Het interview zal ongeveer 30-60 minuten duren en wordt op locatie of, indien dit eerste niet mogelijk is, online uitgevoerd. Tot daartoe reikt uw deelname aan het onderzoek. Het interview zal gepseudonimiseerd en getranscribeerd worden. De antwoorden op de vragen zullen geanalyseerd worden volgens het TDF. Op deze manier trachten we een overzichtelijke indeling te kunnen krijgen over de voornaamste domeinen waarin barrières en succesfactoren van de implementatie van de KVP’en beschreven zullen worden.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om dit semigestructureerd interview met ons uit te voeren. Dit zal ongeveer 30-60 minuten van uw tijd in beslag nemen.

De opdrachtgever van deze studie is U Gent. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Stefan Heytens.

Toestemming en weigering

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren vragen uit het interview te beantwoorden of het interview vroegtijdig te beëindigen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.

Voordelen

Deelname aan deze studie brengt voor u geen voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de uitwerking van KVP'en.

Kosten

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Verwerking van persoonsgegevens

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.

Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van de UGent (https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm).

Uw deelname aan de studie betekent dat identificeerbare persoonsgegevens verwerkt worden voor het doel van de studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terugkoppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende arts of de door hem aangestelde vervanger.

De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies. Dergelijke nieuwe

studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).

Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Identificeerbare persoonsgegevens zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie mede uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Stefan Heytens. Zijn onderzoeksteam zal toegang krijgen tot de identificeerbare persoonsgegevens.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot de identificeerbare persoonsgegevens om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.

De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
E-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Contact

Als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Prof. Dr. Stefan Heytens (Hoofdonderzoeker; PI)

Adres: Campus UZ, ingang 42, verdieping 6, Corneel Heymanslaan 10, B-9000 Gent

Telefoonnummer: M +32 475 39 58 43

Naam: Dr. Vito Specogna (arts-onderzoeker)

Telefoonnummer: M +32 471 30 75 80

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven.
Men heeft mij ingelicht dat persoonlijke gegevens worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5).

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgend **<u>verplicht aspect</u>** zoals toegelicht onder hoofdstuk 1 van de informatiebrief: - Semigestructureerd interview	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, de duratie) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Bijlage 5: Initiële e-mail aan POs.

Onderwerp: Ter attentie van dr. *(Achternaam)* - Masterproefdeelname

Geachte dr…

Ik ben Dr. Vito Specogna, als huisarts in opleiding (HAIO) voer ik samen met mijn promotor Prof. Dr. Stefan Heytens en co-promotor Dr. Veerle Piessens een masterproef uit betreffende voltooide kwaliteitsverbeterprojecten. Kaderend in ons onderzoek naar de duurzaamheid van uitgevoerde kwaliteitsverbeterprojecten zijn we op zoek naar praktijkopleiders die met een HAIO uit afstudeerjaar 2019 hebben samengewerkt. Meer specifiek zoeken we praktijkopleiders wiens HAIO een kwaliteitsverbeterproject uitgevoerd heeft in hun praktijk. U ontvangt deze mail omdat via de zoekmotor van ICHO en ons screenend onderzoek blijkt dat dit in uw geval van toepassing is.

Om de duurzaamheid van kwaliteitsverbeterprojecten beter te begrijpen zullen we interviews afnemen bij PO's die een succesvol kwaliteitsverbeterproject begeleid hebben. Deze mail is hierbij een mededeling dat u telefonisch gecontacteerd zal worden omtrent uw mogelijkse participatie hierin. Het telefonisch contact zal hiernaast nog enkele korte ja-nee vragen omvatten (+- 3 min) zodoende zoveel mogelijk bruikbare informatie te verkrijgen.

Indien u expliciet niet mee wenst te werken (noch telefonisch noch in-person) kan u dit laten weten door middel van antwoord op deze mail. Bij geen of positieve repliek zullen we de vrijheid nemen u telefonisch te contacteren.

In de bijlage vindt u de informatiebrief van de studie met verdere informatie over het onderzoek, wat u kan doornemen ten einde uw eventuele antwoord op deze mail. Let op, deze brief draagt heden enkel informerende waarde. Hier dient verder niets mee gedaan te worden.

Met vriendelijke groeten

Dr. Vito Specogna
Mede namens Dr. V. Piessens & Prof. Dr. S. Heytens

Bijlage 6: E-mail aan PO's bij uitblijven van antwoord na telefonische contactname.

Onderwerp: Korte telefonische bevraging i.v.m. masterproef kwaliteitsverbetering (3 minuten)

Beste Dr. *(Achternaam)*

We namen recent telefonisch contact op in het kader van onze masterproef over kwaliteitsverbeterende projecten maar konden u helaas niet bereiken. We zouden graag 3 korte ja-nee vragen stellen over een kwaliteitsverbeterend project dat u in het verleden heeft uitgevoerd, dit zal niet meer dan een drietal minuten van uw tijd vragen.

Om uw agenda tegemoet kan u ons zelf bellen wanneer het u uitkomt op het GSM-nummer 0471 30 75 80 en dit op dinsdagen en zaterdagen tussen 10u en 14u. Idealiter kaderen we de vragen in een kort telefonisch gesprek maar als dit niet haalbaar is kan u ons uw antwoord op de 3 interviewvragen ook per mail bezorgen.

De vragen betreffen het kwaliteitsverbeterende project van Dr. *(Achternaam)*

- Vraag 1: Herinnert u zich nog waar het kwaliteitsverbeterende project over ging?
  ☐ Ja ☐ Nee

- Vraag 2: Had het project volgens u een gunstig resultaat in de praktijk?
  ☐ Ja ☐ Nee

- Vraag 3: Is de verandering of maatregel die toen werd ingevoerd momenteel nog (grotendeels) in gebruik in uw praktijk?
  ☐ Ja ☐ Nee

Omdat uw antwoorden op deze vragen van dermate belang zijn voor ons onderzoek zullen we bij uitblijven van reactie u opnieuw proberen te contacteren vanaf 18 augustus.

Voor meer informatie over ons onderzoek verwijzen we graag naar de eerdere mail die u van ons ontving (eind april).

Met vriendelijke groeten

Dr. Vito Specogna
Mede namens Dr. V. Piessens & Prof. Dr. S. Heytens

Bijlage 7: Semigestructureerde interviewgids

Semigestructureerde interview guide: “Het lot van kwaliteitsverbeterende projecten: een kwalitatieve analyse van hun duurzaamheid aan de hand van het Theoretical Domains Framework.”

Voorwoord:

Beste

Introductie: in 2019 maakte jouw toenmalige HAIO een thesis in uw praktijk rond een KVP.

Het doel van dit interview is via kwalitatief onderzoek na te gaan in hoeverre de praktijkwijzigingen uit dat KVP nog steeds in voege zijn en wat de grootste succesfactoren en barrières zijn bij het implementeren van een uitgevoerd kwaliteitsverbeterend project. We gaan in andere woorden op zoek welke zaken ertoe leiden dat de veranderingen van een succesvol kwaliteitsverbeterend project worden volgehouden of juist niet.

Het is belangrijk om te weten dat er tijdens dit gesprek geen juiste of foute antwoorden bestaan. We proberen de verschillende invalshoeken van verschillende PO’s te begrijpen.

Dit volledige interview zal ongeveer 30-45 minuten in beslag nemen.

Dit interview zal worden opgenomen, getranscribeerd en nadien pseudo-geanonimiseerd opgeslagen worden waarna de data kwalitatief geanalyseerd zal worden.

Alvast bedankt om de tijd te willen nemen voor het interview en voor uw samenwerking betreffende dit onderzoek.

Heeft u nog vragen of zaken die u wilt vertellen voordat we beginnen?

Starten met de PO bij het onderwerp te brengen.

- Vertel me wat meer over het KVP dat jullie hebben uitgevoerd. “xxx titel” wat herinnert u zich er nog van?
    - Laten vertellen in eigen woorden.
        - Generieke informatie over KVP
        - Eigen herinneringen/ ervaringen
- Vanwaar is het idee voor dit onderwerp gekomen?
    - Peilen naar: idee van de HAIO, of nood vanuit de praktijk. Hoe sterk was het initiatief gedragen → motivatie.
    - Rationale
- Welke veranderingen hebben jullie doorgevoerd in de praktijk? Welke zaken zijn jullie anders gaan doen?
    - = laten opsommen welke veranderingen er doorgevoerd zijn. Sommige zullen gedragsveranderingen zijn, maar misschien niet allemaal, misschien zijn er ook wel structurele wijzigingen gebeurd, vb. aankoop van een toestel of zo?
    - Hoe is die wijziging gegaan? (Moeilijkheden – motiverende factoren)
    - Indien een groepspraktijk: proben naar collega’s
- Hoe is dat project toen gelopen*?*
        - Goed – slecht…, hoe kwam dit?
        - In verloop van de tijd: Peilen naar respect voor PDCA-cyclus
- Weet u nog wat de resultaten waren van dat KVP, wat waren ze? Wat is u er het meest van bij gebleven?
        - Waarde, relevantie
- Zijn er nu nog zaken overgebleven als gevolg van het KVP van toen?
    - Als neen: eigen verklaringen waarom gestopt, welke factoren
    - Als ja: welke + wat heeft ervoor gezorgd dat jullie dit blijvend toepassen/doen? Hoe vaak gebruikt u deze zaken?
- Heeft u in het verleden nog andere KVP’en begeleid en hoe zijn deze gegaan?
    - In welke manier verschillen ze (qua succes) en waarom?
    - Waarom de ene wel en de andere niet?
- Wat is uw mening over KVP’en in het algemeen? Hoe staat u ertegenover?
- Heeft u nog iets wat u verder wilt toevoegen?

Bijlage 8: Goedkeuring ethische commissie

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Stefan Heytens
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Universiteit Gent

Contact	Telefoon	E-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**Datum**	**Pagina**
Vito Specogna	10/02/2025	1/7
Onze referentie:	**Belgisch Uniek Nummer**	
THE-2024-0348	nvt	

Betreft:

Het lot van kwaliteitsverbeterende projecten: een kwalitatieve analyse van hun duurzaamheid aan de hand van het Theoretical Domains Framework.

Betrokken student(en):
- Vito Specogna

Positief advies betreffende een studie die buiten het toepassingsgebied valt van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega,

De Commissie voor medische ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.

Dit project valt niet onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

Na raadpleging van de ingediende informatie en documenten met betrekking tot dit dossier, geeft de Commissie voor medische ethiek volgend advies op (06/02/2025):

Positief advies

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

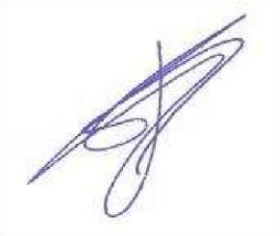
VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie bijlage 2
Aandachtspunten: zie bijlage 3a



Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor medische ethiek U(Z) Gent

Bijlage 9: Goedgekeurd onderzoeksprotocol

Onderzoeksprotocol

1. Algemene informatie

1. **Titel** Het lot van kwaliteitsverbeterende projecten: een kwalitatieve analyse van hun duurzaamheid aan de hand van het Theoretical Domains Framework.
2. **Onderzoekers** Prof. Dr. Stefan Heytens (Hoofdonderzoeker, promotor), Dr. Veerle Piessens (copromotor), Dr. Vito Specogna (HAIO)
3. **Details van het protocol**
    - Versie 1.0, 29/10/2024
    - Versie 1.1, 24/11/2024
4. **Lijst van afkortingen**
    - KVP: Kwaliteitsverbeterend project
    - TDF: Theoretical Domains Framework
    - PO: Praktijkopleider
    - HAIO: Huisarts-in-opleiding
    - ICF: Informed Consent Form

2. Achtergrond

Wanneer we in onze nabije omgeving de (informele) vraag stelden naar vroegere KVP'en merkten we dat de veranderingen die KVP'en met gunstig resultaat voorstelden niet altijd in gebruik blijven in de huisartsenpraktijk. Dit ondanks het primaire doel "kwaliteitsverbetering" bereikt en bewezen is alsook dat de HAIO veel werk verricht heeft dit doel te realiseren. Het blijvend volhouden van de aanpassingen benoemen we verder als de duurzaamheid van het project. De redenen waarom het gebeurt dat sommige KVP'en wél en andere géén duurzaam succes kennen blijft momenteel nog een vraagteken. Na het doorspitten van de "Databank met zoekmotor masterproeven" bemerkten we dat er tot op heden nog geen onderzoek geweest is dat polst naar de duurzaamheid van deze projecten. Zo is er geen beeld in welke mate de al afgeronde KVP'en nog in gebruik zijn, noch is er onderzoek verricht naar implementatiestrategieën bij KVP'en. Er bestaan daarnaast ook geen duidelijke richtlijnen of aanwijzingen vanuit het ICHO die men kan gebruiken om de implementatie van KVP'en te bevorderen.

3. Doelen

- **Primaire doel (kwalitatief)**: De succesfactoren en barrières van duurzame implementatie van (correct uitgevoerde) KVP'en uit 2019 in de huisartsenpraktijk aan de hand van het TDF in kaart brengen via kwalitatief onderzoek.
- **Secundaire doelen (kwantitatief)**:

- In kaart brengen van het aantal uitgevoerde KVP'en in 2019.
- In kaart brengen van het aantal correct uitgevoerde KVP'en in 2019.
- In kaart brengen van het aantal correct uitgevoerde KVP'en in 2019 dat duurzaam succes kende.

4. Literatuuronderzoek

Om het tweeledige onderzoek te starten hebben we onszelf eerst gefocust op het verdiepen van onze kennis betreffende implementatiewetenschap en de bestaande literatuur, meer specifiek hebben we onze kennis uit over het TDF uitgediept zodat we deze vlotter kunnen toepassen kaderen in ons verder kwalitatieve onderzoek. Dit realiseerden we door een literatuuronderzoek betreffende implementatiewetenschap op te stellen.

Na het voltooien van deze stap hebben we de probleemstelling en onderzoeksvraag verduidelijkt in een initiële inleiding waarin we ook het TDF deels toelichten aan de lezers.

5. Voorbereiding kwalitatief & kwantitatief onderzoek

Om een beter beeld te krijgen van te bekomen samplegrootte zijn we gestart met een screening van de masterpapers die ingediend zijn in 2019. We reikten uit naar het ICHO zodoende een omvattende lijst te bekomen van deze records. We hebben ons initieel geconcentreerd op het filteren van de labels zodat we een limitatieve lijst bekwamen van masterpapers met de noemer "kwaliteitsverbeterende projecten".

Gezien het primaire doel enkel van toepassing is bij correct uitgevoerde KVP'en hebben we verder onderzoek verricht naar de juistheid van het toegewezen label "kwaliteitsverbeterende projecten". Dit deden we door ons eerst in te lezen over de benodigde stappen via de openbaar voorziene lessen, presentaties en verdere informatie. Wanneer we een duidelijk beeld hadden van wat een correct KVP inhoudt kunnen we de gevonden records hieraan afgetoetst. We gebruikten voor deze toetsing de PRISMA-flowchart gezien deze stap gelijkaardig is aan de screening bij (systematische) reviews. We zorgden voor een duidelijke indeling van de records en een correcte benoeming van de exclusiecriteria bij geëxcludeerde masterpapers.

Dit eerste deel van ons onderzoek gebruiken we later bij de data-analyse als zijnde deel van het kwantitatieve hoofdstuk van het onderzoek. We bekwamen namelijk duidelijke gegevens betreffende in hoeverre de KVP'en in 2019 correct zijn uitgevoerd.

Nadat we het format (semigestructureerde interviews) kozen gebruikten we onze eerder verzamelde informatie van het TDF om een niet-gevalideerde interviewgids op te stellen. We deden dit op een manier zodat de natuurlijke flow van het gesprek niet belemmerd wordt maar toch alle relevante domeinen van het TDF bevraagd worden. De interviewgids wordt bijgevoegd aan de documenten voor de Ethische Commissie.

Alvorens we beginnen aan de contactname met de PO's schetsen we een planning betreffende tijdsverloop van de verschillende stappen in de masterpaper. Dit omvat contactname via e-mail, telefonische contactname, periode vrijgemaakt voor interviews af te nemen, transcriptie en dataverwerking, analyse van de data, en het uitschrijven van de bevindingen en conclusies. Schatting van de planning wordt hieronder weergegeven:

Februari-april 2025: Contacteren van de deelnemers ten einde hun wens tot deelname te polsen en het rekruteren van deelnemers, kwantitatieve data-collectie.

Mei-december 2025: uitvoeren van interviews, transcriptie en initiële data-analyse

Januari-mei 2026: verdere dataverwerking en conclusie, discussie en reflectie

6. Inclusie – en exclusiecriteria

Deelnemers worden gekozen vanuit de bekomen pool PO's wiens HAIO in afstudeerjaar 2019 een correct KVP heeft uitgevoerd zoals hierboven beschreven.

- Inclusiecriteria:
    - Praktijkopleider zijn.
    - Samenwerking met een HAIO uit het afstudeerjaar 2019 aan een correct uitgevoerd KVP.
- Exclusiecriteria:
    - Niet meer actief als huisarts (in die praktijk).

7. Rekrutering

1. 1e contactname via mail

Deelnemers worden gewerfd aan de hand van de resultaten van de initiële screening van de masterproeven ingediend in 2019. Als er voldaan wordt aan de initiële screening en bovenstaande criteria worden ze gecontacteerd. We schrijven eerst alle geselecteerde PO's uit punt 1 per mail aan zo hun website of andere openbare contactgegevens dit toelaten. In deze mail informeren we hen over onze studie en kondigen we aan dat we hen hierover ook later nog telefonisch zullen contacteren. We voegen ook alvast een kopie van het ICF toe. We zorgen voor een schappelijke periode qua responstijd en laten ook ruimte voor opting-out. De mailtemplate is terug te vinden als bijlage.

2. 2e contactname telefonisch

Alle geselecteerde PO's worden nadien ook telefonisch gecontacteerd, uitgezonderd de PO's die na de mailing hebben laten weten dat ze niet wensen deel te nemen. Het doel van dit telefonisch contact is drieledig. We gaan de studiedoelstellingen herhalen, hen uitnodigen tot deelname aan de interviews en enkele korte vragen stellen ter aanvulling van het kwantitatief luik van ons onderzoek als de wens tot deelname bevestigd wordt. Dit is direct een eerste datacollectie (met bijhorende ICF) (zie verder, data-collectie fase 1).

8. Data-collectie

1. Eerste telefonische contact (bij totale groep):
    - Kwantitatieve bevraging
    - Enkele korte vragen, bij voorkeur aan alle PO's te stellen (dus kwantitatief):
        - Weten ze nog waarover het KVP ging? JA – NEE
        - Was het een gunstig resultaat? JA – NEE

        - Is het nog +/- in voege in de praktijk? JA – NEE
    - Uitnodiging voor langer interview: Tijdens het telefonisch gesprek zal er gepolst worden naar de bereidheid mee te werken aan het kwalitatieve luik van de studie. De deelnemers worden gevraagd 45min – 1u u tijd te waarborgen voor volledige deelname aan het interview. Het interview betreft een eenmalig contact met de deelnemers waarna geen verdere follow-up gesprekken nodig zijn. Er wordt geen vergoeding voorzien voor deelnemers. De deelnemers worden over deze punten op de hoogte gebracht. Als de PO wenst mee te werken hieraan zal hij toegevoegd worden aan een lijst waaruit op basis van purposive sampling kandidaten voor het interview gekozen zullen worden.
        - Bereid om mee te werken aan interview JA – NEE
    - Practicaliteiten worden tijdens een volgend contact besproken als de deelnemer gekozen wordt. Zo mogelijk zullen we de interviews ter plekke afnemen. Als dit niet mogelijk zou zijn kunnen we ze via videogesprek afnemen en slechts in laatste geval telefonisch.

2. Interview (bij selectie purposive sampling)
    - Tijdens het interview wordt aan de hand van de bijgevoegde interviewgids informatie verzameld.

9. Toestemming/ Informed consent

Zoals hierboven al eerder vermeld zal een kopie van de ICF bijgevoegd worden als bijlage in de mail die verstuurd wordt naar de PO's. Voor het interview ontvangen alle mogelijke deelnemers dus een ICF waarin het onderzoeksopzet en de gegevensverwerking worden beschreven. Dit document zal ondertekend worden zo schriftelijke toestemming te verkrijgen voor het afleggen van de interviews. Bij de start van het interview wordt nogmaals gevraagd naar de geïnformeerde toestemming.

10. Samplegrootte

1. Telefonisch contact:

Tijdens het telefonisch contact gaan we naast de bereidheid tot medewerking aan het onderzoek bevragen ook trachten een antwoord te krijgen op de initiële kwantitatieve vragen die hierboven zijn opgelijst. We zijn niet genoodzaakt een samplegrootte te voorzien voor dit telefonische & kwantitatieve deel van het onderzoek gezien we elke PO die als deelnemer gewerfd kan worden telefonisch gaan contacteren.

2. Interviews:

De samplegrootte van de interviews gaat afhankelijk zijn van verschillende zaken. De primordiale kwestie is hoeveel PO's bereid zijn mee te werken aan het onderzoek via een interview. We zullen tewerk gaan met purposive sampling, zo gaan we eerst 10 interviews

uitvoeren en hierna telkens 2 interviews extra doen totdat we data-saturatie bereikt hebben. We schatten dat deze saturatie bereikt zal worden na 14-16 interviews.

11. Dataverwerking

1. Kwantitatieve data:

Dit is de data die bij het telefonisch gesprek verzameld zal worden. Het betreft korte antwoorden op de enkele vragen die gesteld zullen worden. We vertrekken vanuit de hierboven geselecteerde pool PO's en de bijhorende KVP'en. Bij het telefonisch contact noteren we voor elke PO gepseudonymiseerd volgende zaken in Excel format:

- Niet bereikbaar
- Wenst niet te antwoorden
- Als wel deelname
    - Antwoord vraag 1
    - Antwoord vraag 2
    - Antwoord vraag 3
- Bereid tot interview

2. Kwalitatieve data:

Na het initiële telefonische contact zal nog een lijst overblijven van PO's die wensen mee te werken aan het interview. Bij deze groep zullen we purposive sampling tot data-saturatie toepassen zodoende voldoende informatie te bekomen voor ons onderzoek.

De interviews worden opgenomen met een spraakrecorder, waarna de data gepseudonymiseerd zal worden door dr. Vito Specogna. De originele opnames en pseudonymisatie zullen op de server van U Gent bewaard worden op de beveiligde share van Dr. Veerle Piessens en Prof. Dr. Stefan Heytens respectievelijk voor als toekomende onderzoeksprojecten dit vereisen. De gepseudonymiseerde transcriptie zullen we bewaren op de beveiligde OneDrive cloudopslag van Dr. Vito Specogna van KU Leuven. De transcriptie zal gebeuren na de interviews te vrijwaren van sensitieve data via manuele pseudonymisatie. We zullen middels de plug-in op Word gekoppeld aan OneDrive een initiële transcriptie uitvoeren, hierna zal deze manueel gecontroleerd en zo nodig aangepast worden.

12. Data-analyse

De bekomen data van de twee luiken zal tweeledig geanalyseerd worden

1. Kwantitatieve data:

De kwantitatieve data zal op basis van eenvoudige descriptieve statistiek, die redelijk gelimiteerd is, statistisch geanalyseerd worden.

2. Kwalitatieve data:

Deze data zal aan de hand van het TDF geanalyseerd en gecategoriseerd worden zodoende een uitspraak te kunnen doen over de bekomen resultaten en hun relatie met de domeinen bekend in het TDF