Diabetesbarometer toepassen in de huisartsenpraktijk: prospectieve studie naar verwachtingen, bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen

Smedts Elise, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dokter Vaes Bert, KULeuven

Co-promotor: Prof. Dokter Van Pottelbergh Gijs, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 – 2026

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

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

Dankwoord

Met veel dankbaarheid kijk ik terug op het traject dat heeft geleid tot deze masterproef. Dit werk had nooit tot stand kunnen komen zonder de steun, begeleiding en inzet van verschillende mensen.

In de eerste plaats wil ik mijn initiële promotor, Dr. Apr. Marie Van de Putte, bedanken. Zij hielp me bij het aflijnen van het onderwerp en zette mee de fundamenten van dit onderzoek. Haar enthousiasme en heldere richting gaven me het vertrouwen om aan dit project te beginnen.

Mijn oprechte dank gaat ook uit naar Prof. Dr. Bert Vaes, die het promotorschap overnam en me begeleidde tijdens het verdere onderzoeksproces. Zijn kritische blik en deskundige feedback waren van grote waarde.

Daarnaast wil ik Dr. Gijs Van Pottelbergh, mijn co-promotor, bedanken voor zijn betrokkenheid.

Een bijzonder woord van dank gaat uit naar Laura Christiaens, mijn mede-onderzoeker. Haar tips, inhoudelijke feedback en hulp bij de analyse van de interviews maakten de samenwerking niet alleen waardevol, maar ook bijzonder leerrijk.

Verder wil ik de huisartsen bedanken die deelnamen aan de interviews. Ondanks hun drukke agenda maakten zij tijd vrij om hun ervaringen te delen. Hun openheid en bereidheid om mee te werken vormen de kern van dit onderzoek.

Tot slot wil ik mijn partner en familie bedanken. Hun eindeloze steun, geduld en aanmoediging hebben me doorheen dit traject gedragen. Zonder hen was dit werk nooit geworden wat het nu is.

Aan iedereen die op welke manier dan ook heeft bijgedragen: dankjewel.

Abstract

Achtergrond: De stijgende prevalentie van diabetes mellitus type 2 vraagt om een meer proactieve en populatiegerichte aanpak in de eerste lijn. Audit en feedback (A&F) wordt beschouwd als een potentieel effectieve strategie om de kwaliteit van zorg te verbeteren en tot meer proactieve zorg te komen. Recent werd de diabetesbarometer ontwikkeld in Vlaanderen. Deze biedt huisartsen inzicht in de geleverde diabeteszorg op praktijkniveau. Er is echter weinig bekend over hoe huisartsen deze tool ervaren en welke factoren de implementatie van A&F beïnvloeden.

Doel: Deze studie onderzoekt: 1) De ervaringen van Vlaamse huisartsen met het gebruik van de diabetesbarometer, waaronder de ervaren drempels en mogelijke aanpassingen die de effectiviteit van de barometer kunnen verhogen; 2) De ervaren drempels bij het opzetten van een kwaliteit verbeterend project en de noodzakelijke randvoorwaarden voor de implementatie van dergelijk project binnen de huisartsenpraktijk; 3) De ervaren ondersteuning en opleidingsnoden.

Methode: Er werd een prospectieve kwalitatieve studie uitgevoerd met semigestructureerde interviews bij 11 huisartsen die de diabetesbarometer hadden geactiveerd en het feedbackrapport hadden geraadpleegd. De interviews werden afgenomen tussen november 2024 en september 2025. De data werd geanalyseerd door twee onafhankelijke onderzoekers volgens de QUAGOL-methode.

Resultaten: Huisartsen beschouwen de diabetesbarometer over het algemeen als een nuttig instrument dat inzicht biedt in de kwaliteit van de geleverde diabeteszorg en kan bijdragen aan een meer populatiegerichte en proactieve aanpak. De tool creëert bewustwording rond hiaten in registratie en opvolging en kan dienen als startpunt voor kwaliteit verbeterende initiatieven. Tegelijkertijd ervaren huisartsen belangrijke drempels, waaronder tijdsgebrek, hoge werkdruk, beperkte gebruiksvriendelijkheid, onzekerheid over databetrouwbaarheid en het ontbreken van structurele financiering binnen een prestatiegericht zorgsysteem. Een goede registratie in het EMD en de aanwezigheid van ondersteunend personeel, in het bijzonder een praktijkverpleegkundige, werden als belangrijke randvoorwaarden genoemd. Er is tevens een duidelijke nood aan praktische ondersteuning en korte, praktijkgerichte opleidingen gericht op interpretatie van de feedback en implementatie van verbeteracties.

Conclusie: De diabetesbarometer heeft het potentieel om de evolutie naar een meer proactieve zorg in de eerste lijn te ondersteunen en kwaliteitsverbetering in de diabeteszorg te stimuleren. Het louter aanbieden van een A&F-tool volstaat echter niet om duurzame praktijkverandering te realiseren. Verdere optimalisatie van de tool, aangepaste financiering en bijkomende organisatorische, technische en beleidsmatige ondersteuning zijn noodzakelijk om het potentieel volledig te benutten.

Inhoud

Dankwoord 3

Abstract 4

Inhoud 5

1. Inleiding 7

1.1 Prevalentie en incidentie 7

1.2 Diabetes: definitie en aanpak 7

1.3 Population Health Management 8

1.4 Population Health Management vertalen naar huisartsenpraktijk 9

Audit en feedback 9

Indicatoren 9

1.5 Doel van deze studie 11

2. Literatuuronderzoek 12

2.1 Zoekvraag 12

2.2 Zoekstrategie 12

2.3 Resultaten 12

3. Methode 14

3.1 Onderzoeksopzet 14

3.2 Onderzoekers 14

3.3 Deelnemers 14

3.4 Data verzameling 14

3.5 Data analyse 15

3.6 Ethische goedkeuring 15

4. Resultaten 16

4.1 Kenmerken van de deelnemers 16

4.2 Thema's 16

4.3 De diabetesbarometer 17

Tevredenheid 17

Doel en impact 17

Drempels bij gebruik barometer 18

Aanpassingen aan de barometer 19

4.4 Kwaliteit verbeterende projecten 19

Geïdentificeerde verbeterpunten 19

Kwaliteit verbeterende projecten 20
Randvoorwaarden voor het ondernemen van kwaliteit verbeterende projecten 20
Drempels bij het opzetten verbeterprojecten 21
4.5 Ondersteuning en opleiding 21
Ondersteuning 21
Opleiding 22
5. Discussie 23
Samenvatting 23
Vergelijking met de literatuur 24
Sterktes en limitaties 24
Toekomstig onderzoek 25
6. Conclusie 26
7. Referenties 27
8. Bijlages 30
Bijlage 1 : Zoekstrategie 30
Bijlage 2: Leidraad interview 32
Bijlage 3: Informed Consent Form 34
Bijlage 4: Code voor analyse 48
Bijlage 5: Goedkeuring OBC 50

1. Inleiding

1.1 Prevalentie en incidentie

Elke 17 minuten krijgt iemand in Vlaanderen de diagnose 'diabetes'. Naar schatting zijn er 600 000 mensen met diabetes in Vlaanderen(1). Meer dan 90% van deze patiënten heeft de diabetes mellitus type 2 (DM2). Volgens de Intego databank was de prevalentie van niet-insuline-afhankelijke diabetes, in 2023, 6.7% en 0.5% voor insuline-afhankelijke diabetes in Vlaanderen(2). Wereldwijd zijn er in de leeftijdscategorie 20-79 jaar 537 miljoen mensen met diabetes, wat overeenkomt met een prevalentie van 10.6% in deze leeftijdscategorie. Bovendien wordt er een stijging van 46% tot 783 miljoen diabetes-patiënten verwacht tegen 2045. Hierbij ziet men grote verschillen tussen de continenten. In Europa verwacht men een stijging van 13% en in Afrika een stijging van 134%(3).

1.2 Diabetes: definitie en aanpak

Diabetes is een chronische ziekte, waarbij een verhoogde bloedglucose wordt gemeten. Dit komt doordat het lichaam geen of te weinig insuline produceert, of doordat de cellen resistent worden aan de insuline die wordt geproduceerd. Bij DM2 is er initieel een probleem van insuline-resistentie, waarbij de perifere weefsels onvoldoende reageren op insuline. In een latere fase zal er onvoldoende insuline geproduceerd worden omdat de bètacellen van de pancreas niet kunnen voldoen aan de vraag. Bètacellen zijn gespecialiseerde endocriene cellen in de pancreas die de bloedglucosespiegel reguleren door, in reactie op stijgende glucosewaarden, insuline te produceren en vrij te zetten. De diagnose van DM2 wordt gesteld wanneer bij een patiënt tweemaal een nuchtere plasmaglucose $\geq$ 126 mg/dL of een HbA1c $\geq$ 6.5% wordt vastgesteld(4).

Op lange termijn kan hyperglycemie lijden tot schade aan veel verschillende organen wat kan leiden tot complicaties zoals cardiovasculaire ziekten, nefropathie, retinopathie en neuropathie(4). Deze complicaties kunnen voorkomen, of ten minste uitgesteld, worden door een goede opvolging en controle van de ziekte.

De eerste stap in de behandeling bestaat uit levensstijlaanpassingen zoals inzetten op voldoende beweging, het handhaven van een gezond eetpatroon, het nastreven van een gezond lichaamsgewicht en stoppen met roken(4). Indien dit onvoldoende is om de glycemie onder controle te houden, kan er gestart worden met medicatie, met metformine als eerste lijn. Daarnaast dienen er nog andere parameters gecontroleerd en eventueel behandeld te worden, zoals de bloeddruk en Low-Density Lipoprotein (LDL). Ten slotte dient er regelmatig gescreend te worden naar complicaties zoals nefropathie, retinopathie en neuropathie(4).

De behandeling van DM2 bestaat uit een multidisciplinaire aanpak die voornamelijk plaats vindt in de eerste lijn, met de huisarts als coördinator. Andere disciplines (o.a. diëtist, diabetesverpleegkundige, oogarts, podoloog, diabetoloog, diabeteseducator) worden betrokken volgens de noden van de patiënt(4).

Om een optimale zorg te kunnen bieden voor patiënten met een chronische ziekte, zoals DM2, en hen optimaal te ondersteunen in hun zorgtraject, is er een shift nodig in het zorgsysteem. Er is nood aan een shift van reactieve naar meer proactieve zorg(5,6,7).

1.3 Population Health Management

Om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de huidige en toekomstige gezondheidszorg te behouden, is een aanpassing van het huidige zorgsysteem nodig. Er zal een shift nodig zijn van acute, reactieve zorg naar meer proactieve, populatiegerichte zorg. Met reactieve zorg wordt een zorg bedoeld die zich richt op een gezondheidsprobleem dat zich reeds heeft voorgedaan. Proactieve zorg daarentegen richt zich op het vroegtijdig voorkomen van gezondheidsproblemen, met als doel het bevorderen van gezondheid en het beperken van toekomstige risico's. Dit vormt de kern van Population Health Management (PHM). Door vroegtijdig in te grijpen, hierdoor complicaties te voorkomen en zorgprocessen efficiënter te organiseren, kan men zowel de kwaliteit van zorg verbeteren als de kosten reduceren. De ambitie om de kwaliteit van zorg binnenin een populatie te monitoren en te sturen vraagt om PHM(7,8,9).

PHM bestaat uit 6 stappen die doorlopen dienen te worden(8):

Tabel 1: De 6 stappen van PHM

1. Identificeren populatie	Detectie populatie at risk In- en exclusiecriteria bepalen
2. Triple aim assessment	In kaart brengen van: - Gezondheid van de populatie - Kosten - Kwaliteit van zorg
3. Risicostratificatie en selectie interventie	Segmentatie van de populatie volgens risico (risicostratificatie) en bepalen van interventies op maat van de noden van de doelgroepen
4. Citizens-centered interventions	Interventie implementeren
5. Triple aim impact evaluatie	Evaluatie van interventie
6. Kwaliteit verbeterend proces	Kwaliteitsproces blijven verbeteren (kwaliteitscultuur)

De uitdaging van de huidige gezondheidszorg is een kwaliteitsvolle zorg leveren die toegankelijk en betaalbaar blijft. Eén van de oplossingen die hiervoor naar voor werd geschoven, was de Triple Aim, voor het eerst beschreven door Berwick et al in 2008(5). De Triple Aim omvat drie doelen: 1) het verbeteren van de gezondheid van een populatie; 2) het verbeteren van de (ervaren) kwaliteit van zorg; 3) een vermindering van de kosten (per capita). Deze werd in 2014 uitgebreid naar de 'quadruple aim', waarbij er ook aandacht kwam voor het welzijn van de zorgverleners(10). Sinds enkele jaren wordt er gesproken van 'quintuple aim' met als vijfde factor 'equity' in de gezondheidszorg(9). Deze vijfde pijler streeft naar sociale rechtvaardigheid en inclusie. Door specifieke aandacht te besteden aan de meest kwetsbaren, streeft men naar gezondheidsgelijkheid voor iedereen.

Patiënten met DM2 hebben dikwijls niet slechts één aandoening, maar verschillende chronische ziekten. Uit cijfers blijkt dat 85% van de patiënten met DM2 daarnaast nog één of meerdere andere chronische aandoeningen heeft(11). DM2 treft dikwijls mensen in kwetsbare situaties, met lage gezondheidsvaardigheden of met beperkte financiële middelen waardoor de pijler 'equity' des te belangrijker is om na te streven. Net voor deze patiënten is er nood aan een geïntegreerde zorgaanpak die aansluit bij de vijfvoudige doelstelling van de quintuple aim(9).

1.4 Population Health Management vertalen naar huisartsenpraktijk

PHM in de huisartsenpraktijk komt neer op de 3 volgende stappen(6):

1. In kaart brengen van de populatie:
   Identificeren van de volledige praktijkpopulatie of een specifieke subgroep, zoals patiënten met diabetes.
2. Kwaliteit van zorg evalueren
   Nagaan hoe de huidige zorg verloopt, hoe de zorg scoort op relevante kwaliteitsindicatoren en waar groeimogelijkheden liggen.
3. Actie ondernemen en impact monitoren
   Interventies implementeren die inspelen op de noden van de populatie, en evalueren of de acties effect hebben op de kwaliteit van zorg, gezondheidsuitkomsten en praktijkwerking, en waar nodig bijsturen.

Audit en feedback

Om PHM te vertalen naar de huisartsenpraktijk werd een audit en feedback (A&F) tool ontwikkeld: de diabetesbarometer(12). Deze barometer is een hulpmiddel om de kwaliteit van diabeteszorg in de eerste lijn te verbeteren. De tool biedt huisartsen een interactief overzicht van hun diabeteszorg op praktijkniveau, op basis van automatische A&F, gegenereerd op basis van de gegevens die beschikbaar zijn in het elektronisch medisch dossier (EMD). Een audit bestaat uit een of meerdere query's, aan de hand waarvan een zoektocht wordt gedaan in het EMD. Met een query wordt het aantal patiënten dat aan een bepaalde kwaliteitsindicator voldoet, berekend. Aan de hand hiervan wordt feedback geformuleerd, waarbij men de huisartsen een zicht wil geven op hun kwaliteit van registreren en hun kwaliteit van zorg. Het is een instrument om praktijken inzicht te geven in hun eigen kwaliteit van zorg voor een specifieke populatie en deze vervolgens te verbeteren(13-15).

Indicatoren

De diabetesbarometer geeft een grafische voorstelling van 11 proces- en resultaatindicatoren. Deze indicatoren werden gevalideerd door het Vlaams instituut voor Kwaliteit van Zorg(12).

Een indicator is een meetbaar element van de zorg die een indicatie geeft over de kwaliteit van de geleverde zorg. Er zijn 3 soorten indicatoren: structuurindicatoren, procesindicatoren en resultaatsindicatoren. In de diabetesbarometer wordt er gebruikt gemaakt van de laatste twee. Een procesindicator geeft informatie over de uitgevoerde handelingen binnen de zorg, bijvoorbeeld het percentage diabetespatiënten dat jaarlijks een lipidenmeting heeft gehad. Resultaatsindicatoren geven informatie over de uitkomst van de geleverde zorg, bijvoorbeeld het percentage patiënten met een BMI van <25 kg/m2. Een structuurindicator geeft informatie over de randvoorwaarden waarbinnen de zorg geleverd wordt, bijvoorbeeld het percentage diabetesteams met een podoloog (6,16).

De ontwikkeling van de indicatoren gebeurde aan de hand van de Delphi methode. Deze bestaat uit 5 stappen: 1. Selectie van aanbevelingen uit evidence-based richtlijnen om op te nemen in een schriftelijke vragenlijst; 2. Individuele beoordeling van de geselecteerde aanbevelingen door een panel van experts, inclusief analyse van de resultaten en het opstellen van een feedbackrapport (schriftelijke vragenlijstronde); 3. Bijeenkomst van de panelleden om de resultaten van de schriftelijke vragenlijsten te bespreken aan de hand van het feedbackrapport (consensusronde) en om aanbevelingen te herzien voor opname of uitsluiting; 4. Eindbeoordeling van de set aanbevelingen door alle leden van het expertpanel; 5. Vertaling van aanbevelingen naar query's voor bepaling van kwaliteitsindicatoren(13).

Indicatoren worden idealiter gebaseerd op evidence-based richtlijnen. Indien deze niet beschikbaar zijn, worden de indicatoren gebaseerd op het best beschikbare bewijs(13,16).

Tabel 2: 11 kwaliteitsindicatoren zoals geïncludeerd in de diabetesbarometer voor huisartsen, en bepaald volgens een RAND-modified Delphi Methode(13,15)

Indicator	Type
HbA1c: aantal patiënten met diabetes waarbij het afgelopen jaar een HbA1c-bepaling is uitgevoerd ten opzichte van het totaal aantal patiënten met diabetes.	Proces en resultaat
Albuminurie: aantal patiënten met diabetes waarbij het afgelopen jaar een albumine/creatinine-ratio bepaling is uitgevoerd ten opzichte van het totaal aantal patiënten met diabetes.	Proces en resultaat
eGFR: aantal patiënten met diabetes waarbij het afgelopen jaar een eGFR-bepaling is uitgevoerd ten opzichte van het totaal aantal patiënten met diabetes.	Proces en resultaat
Bloeddruk: aantal patiënten met diabetes waarbij het afgelopen jaar bloeddruk-bepaling is uitgevoerd ten opzichte van het totaal aantal patiënten met diabetes.	Proces en resultaat
BMI: aantal patiënten met diabetes waarbij het afgelopen jaar een BMI-bepaling is uitgevoerd ten opzichte van het totaal aantal patiënten met diabetes.	Proces en resultaat
Buikomtrek: aantal patiënten met diabetes waarbij het afgelopen jaar een buikomtrek-	Proces en resultaat

bepaling is uitgevoerd ten opzichte van het totaal aantal patiënten met diabetes.	
LDL-cholesterol: aantal patiënten met diabetes waarbij het afgelopen jaar een LDL-bepaling is uitgevoerd ten opzichte van het totaal aantal patiënten met diabetes.	Proces en resultaat
Voetonderzoek: aantal patiënten met diabetes waarbij het afgelopen jaar een voetonderzoek is uitgevoerd ten opzichte van het totaal aantal patiënten met diabetes.	Proces en resultaat
Rookstatus: aantal patiënten met diabetes waarbij het afgelopen jaar een bevraging naar het rookgedrag gebeurd is ten opzichte van het totaal aantal patiënten met diabetes.	Proces
Influenzavaccinatie: aantal patiënten met diabetes waarbij het afgelopen jaar een influenza-vaccinatie is gebeurd ten opzichte van het totaal aantal patiënten met diabetes.	Proces
Alle indicatoren: aantal patiënten met diabetes waarbij het afgelopen jaar een onderzoek naar alle indicatoren gebeurd is ten opzichte van het totaal aantal patiënten met diabetes.	Proces

1.5 Doel van deze studie

Er werd reeds onderzoek gedaan naar de effectiviteit van A&F. De Cochrane review van 2012 concludeerde dat er 4.3% (IQR 0.5-16%) meer naleving is van de richtlijnen door toepassing van A&F. De feedback zou meer effectief zijn wanneer baseline performance laag is, de bron een supervisor of collega is, het meerdere keren wordt gegeven, als het concrete doelen aangeeft en een actieplan bevat(14).

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de ervaringen van Vlaamse huisartsen met het gebruik van de barometer als A&F-tool, evenals het identificeren van de door hen ervaren drempels en randvoorwaarden bij de implementatie van een kwaliteit verbeterend project in de huisartsenpraktijk.

2. Literatuuronderzoek

2.1 Zoekvraag

In de literatuur werd nagegaan welke factoren bijdragen aan het engageren en activeren van huisartsen voor de implementatie van kwaliteit verbeterende projecten en dus aan PHM te doen met behulp van een A&F-tool. Daarnaast werd onderzocht welke randvoorwaarden noodzakelijk zijn om dergelijke initiatieven te ondersteunen.

2.2 Zoekstrategie

Er werd gezocht in de databank PubMed. De laatste zoekactie werd verricht in juni 2024. Hierin werd enerzijds aan de hand van de zoektermen “((("quality improvement") OR ("quality of care")) AND ("primary care")) AND ("audit and feedback")” gezocht. Een tweede search werd gedaan aan de hand van de zoektermen “("population health management") AND (belgium)”. Voor een meer gedetailleerd overzicht van de zoekstrategie verwijs ik naar Bijlage 1: Zoekstrategie.

2.3 Resultaten

Er werden aan de hand van de zoekstrategie 5 relevante artikels weerhouden. Daarnaast werden aan de hand van snowballing nog 2 relevante artikels geselecteerd.

Ivers et al identificeerde aan de hand van diepte-interviews met huisartsen verschillende barrières om gebruik te maken van A&F(17). Geen enkele deelnemer gaf aan de ontvangen feedback als erg nuttig te beschouwen. De huisartsen hadden wel de intentie om meer aandacht te hebben voor de relevante targets tijdens de patiëntencontacten, maar niemand rapporteerde een specifiek doel gesteld te hebben of een concreet plan te hebben voor kwaliteitsverbetering. De meest frequent gerapporteerde barrière om de feedback te gebruiken voor kwaliteit verbeterende projecten was de bezorgdheid over de validiteit van de data die gebruikt werd voor het genereren van de rapporten, ondanks dat de data afkomstig was uit hun eigen EMD. Daarnaast achtten veel van de deelnemers zich niet bekwaam genoeg om aan de hand van zoekopdrachten in het EMD, de patiënten te identificeren waarbij actie nodig was. Een derde barrière was de spanning tussen gestandaardiseerde targets voor populaties en patient-centered care. Sommige participanten waren onzeker of hun inspanningen tot kwaliteitsverbetering na feedback wel zouden leiden tot betekenisvolle verschillen voor hun praktijkvoering of voor de patiënt. Participanten haalden ook de uitdaging van prioriteiten stellen in de gezondheidszorg aan als barrière. Ze hebben het gevoel van overspoeld te worden. Ze hebben moeite met hun tijd te verdelen over klinische, organisatorische en persoonlijke taken. Desveaux et al identificeerde gelijkaardige barrières(18). Ook Quigley et al en Arvidsson identificeerden onvoldoende tijd als barrière(19,20). Enerzijds om de data te verzamelen, anderzijds om te reflecteren over wat ze zouden moeten verbeteren en welke interventies men kan implementeren(20). De artsen stelden niet te beschikken over de juiste kennis om van het feedbackrapport tot interventies te komen. Daarnaast vonden ze dat ze onvoldoende technische en administratieve ondersteuning hebben en zagen ze dit niet als prioriteit(19).

Naast de barrières werden er ook faciliterende factoren geïdentificeerd die ervoor kunnen zorgen dat huisartsen wel aan de slag gaan met een A&F-tool, zoals het horen van succesverhalen en ervaringen van anderen. Ook samenwerking rond het bespreken en aanpakken van ervaren problemen en

drempels, werd als erg wenselijk ervaren. Een aanpassing van het externe beleid zou ook kunnen leiden tot meer engagement door bijvoorbeeld accreditering te koppelen aan het gebruik van A&F en interventies te implementeren(19).

Ten derde identificeerden verschillende studies enkele randvoorwaarden om aan kwaliteitsverbetering te doen aan de hand van een A&F-tool. Zo stellen Glenngård et al dat een goed draaiende praktijk een cruciale factor is om aan kwaliteitsverbetering te doen(21). Wanneer de beschikbare middelen, zowel humane als financiële, niet besteed hoeven te worden aan bijvoorbeeld het werken volgens de richtlijnen, is er meer ruimte om deze te gebruiken voor proactieve organisatie van de zorg. Wanneer een praktijk reeds goed presteert, zal de impact van A&F kleiner zijn, en zal dit eerder als bevestiging dienen om te tonen dat alles goed loopt. Wanneer het niet goed loopt in een praktijk, is er meer nood aan verbetering, maar is er geen ruimte om aan proactieve zorg te doen. Dit omdat hun aandacht en middelen vooral gaan naar het oplossen van acute problemen en het voldoen aan minimale kwaliteitsnormen. Echter werd er in de systematic review van Ivers et al wel besloten dat wanneer de baseline performance laag was, feedback meer effectief kan zijn(14).

Slechte resultaten kunnen zowel als barrière als facilitator functioneren. Enerzijds als facilitator gezien er meer nood is aan verbetering en er dus ook meer ruimte voor is. Dan zal een kwaliteit verbeterend project een grotere impact hebben. Anderzijds kan het ook als barrière gezien worden. Wanneer een praktijk slecht presteert, zullen er meer van de beschikbare middelen dienen gebruikt te worden voor het draaiende houden van de praktijk en is er minder ruimte voor implementatie van een kwaliteit verbeterend project(20,21).

Een tweede randvoorwaarde om grotere en meer significante verbeteringen te realiseren, is een multidisciplinaire samenwerking. Ook andere zorgverleners dienen betrokken te worden in kwaliteit verbeterende interventies. Men verwacht betere resultaten wanneer het op meso-level georganiseerd zou worden(20).

Ten slotte was er een duidelijke vraag naar onder andere meer technische en administratieve ondersteuning om de meest geschikte interventies te implementeren(17).

Er werd ook reeds een onderzoek gedaa naar PHM in België. Steenkamer et al identificeerde aan de hand van twee focusgroepen verschillende barrières en heeft hierbij ook aanbevelingen gedaan voor de implementatie van PHM in België(7). Een eerste barrière is de complexiteit van het Belgische politieke systeem. De verdeeldheid van de bevoegdheden in de gezondheidszorg tussen de 3 niveaus (Federaal, Gemeenschappen en Gewesten) hindert de ontwikkeling van een gedeelde populatiegerichte lange-termijnvisie. Een andere barrière waar men over spreekt, is het ontbreken van financiële stimulansen. Het prestatiegericht betalingssysteem in België waarin de meeste huisartsen werken is meer gericht op reactieve zorg. Er is nood aan een nieuw financieringsmodel, bestaande uit de combinatie van een prestatiegericht en forfaitair systeem, om PHM mogelijk te maken, zodat er meer aandacht kan gaan naar preventie en interventies die leiden tot kwaliteitsverbetering. In België is er sinds kort zo'n nieuw financieringsmodel, de New Deal(22).

3. Methode

3.1 Onderzoeksopzet

In deze prospectieve studie worden via semigestructureerde interviews met huisartsen enerzijds hun ervaringen met het gebruik van de diabetesbarometer onderzocht, waaronder de ervaren drempels en mogelijke aanpassingen die de effectiviteit van de barometer kunnen verhogen. Anderzijds wordt nagegaan welke drempels huisartsen ondervinden bij het opzetten van een kwaliteit verbeterend project en welke randvoorwaarden noodzakelijk zijn voor de implementatie van zo'n project binnen hun huisartsenpraktijk.

Gezien de diabetesbarometer recent werd uitgerold (2023)(12) en er dus nog maar weinig onderzoek hiernaar werd verricht, werd er gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Bij een semigestructureerd interview zijn de hoofdvragen en thema's op voorhand reeds bepaald (Bijlage 2: Leidraad interview), wat ervoor zorgt dat de interviews een structuur houden en bevindingen van de verschillende onderzoeken nadien vergeleken kunnen worden. De volgorde van de vragen kan wel veranderen en er kan verder doorgevraagd worden over een bepaald thema. Dit heeft als voordeel dat er meer in de diepte bevraagd kan worden en geeft de vrijheid aan de interviewer om het gesprek te leiden(23).

3.2 Onderzoekers

De interviews werden afgenomen door één onderzoeker (SE, Huisarts-in-opleiding). De data-analyse werd onafhankelijk uitgevoerd door twee onderzoekers (SE en CL). Beide onderzoekers waren betrokken bij de interpretatie van de data.

3.3 Deelnemers

Huisartsen kwamen in aanmerking voor deelname indien zij de diabetesbarometer hadden geactiveerd in het EMD van hun praktijk en de feedbackrapporten hadden geraadpleegd.

Participanten werden gerekruteerd binnen 'Zorgzaam Leuven'(24). Onderzoeker SE stelde het onderzoeksproject voor op verschillende Medisch-Farmaceutische Overleggen (MFO)(25) over diabetes georganiseerd door Zorgzaam Leuven. Daarnaast werd er een uitnodiging gestuurd binnen Intego(26). Ten slotte werden er ook huisartsen gerekruteerd uit de praktijk waar de onderzoeker werkzaam was.

Er werd gestreefd naar inclusie tot datasaturatie werd bereikt, wat verwacht werd na ongeveer 10 tot 15 interviews.

3.4 Data verzameling

De interviews werden afgenomen door de onderzoeker (SE) tussen november 2024 en september 2025. Alle deelnemende huisartsen gaven hun geïnformeerde toestemming (Bijlage 3: Informed Consent Form).

Voorafgaand werd een testinterview afgenomen om de vraagstelling te finaliseren, waarbij werd gelet op het gebruik van open vragen, het vermijden van suggestieve formuleringen en eventuele onduidelijkheden te detecteren.

De participant kreeg de keuze om het interview face-to-face of online via Microsoft Teams te laten doorgaan. De duur van de interviews werd geschat tussen de 30 en 60 minuten. Indien het interview face-to-face doorging, werd het geregistreerd aan de hand van een geluidsopname, indien het online doorging via video-opname.

Voor de start van het eigenlijke semigestructureerde interview werd een profielschets opgemaakt waarbij een beeld werd geschetst van de participant (leeftijd, geslacht…) en het type praktijk waarin hij/zij werkzaam is.

De interviewgids bestond uit 17 hoofdvragen (Bijlage 2: Leidraad interview), aangevuld met verdiepende vragen om diepgang te creëren en relevante thema's verder uit te werken.

3.5 Data analyse

Eerst werden de interviews ad verbatim uitgeschreven op basis van de audio-/video-opnames (SE). De kwalitatieve data van de interviews werd gepseudonimiseerd. Data-analyse gebeurde volgens de 'Qualitative Analysis Guide of Leuven' (QUAGOL)(27).

Hierbij werden de twee hoofdfasen doorlopen: (1) de voorbereidende fase van conceptualisering en (2) de coderingsfase, ondersteund door de software NVivo 15.2(28).

Tijdens de voorbereidende fase werd elk interview herhaaldelijk gelezen en werd per interview een narratieve samenvatting opgesteld, waarbij er gezocht werd naar centrale thema's. Op basis hiervan werd voor elk interview een conceptueel schema ontwikkeld. De voorlopige interpretaties en conceptuele schema's werden vervolgens gezamenlijk besproken en verfijnd tot consensus werd bereikt. Deze fase werd per drie tot vier interviews doorlopen, waarbij beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar te werk gingen. Na afronding van alle interviews werd in overleg tussen beide onderzoekers een initiële set codes vastgelegd. Nadien werd er overgegaan naar het eigenlijke coderingsproces, wat gebeurde met behulp van NVivo. Beide onderzoekers codeerden de tekstfragmenten onafhankelijk, door deze te koppelen aan de overeengekomen codes. De coderingen werden nadien vergeleken en besproken, waarna discrepanties via consensus werden opgelost. In een volgende stap werden de codes verder verfijnd, samengevoegd of aangepast op basis van inhoudelijke relevantie en overlap (Bijlage 4: Code voor analyse).

3.6 Ethische goedkeuring

Deze studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (MP032713)(Bijlage 5: Goedkeuring OBC).

4. Resultaten

4.1 Kenmerken van de deelnemers

Er werden 11 huisartsen geïnterviewd, vijf mannen en zes vrouwen met een leeftijd tussen 29 en 43 jaar (tabel 3). 10 van deze huisartsen werkten in een multidisciplinaire groepspraktijk en werken via een prestatiegericht systeem en 1 in een wijkgezondheidscentrum, dat werkt in een forfaitair systeem. Alle praktijken hadden ondersteunend personeel in dienst.

Tabel 3:Kenmerken van de geïnterviewde huisartsen

Geslacht	Man	5
	Vrouw	6
Leeftijd	25-30	3
	31-40	7
	41-50	1
	>50	0
Jaren actief als huisarts	<5	2
	5-10	7
	11-20	1
	>20	1
Type praktijk	Solo praktijk	0
	Duo praktijk	0
	Monodisciplinaire groepspraktijk	0
	Multidisciplinaire groepspraktijk	10
	Wijkgezondheidscentrum	1
	Andere	0
Betalingssysteem	Forfaitair	1
	Prestatie	10
	Andere	0
Praktijkassistente, administratief medewerker of medisch secretaresse werkzaam in de praktijk	Ja	11
	Nee	0
Fysieke patiëntencontacten per dag	<10	0
	11-20	6
	21-30	5
	>30	0

4.2 Thema's

Bij analyse van de interviews werden 10 thema's weerhouden (Bijlage 4: Code voor analyse). Deze thema's werden onderverdeeld in 3 categorieën: 'De diabetesbarometer', 'Kwaliteit verbeterend project' en 'Ondersteuning en opleiding'. Een overzicht:

1. De diabetesbarometer
    a. Tevredenheid
    b. Doel en impact
    c. Drempels bij gebruik barometer
    d. Aanpassingen aan de barometer
2. Kwaliteit verbeterend project
    a. Geïdentificeerde verbeterpunten
    b. Kwaliteit verbeterende projecten
    c. Randvoorwaarden voor het ondernemen van kwaliteit verbeterende projecten
    d. Drempels bij het opzetten van verbeterprojecten
3. Ondersteuning en opleiding
    a. Ondersteuning
    b. Opleiding

4.3 De diabetesbarometer

Tevredenheid

Alle geïnterviewde huisartsen gaven aan in het algemeen tevreden te zijn over de diabetesbarometer en beschouwen het als een nuttig instrument binnen de diabeteszorg. De barometer werd vooral gewaardeerd als hulpmiddel om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de geleverde diabeteszorg en om populatiegericht te werken. De mogelijkheid tot benchmarking, waarbij de eigen praktijk kan worden vergeleken met andere praktijken, werd door meerdere huisartsen als een belangrijke meerwaarde aangegeven. Daarnaast werd de barometer in sommige praktijken gebruikt als basis voor teamoverleg.

> *"We zijn er heel tevreden over, omdat wij die ook wel echt gebruiken met ons team." (Huisarts 5)*

Anderzijds werden ook kritische bedenkingen geformuleerd. De huisartsen gaven aan het jammer te vinden dat de inhoud van de barometer zich voornamelijk beperkt tot de registratie van indicatoren, en geen informatie biedt over de effectieve kwaliteit van zorg of klinische uitkomsten. Ook de gebruiksvriendelijkheid werd als ontoereikend ervaren. Een aantal huisartsen gaven aan de barometer voornamelijk geactiveerd te hebben omwille van administratieve verplichtingen, zoals het verkrijgen van de praktijkpremie, zonder deze verder actief te gebruiken.

> *"We hebben de barometer een tijdje geleden geactiveerd omdat dat min of meer verplicht was voor de praktijkpremie. Maar eigenlijk hebben we daar verder niets mee gedaan. We hebben een praktijkrichtlijn over diabetes en daar houden wij ons aan. Verder maakt het mij niet zoveel uit." (Huisarts 2)*

Doel en impact

Het door de huisartsen gepercipieerde doel van de diabetesbarometer was voornamelijk kwaliteitsverbetering van de zorg. De barometer bood inzicht in de mate waarin de diabeteszorg werd opgevolgd en zorgde voor bewustwording van hiaten en blinde vlekken in de geleverde zorg. Via het feedbackrapport kregen zij inzicht in welke indicatoren onvoldoende werden opgevolgd en

welke patiënten mogelijk niet langer in zorg zijn of niet meer regelmatig worden gecontroleerd, namelijk patiënten die als 'lost to follow-up' kunnen worden beschouwd.

> *"Bij ons was dat vooral dat ge toch verschiet van 'tiens, zo weinig buikomtrekken gemeten'. Of dat je eigenlijk denkt van bij elke diabetespatiënt zullen we wel een jaarlijkse algemene bloedname doen met inderdaad lipidenprofiel, nierfunctie. Maar dat dat in de praktijk toch niet 100% is, maar bijvoorbeeld 90%. Dat je denkt van: tiens, waar is die 10%, wie zijn dat?" (Huisarts 7)*

Daarnaast werd de barometer gezien als instrument voor PHM. Aan de hand van geautomatiseerde A&F kan men concrete doelstellingen voor kwaliteitsverbetering formuleren en op basis hiervan verbeteracties implementeren. Door de herhaalde metingen kan men de impact van deze acties evalueren. Wanneer deze verbeteracties leidden tot meetbare voortgang, werd dit als motiverend ervaren. Enkele huisartsen gaven aan dat de diabetesbarometer zou kunnen leiden tot een mentaliteitswijziging, waarbij de zorg verschuift van een reactieve naar een meer proactieve aanpak.

Verder werd de barometer beschouwd als een hulpmiddel om te komen tot standaardisatie en harmonisering van zorg, zowel binnen de eigen praktijk als over huisartsenpraktijken heen. Tot slot zagen enkele huisartsen de barometer als een potentieel hulpmiddel om multidisciplinaire samenwerking te versterken, door te fungeren als gezamenlijk vertrekpunt voor overleg en kwaliteitsprojecten. Enerzijds binnen een praktijk voor de implementatie en opvolging van projecten, anderzijds transmuraal als basis voor de organisatie van een MFO.

Drempels bij gebruik barometer

Huisartsen rapporteerden verschillende drempels bij het gebruik van de diabetesbarometer. Een vaak genoemde praktische drempel betrof het registratie- en aanmeldproces, dat als complex en weinig gebruiksvriendelijk werd ervaren. Men gaf aan dat het moeilijk te vinden is waar men zich moet registreren, ook werd er niet altijd een duidelijke handleiding gevonden. Het terugvinden van het feedbackrapport bleek niet altijd evident, onder meer doordat dit zich op een aparte website bevindt.

Daarnaast bestond er onzekerheid over de betrouwbaarheid en volledigheid van de cijfers, bijvoorbeeld wanneer zorg of vaccinaties buiten de huisartsenpraktijk plaatsvinden of door onduidelijkheden van hoe bepaalde indicatoren juist te coderen zijn.

> *"Bij de griepvaccinatie doen we sowieso jaarlijks onze actie al voor. Dat zijn de cijfers die waarschijnlijk uit het medisch programma komen van het percentage van mensen die gevaccineerd is? Maar wij kunnen niet zien als huisartsen, hoeveel mensen dat er op een andere plaats zijn gevaccineerd." (Huisarts 3)*

Tijd en werkdruk vormden eveneens belangrijke belemmeringen. Het bekijken en interpreteren van het rapport evenals het uitdenken en uitvoeren van verbeteracties werden ervaren als bijkomende taken bovenop de dagelijkse klinische werkzaamheden.

Tot slot uitten sommige huisartsen de bezorgdheid dat de barometer mogelijk zou worden gebruikt als controlemiddel, met eventuele gevolgen zoals financiële bestraffing bij lage scores.

Aanpassingen aan de barometer

De huisartsen formuleerden meerdere suggesties om de diabetesbarometer te optimaliseren. Op vlak van toegankelijkheid werd herhaaldelijk het belang van integratie in het EMD benadrukt, zodat het feedbackrapport laagdrempeliger beschikbaar is. Ook werd gevraagd naar de mogelijkheid om de resultaten te delen of te exporteren, bijvoorbeeld in pdf-formaat.

> *"Je kan het niet afdrukken, je kan geen pdf genereren. Of ik heb het toch niet gevonden. Dat is wel handiger op bijvoorbeeld een overlegmoment met het team. Zodat je niet heel de tijd aan het klikken bent. Op papier is het goed voor iedereen zichtbaar. Het is ook heel individueel. We kunnen het bijvoorbeeld niet doorgeven aan onze praktijkverpleegkundige. Het is inloggen met Itsme. Zij kan er dus niet aan. Want zij is degene die er mee aan de slag zou gaan. Zij staat in voor het populatiemanagement." (Huisarts 11)*

Wat betreft de inhoud gaven huisartsen aan dat zij naast registratie ook informatie wensten over de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarnaast werd gevraagd naar meer inzicht in deelpopulaties, zodat gerichte acties mogelijk worden.

> *"Misschien als we op één of andere manier ook zicht kunnen krijgen op welke deelpopulaties het misschien… Allee maar dat is misschien ook wat moeilijk om daar onderscheid in te maken. Maar zijn het onze oudere patiënten? Zijn meer mannen, meer vrouwen? Zijn het degene met een verhoogde tegemoetkoming die slechter scoren? Zodat we zo een beetje kunnen differentiëren waar dat we moeten op inzetten of wie dat we moeten targetten ofzo." (Huisarts 6)*

Verschillende artsen stelden een feedbacksysteem naar de patiënt voor, via hetwelke patiënten automatisch zouden kunnen worden herinnerd wanneer opvolging nodig is.

> *"Misschien zou het ook wel leuk zijn om een feedbacksysteem naar de patiënt toe te hebben. Het moet niet zo letterlijk zijn, maar gewoon algemeen: het is nog eens tijd om langs te komen bij je huisarts voor de bespreking van je zorg. Hoe technischer het wordt, het minder kans op slagen, vermoed ik. Net zoals het lampje van je auto dat brandt dat je olie moet bijgevuld worden. Je krijgt een alarmpje 'je diabetes zou moeten nagekeken worden." (Huisarts 1)*

4.4 Kwaliteit verbeterende projecten

Geïdentificeerde verbeterpunten

Op basis van het feedbackrapport identificeerden huisartsen verschillende verbeterpunten in de diabeteszorg. Indicatoren die vaak onvoldoende gemeten of geregistreerd werden, waren onder andere buikomtrek, BMI, rookstatus en microalbuminuriebepaling. Men gaf aan dat zij vooral wilden inzetten op de indicatoren met de laagste scores, eerder dan op parameters die reeds grotendeels correct opgevolgd werden.

> *"Bij rookstatus hebben we ook heel weinig geregistreerd. We weten het wel van de meeste patiënten, maar het wordt niet gestructureerd geregistreerd in het EMD. Ik weet niet goed waar het geregistreerd moet worden." (Huisarts 11)*

Het feedbackrapport werd daarbij ervaren als een hulpmiddel dat concrete actiepunten aanreikte voor het opzetten van kwaliteit verbeterende projecten.

Kwaliteit verbeterende projecten

Bij de aanpak van kwaliteit verbeterende projecten werden twee hoofdstrategieën onderscheiden. Enerzijds richtten huisartsen zich op patiënten die lost to follow-up waren, door deze via zoekopdrachten in het EMD te identificeren en opnieuw uit te nodigen voor consultatie. Anderzijds werden verbeteracties geïntegreerd in de reeds bestaande opvolging van patiënten, bijvoorbeeld door het opstellen of aanpassen van een praktijkprotocol waarin de indicatoren systematisch aan bod komen tijdens de reeds bestaande consultaties.

Enkele huisartsen benadrukten het belang van een gefaseerde aanpak, waarbij telkens één of twee indicatoren centraal staan en de effecten na een bepaalde periode geëvalueerd worden.

> *"Ik denk dat ge een haalbaar doel moet stellen. Dat dat het eerste is, dat ge inderdaad met iets klein moet beginnen, en ja als ge op alle parameters die, of alle indicatoren dat in de barometer naar voor komen en waar dat feedback over gegeven wordt, als ge die allemaal tegelijk zou aanpakken, dat zou wat moeilijk zijn. Ook hier denk ik dus dat het belangrijk is in de praktijk om de focus op één indicator te leggen en gaan evalueren na zoveel tijd. En dan een andere te nemen en daarop te gaan werken." (Huisarts 5)*

Randvoorwaarden voor het ondernemen van kwaliteit verbeterende projecten

Een belangrijke randvoorwaarde voor het initiëren van een kwaliteit verbeterend project is de beschikbaarheid van ondersteunend personeel, met name een praktijkverpleegkundige. Deze kan een essentiële rol vervullen in de organisatie, uitvoering en opvolging van dergelijke projecten. Daarnaast is taakdelegatie van groot belang: de arts draagt hierbij bepaalde taken over aan de verpleegkundige, zoals het gedeeltelijk uitvoeren van diabetesconsultaties. Een dergelijke delegering veronderstelt een voldoende mate van vertrouwen in de competenties en autonomie van de verpleegkundige. Naast de verpleegkundige werd een goed werkend secretariaat ook aangegeven als belangrijk voor het inplannen van de afspraken en de communicatie naar patiënten.

> *"Voor mij is een randvoorwaarde daarin wel zeker dat je als arts dat niet alleen kunt doen. Dan ben ik blij dat we een verpleegkundige hebben. Waarbij ik dan als kritische noot misschien wel wil zeggen dat een verpleegkundige in een huisartsenpraktijk niet zo'n evidentie is als je in een prestatiegerichte praktijk zit." (Huisarts 8)*

Ook eensgezindheid binnen de praktijk en een goede registratie en codering in het EMD door alle artsen werden als essentieel beschouwd. Daarnaast gaf een huisarts aan dat de kosten-batenverhouding voor de patiënt een belangrijke rol speelt bij de beslissing om een project op te starten.

"Het allerbelangrijkste is dat het de patiënt moet vooruithelpen. Als bijvoorbeeld iets heel veel tijd kost, maar ik weet zeker dat mijn patiënt dan nooit kanker zou krijgen, dan ga ik mijn tijd daar zeker insteken om die te contacteren." (Huisarts 2)

Drempels bij het opzetten verbeterprojecten

Huisartsen ondervonden diverse drempels bij het opzetten en uitvoeren van kwaliteit verbeterende projecten. Conceptuele drempels betroffen onder andere het concretiseren van PHM in de dagelijkse praktijk. Daarnaast vormden tijdsgebrek en hoge cognitieve belasting belangrijke belemmeringen.

"Tijd blijft een ding he. Het is allemaal super interessant en super zinvol en ik geloof ook echt wel dat onze kwaliteit van zorg wel kan verbeteren. Maar het is heel moeilijk om er de tijd voor te vinden en om er echt goed mee bezig te zijn hè. Dus daarmee alles wat kan maken dat het makkelijker en efficiënter en vlotter loopt, dat verlaagt de drempel." (Huisarts 6)

Ook organisatorische factoren, zoals het ontbreken van ondersteunend personeel en beperkingen van het EMD, bemoeilijkten de implementatie. In prestatiegerichte praktijken werd het gebrek aan structurele financiering voor preventieve en kwaliteit verbeterende activiteiten als een belangrijk obstakel ervaren.

4.5 Ondersteuning en opleiding

Ondersteuning

De ervaren ondersteuning bij het gebruik van de diabetesbarometer verschilde sterk tussen huisartsen. Sommige deelnemers gaven aan voldoende houvast te hebben aan bestaande webinars en handleidingen, terwijl anderen weinig ondersteuning hadden ervaren en zelf actief op zoek moesten gaan naar informatie, over onder meer registratie, activatie en het terugvinden van het feedbackrapport. Daarnaast bleek vaak onduidelijk wie gecontacteerd kon worden bij technische of inhoudelijke vragen, wat de drempel tot gebruik verhoogde.

"Voldoende, zeker goed. Op zich wel ja. De collega's hadden ook de webinar daar over gevolgd. Ik denk van die van diabetes ook, dat was voor hun voldoende duidelijk om daarmee aan de slag te kunnen gaan." (Huisarts 5)

"Ik heb Daktari gecontacteerd, maar zij zeiden HealthStat te contacteren. Ik heb gezocht op Domus Medica of er daar info te vinden was over het gebruik van de barometer, maar ook daar geen bruikbare informatie. Ik heb gezocht op de website van Sciensano voor info over de inlogprocedure. Ik heb het dan toevallig gevonden door te blijven zoeken op google met andere termen, dan toch iets tegengekomen hoe ik kon inloggen. Ik moest veel moeite doen om aan de data te geraken". (Huisarts 11)

Er werd een duidelijke nood aangegeven aan praktische en inhoudelijke ondersteuning. Huisartsen misten begeleiding bij de interpretatie van het feedbackrapport, evenals bij de vertaling van de cijfers naar concrete kwaliteit verbeterende acties in de praktijk. Verschillenden gaven aan veel

ondersteuning te ervaren van de praktijkverpleegkundige, zij bleken vaak beter vertrouwd met de barometer, hadden meer tijd om zich in de tool te verdiepen en konden huisartsen ondersteunen bij zowel de interpretatie van de resultaten als de praktische uitwerking van verbeterprojecten.

Daarnaast werd ook het idee geopperd naar externe, praktijkgerichte ondersteuning. Deelnemers uitten de wens naar begeleiding door een deskundige die naar de praktijk komt om samen het feedbackrapport te analyseren, zoekopdrachten in het EMD uit te voeren en een haalbaar kwaliteit verbeterend project op maat van de praktijk uit te werken.

Ten slotte werd er een behoefte geuit aan zeer concrete ondersteuning in de vorm van voorbeelden van mogelijke kwaliteit verbeterende projecten. Daarnaast werd ook het aanbieden van praktisch ondersteunend materiaal, zoals eenvoudig aanpasbare uitnodigingsbrieven of informatieve filmpjes voor in de wachtzaal, als waardevol ervaren om de implementatie in de praktijk te vergemakkelijken.

Opleiding

Wat betreft opleidingsnoden was er een duidelijke vraag naar korte, concrete en praktijkgerichte opleidingen. Men gaf aan weinig behoefte te hebben aan uitgebreide theoretische sessies, maar des te meer aan hands-on begeleiding. Belangrijke inhoudelijke thema's hierbij waren correcte registratie en codering in het EMD, interpretatie van het feedbackrapport en het implementeren en opvolgen van kwaliteit verbeterende projecten aan de hand van concrete praktijkvoorbeelden. Ook het delen van ervaringen via casussen werd als meerwaarde gezien.

Wat de vorm van opleiding betreft, werden laagdrempelige en flexibele leervormen verkozen. Webinars werden genoemd als een toegankelijke optie. Daarnaast was er ook de vraag naar een voorbereid Lokale Kwaliteitsgroep(LOK)-pakket, die de uitwisseling en dialoog met collega's mogelijk maakt.

> *"Een kort opleidingsmoment, een bijscholing van 2-3 uur ofzo? Waarin dat dan vooral wordt, ik denk net weer die praktische tools ook weer hè. Hoe kunnen we hier nu met de cijfers dat je hebt, hoe kunnen we daar nu concreet mee aan de slag gaan om de zorg voor uw patiënten te verbeteren." (Huisarts 6)*

5. Discussie

Samenvatting

Deze studie had als doel de ervaringen van huisartsen met de diabetesbarometer als A&F-tool in kaart te brengen, evenals de drempels en randvoorwaarden bij het opzetten van kwaliteit verbeterende projecten in de huisartsenpraktijk. Daarnaast werden ook de ervaren ondersteuning en opleidingsnoden bevraagd.

Uit de semigestructureerde interviews blijkt dat huisartsen de diabetesbarometer over het algemeen als een nuttig en waardevol instrument beschouwen om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de geleverde diabeteszorg en om meer populatiegericht te werken. De barometer wordt gezien als een hulpmiddel dat helpt om van een eerder reactieve naar een meer proactieve zorgbenadering te evolueren, doordat het hiaten in registratie en opvolging zichtbaar maakt.

Tegelijkertijd toont deze studie aan dat het louter beschikbaar stellen van een A&F-tool onvoldoende is om kwaliteit verbeterende projecten effectief te initiëren. Hoewel de barometer bewustwording creëert, blijkt de stap van inzicht naar actie voor veel huisartsen moeilijk te zetten. Huisartsen ervaren belangrijke drempels bij zowel het gebruik van de barometer als bij het opzetten van projecten.

Ervaren drempels bij het gebruik van de barometer zijn onder meer het omslachtig registratieproces, moeilijke toegankelijkheid tot het feedbackrapport en onzekerheid over de betrouwbaarheid van de data. Aanvullend worden een hoge cognitieve belasting en het ontbreken van een structurele financiering aangegeven als drempels voor het omzetten van de feedback naar concrete acties. Verder blijkt tijdsgebrek een terugkerend en belangrijk obstakel. Huisartsen geven aan dat de hoge werkdruk en de veelheid aan klinische en administratieve taken weinig ruimte laten om de feedback grondig te analyseren of om verbeteracties te plannen en uit te voeren.

Op het niveau van praktijkorganisatie wordt ondersteunend personeel, met een praktijkverpleegkundige, als een belangrijke randvoorwaarde aangegeven om een kwaliteit verbeterend project te implementeren in de praktijk. Deze kan een essentiële rol vervullen in de organisatie, uitvoering en opvolging van dergelijke projecten.

De ervaren ondersteuning bij het gebruik van de diabetesbarometer varieert sterk tussen huisartsen. Sommigen vinden voldoende houvast in bestaande webinars en handleidingen, terwijl anderen aangeven weinig ondersteuning te hebben ervaren en zelf actief op zoek te moeten gaan naar informatie over registratie, activatie en het terugvinden van het feedbackrapport.

Wat opleiding betreft geven huisartsen de voorkeur aan korte, concrete en praktijkgerichte sessies. De grootste noden liggen bij correcte registratie en codering in het EMD, interpretatie van het feedbackrapport en het implementeren van kwaliteit verbeterende projecten, geïllustreerd met casussen of praktijkvoorbeelden. Webinars en een voorbereid LOK-pakket worden gezien als laagdrempelige en bruikbare leervormen.

De resultaten van dit onderzoek zouden aanleiding kunnen geven tot verdere optimalisatie van de diabetesbarometer, bijvoorbeeld door het ontwikkelen en bijleveren van suggesties en mogelijkheden om tot kwaliteit verbeterende interventies te komen. Het zou ook kunnen leiden tot

het ontwikkelen van opleidingen voor huisartsen over het gebruik en implementatie hiervan. Daarnaast kan dit een eerste stap zijn richting multidisciplinaire samenwerkingsmodellen of hieruit eerste ideeën komen voor uitwerking van praktijkondersteuning.

Vergelijking met de literatuur

De bevindingen van deze studie sluiten nauw aan bij de bestaande literatuur over het gebruik van A&F in de eerstelijnszorg. Een belangrijke overeenkomst betreft de ervaren drempels om de stap te zetten van feedback naar concrete actie. In meerdere studies wordt tijdsgebrek herhaaldelijk geïdentificeerd als een cruciale barrière, zowel voor het analyseren van de beschikbare data als voor het implementeren van kwaliteit verbeterende initiatieven (17-20). Deze bevinding wordt in de huidige studie bevestigd, waarbij huisartsen aangeven dat de hoge werkdruk en cognitieve belasting het moeilijk maken om kwaliteitsverbetering voldoende prioriteit te geven. Daarnaast ervaren zij, net zoals beschreven in eerdere studies, moeilijkheden bij het vertalen van abstracte feedbackrapporten naar concrete en haalbare interventies(19,20).

Verder werd, in overeenstemming met de studie van Ivers et al.(17), ook in deze studie twijfel geuit over de correctheid en interpretatie van de data. Daarnaast werd het ontbreken van structurele financiering voor PMH binnen een overwegend prestatiegericht betalingssysteem als een belangrijke belemmering aangehaald. Het huidige financieringsmodel, waarin de meeste huisartsen in België werken, is voornamelijk gericht op acute zorg en biedt weinig ruimte voor proactieve, populatiegerichte initiatieven. Deze vaststelling sluit aan bij de bevindingen van Steenkamer et al(7).

Net zoals beschreven door Glenngård et al(21) bevestigt deze studie dat een goed georganiseerde praktijk en de aanwezigheid van ondersteunend personeel, zoals een praktijkverpleegkundige, essentiële randvoorwaarden zijn voor het opzetten van kwaliteit verbeterende projecten. Daarnaast onderstrepen de resultaten, in lijn met de bevindingen van Ivers et al(17), de nood aan bijkomende technische en administratieve ondersteuning om huisartsen te ondersteunen bij de implementatie van dergelijke projecten.

Ten slotte tonen de resultaten van deze studie een positievere algemene houding ten aanzien van A&F dan in een deel van de bestaande literatuur. Huisartsen erkenden duidelijk de meerwaarde van de diabetesbarometer als inzicht gevend instrument binnen de diabeteszorg, zelfs wanneer zij deze niet actief gebruikten als basis voor kwaliteit verbeterende projecten(18).

Sterktes en limitaties

Een belangrijke sterkte van deze studie is het kwalitatieve onderzoeksdesign, dat toelaat diepgaand inzicht te krijgen in de ervaringen en percepties van huisartsen. Door het gebruik van semigestructureerde interviews en onafhankelijke analyse door twee onderzoekers werd getracht de betrouwbaarheid en diepgang van de resultaten te verhogen.

Tegelijkertijd kent deze studie enkele beperkingen. De studie werd uitgevoerd binnen een beperkte geografische context, wat de generaliseerbaarheid van de resultaten kan beperken. Daarnaast waren de deelnemers voornamelijk werkzaam in multidisciplinaire groepspraktijken met ondersteunend personeel, wat de generaliseerbaarheid naar ervaringen van huisartsen werkzaam in een solo- of monodisciplinaire praktijken kan beperken. Ten slotte is er mogelijk sprake van selectie-bias, aangezien enkel huisartsen die de diabetesbarometer reeds hadden geactiveerd en geraadpleegd,

werden geïncludeerd. Hierdoor werden de ervaringen van niet-gebruikers, wat mogelijks een belangrijke groep is die andere drempels ervaart, niet meegenomen.

Ondanks deze beperkingen biedt deze studie waardevolle inzichten in hoe de diabetesbarometer momenteel wordt gebruikt en welke voorwaarden nodig zijn om het instrument verder te optimaliseren. De bevindingen suggereren dat de barometer potentieel heeft om kwaliteitsverbetering en populatiemanagement te ondersteunen, maar dat verdere vereenvoudiging, betere integratie in het EMD en structurele ondersteuning noodzakelijk zijn om dit potentieel volledig te benutten.

Toekomstig onderzoek

Deze studie biedt een eerste inzicht in hoe huisartsen de diabetesbarometer ervaren en welke voorwaarden nodig zijn om het instrument effectief te gebruiken in de huisartsenpraktijk. Tegelijkertijd tonen de bevindingen aan dat verdere verdieping en verbreding van het onderzoek wenselijk is. Toekomstig onderzoek kan zich in de eerste plaats richten op de effectiviteit van concrete verbeteracties die op basis van de barometer worden opgezet. Het zou waardevol zijn om na te gaan in welke mate dergelijke interventies leiden tot betere klinische uitkomsten, verbeterde opvolging of een hogere kwaliteit van zorg op populatieniveau(5). Longitudinale studies kunnen hierbij helpen om de impact van de barometer op langere termijn te evalueren.

Daarnaast is er nood aan onderzoek naar ondersteuningsmodellen die huisartsen kunnen helpen om A&F te vertalen naar haalbare praktijk verbeterende projecten. Denk hierbij aan praktijk coaching, regionale ondersteuningsteams of geïntegreerde opleidingen rond EMD-zoekopdrachten en kwaliteitsverbetering. Het is relevant om te onderzoeken welke vormen van ondersteuning het meest effectief zijn en hoe deze duurzaam kunnen worden ingebed in de eerste lijn.

Verder kan toekomstig onderzoek zich richten op de rol van praktijkverpleegkundigen binnen PHM. De resultaten van deze studie suggereren dat hun betrokkenheid een belangrijke facilitator is voor kwaliteitsverbetering. Het zou waardevol zijn om te onderzoeken hoe hun takenpakket optimaal kan worden afgestemd op PHM en welke randvoorwaarden nodig zijn om hun rol verder te versterken.

Ten slotte is het zinvol om ook de ervaringen van niet-gebruikers van de diabetesbarometer te exploreren. Hun perspectief kan bijkomende inzichten bieden in drempels die momenteel onder de radar blijven, zoals technologische barrières, gebrek aan motivatie of structurele beperkingen binnen bepaalde praktijktypes. Door zowel gebruikers als niet-gebruikers te betrekken, kan een vollediger beeld worden gevormd van de noden en verwachtingen binnen de eerste lijn.

6. Conclusie

Deze studie onderzocht de ervaringen van huisartsen met de diabetesbarometer als A&F-tool en de drempels en randvoorwaarden voor het opzetten van kwaliteit verbeterende projecten in de huisartsenpraktijk. Huisartsen beschouwen de diabetesbarometer over het algemeen als een waardevol en inzicht gevend instrument om populatiegericht en proactief te werken binnen de diabeteszorg.

Tegelijkertijd blijkt dat de implementatie ervan in de dagelijkse praktijk nog moeizaam loopt. Huisartsen ervaren belangrijke drempels, waaronder tijdsgebrek, hoge werkdruk, beperkte ondersteuning en het ontbreken van structurele financiering binnen een prestatiegericht zorgsysteem. Daarnaast zijn een goede registratie in het EMD en ondersteunend personeel cruciale randvoorwaarden om kwaliteit verbeterende initiatieven haalbaar te maken.

Samenvattend heeft de diabetesbarometer het potentieel om PHM in de eerste lijn te ondersteunen, maar is aanvullende organisatorische, technische en beleidsmatige ondersteuning noodzakelijk om dit potentieel volledig te benutten.

7. Referenties

1. Missie en visie Diabetes Liga [Internet]. diabetes liga; 2024 [Geraadpleegd op 17 februari 2026]. Beschikbaar via https://www.diabetes.be/nl/overdiabetesliga/missie-en-visie

2. Intego epi-tool [Internet]. Intego; s.d. [Geraadpleegd op 17 februari 2026]. Beschikbaar via https://www.intego.be/epitool/tool

3. Magliano DJ, Boyko EJ; IDF Diabetes Atlas 10th edition scientific committee. IDF DIABETES ATLAS [Internet]. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021. PMID: 35914061.

4. Diabetes Mellitus Type 2 [Internet]. Domus medica; okt 2025. [Geraadpleegd op 17 februari 2026]. Beschikbaar via https://www.domusmedica.be/richtlijnen/diabetes-mellitus-type-2

5. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health Aff (Millwood). 2008 May;27(3):759–69.

6. VIDEO - De toekomst van de huisartsenbarometers: what's in it for me? [Internet]. corilus.be; 17 mei 2023 [Geraadpleegd op 11 juni 2024]. Beschikbaar via https://blog.corilus.be/gp/de-toekomst-van-de-huisartsenbarometers-whats-in-it-for-me-webinar

7. Steenkamer B, Vaes B, Rietzschel E, Crombez J, De Geest S, Demeure F, et al. Population health management in Belgium: a call-to-action and case study. BMC Health Serv Res. 2023 Dec 1;23(1).

8. Struijs JN, Drewes HW, Heijink R, Baan CA. How to evaluate population management? Transforming the Care Continuum Alliance population health guide toward a broadly applicable analytical framework. Health Policy. 2015 Apr 1;119(4):522–9.

9. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. JAMA. 2022 Feb 8;327(6):521–2.

10. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to Quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med. 2014;12(6):573–6.

11. Luijks H. Multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk [Internet]. Huisarts en wetenschap ; 1 sept 2016 [Geraadpleegd op 17 februari 2026]. Beschikbaar via: https://www.henw.org/artikelen/multimorbiditeit-de-huisartsenpraktijk

12. Diabetes barometer [Internet]. Intego; s.d. [Geraadpleegd op 27 jan 2026]. Beschikbaar via https://www.intego.be/barometers/diabetes-barometer

13. Van den Bulck SA, Vankrunkelsven P, Goderis G, Broekx L, Dreesen K, Ruijten L, et al. Development of quality indicators for type 2 diabetes, extractable from the electronic health record of the general physician. A rand-modified Delphi method. Prim Care Diabetes. 2020 Feb;14(1):75-84.

14. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jun 13;2012(6):CD000259.

15. Diabetesbarometer [Internet]. Domus Medica; 19 okt 2023 [Geraadpleegd op 17 februari 2026]. Beschikbaar via https://www.domusmedica.be/expertisedomein/ict/diabetesbarometer

16. Beersen N, Kallewaard M, Van Croonenberg JJ, van Everdingen JJE, van Barneveld TA. Handleiding indicatorontwikkeling. 2007. [Geraadpleegd op 11 juni 2024]

17. Ivers N, Barnsley J, Upshur R, Tu K, Shah B, Grimshaw J, Zwarenstein M. "My approach to this job is...one person at a time": Perceived discordance between population-level quality targets and patient-centred care. Can Fam Physician. 2014 Mar;60(3):258-66. 17. Desveaux L, Ivers NM, Devotta K, Ramji N, Weyman K, Kiran T. Unpacking the intention to action gap: a qualitative study understanding how physicians engage with audit and feedback. Implement Sci. 2021 Dec 1;16(1).

18. Desveaux L, Ivers NM, Devotta K, Ramji N, Weyman K, Kiran T. Unpacking the intention to action gap: a qualitative study understanding how physicians engage with audit and feedback. Implement Sci. 2021 Dec 1;16(1).

19. Quigley M, Zoungas S, Zimbudzi E, Wischer N, Andrikopoulos S, Green SE. Making the most of audit and feedback to improve diabetes care: a qualitative study of the perspectives of Australian Diabetes Centres. BMC Health Serv Res. 2022 Feb 24;22(1):255.

20. Arvidsson E, Dahlin S, Anell A. Conditions and barriers for quality improvement work: a qualitative study of how professionals and health centre managers experience audit and feedback practices in Swedish primary care. BMC Fam Pract. 2021 Jun 14;22(1):113.

21. Glenngård AH, Anell A. The impact of audit and feedback to support change behaviour in healthcare organisations - a cross-sectional qualitative study of primary care centre managers. BMC Health Serv Res. 2021 Jul 6;21(1):663.

22. New Deal: Een nieuw model voor de financiering en ondersteuning van uw huisartsenpraktijk [Internet]. RIZIV; s.d. [Geraadpleegd op 17 februari 2026]. Beschikbaar via https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/new-deal-een-nieuw-model-voor-de-financiering-en-ondersteuning-van-uw-huisartsenpraktijk

23. Kallio H, Pietilä AM, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. J Adv Nurs. 2016 Dec;72(12):2954-2965.

24. Wie zijn we? [Internet]. Zorgzaam Leuven; s.d. [Geraadpleegd op 27 jan 2026]. Beschikbaar via https://www.zorgzaamleuven.be/

25. Welkom op de website van hét Medisch-Farmaceutisch Overleg! [Internet]. Medisch farmaceutisch overleg; s.d. [Geraadpleegd op 27 jan 2026]. Beschikbaar via https://www.medischfarmaceutischoverleg.be/

26. Intego [Internet]. Intego; s.d. [Geraadpleegd op 27 jan 2026]. Beschikbaar via https://www.intego.be/

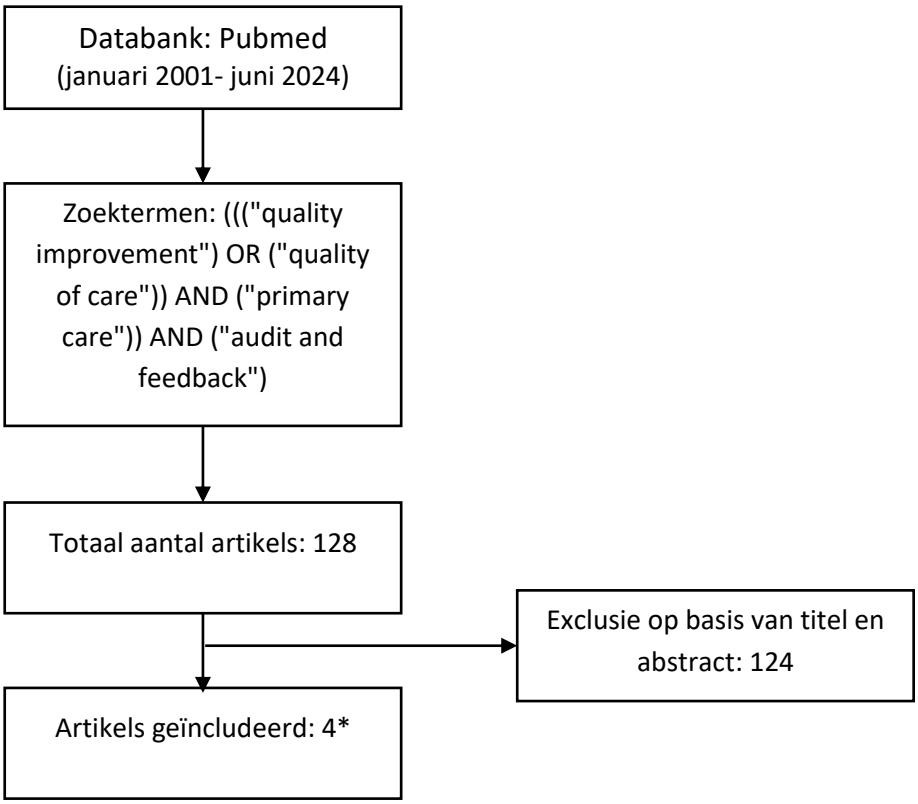
27. Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012 Mar;49(3):360–71.

28. NVivo. Lumivero; 2025.

8. Bijlages

Bijlage 1: Zoekstrategie

Zoekopdracht 1



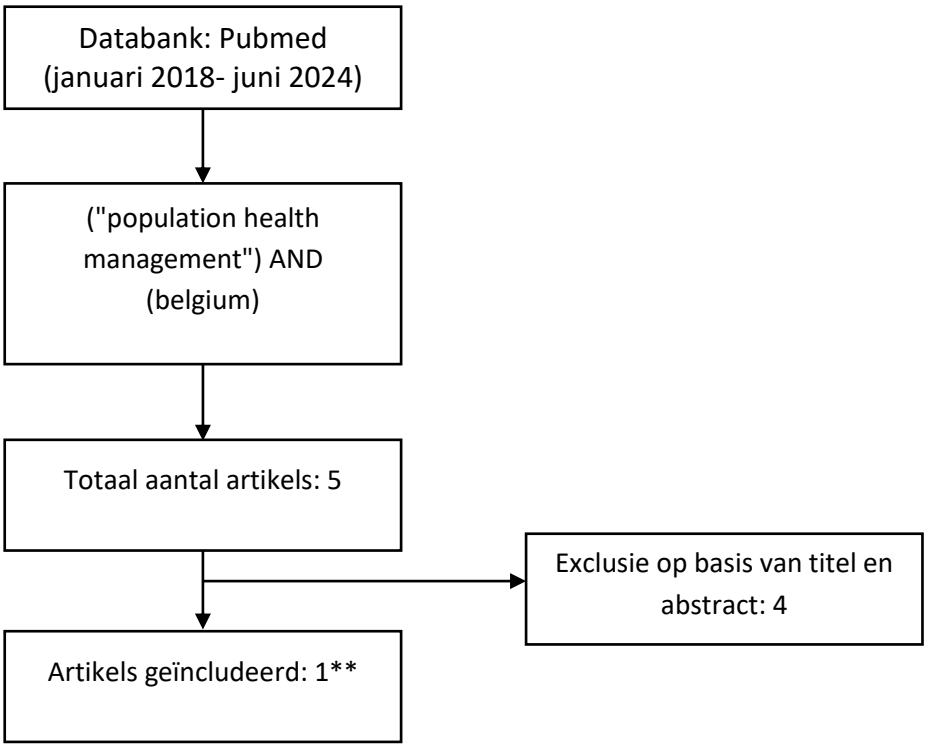
* Ivers N, Barnsley J, Upshur R, Tu K, Shah B, Grimshaw J, Zwarenstein M. "My approach to this job is...one person at a time": Perceived discordance between population-level quality targets and patient-centred care. Can Fam Physician. 2014 Mar;60(3):258-66. 17.

Arvidsson E, Dahlin S, Anell A. Conditions and barriers for quality improvement work: a qualitative study of how professionals and health centre managers experience audit and feedback practices in Swedish primary care. BMC Fam Pract. 2021 Jun 14;22(1):113.

Glenngård AH, Anell A. The impact of audit and feedback to support change behaviour in healthcare organisations - a cross-sectional qualitative study of primary care centre managers. BMC Health Serv Res. 2021 Jul 6;21(1):663.

Desveaux L, Ivers NM, Devotta K, Ramji N, Weyman K, Kiran T. Unpacking the intention to action gap: a qualitative study understanding how physicians engage with audit and feedback. Implement Sci. 2021 Dec 1;16(1). Desveaux L, Ivers NM, Devotta K, Ramji N, Weyman K, Kiran T. Unpacking the intention to action gap: a qualitative study understanding how physicians engage with audit and feedback. Implement Sci. 2021 Dec 1;16(1).

Zoekopdracht 2



** Steenkamer B, Vaes B, Rietzschel E, Crombez J, De Geest S, Demeure F, et al. Population health management in Belgium: a call-to-action and case study. BMC Health Serv Res. 2023 Dec 1;23(1).

Relevante artikels geïncludeerd via snowballing:

Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jun 13;2012(6):CD000259.

Quigley M, Zoungas S, Zimbudzi E, Wischer N, Andrikopoulos S, Green SE. Making the most of audit and feedback to improve diabetes care: a qualitative study of the perspectives of Australian Diabetes Centres. BMC Health Serv Res. 2022 Feb 24;22(1):255.

Bijlage 2: Leidraad interview

1. Hoe tevreden bent u over de barometer? Kan u dit verder verduidelijken?
2. Wat is, volgens u, het doel van de diabetesbarometer?
3. Hoe zou een barometertool U nog beter kunnen helpen bij het verbeteren van de diabeteszorg?
4. Welke obstakels hebt U ervaren bij het gebruik van de huidige barometertool, die U in de toekomst graag zou veranderen? Aanpassingen die de tool nog effectiever zouden maken?
5. Heeft het gebruik van de huidige barometertool geleid tot meetbare verbeteringen in de kwaliteit van diabeteszorg in uw praktijk? Zo ja, kunt U voorbeelden delen?
6. Welke acties zou U willen doen/graag opzetten met behulp van de barometertool? Welke drempels ervaart u om deze acties te ondernemen?
7. Hoe ziet U de toekomstige ontwikkeling en integratie van de barometertool in uw praktijk voor het leveren van diabeteszorg?
8. Welke drempels/obstakels ervaart u om een kwaliteit verbeterend project te implementeren in uw praktijk? Micro-, meso- en macroniveau?
9. Welke randvoorwaarden zijn voor u essentieel om een kwaliteit verbeterend project te kunnen implementeren in uw praktijk, gebaseerd op de feedback van de diabetesbarometer?
10. Welke factoren zouden voor u de drempel kunnen verlagen om aan de slag te gaan met de feedback van de barometertool? Micro-, meso- en macroniveau?
11. Heeft u nood aan ondersteuning bij de verdere stappen na het ontvangen van het feedbackrapport, bijvoorbeeld bij het uitnodigingsproces? Zo ja, hoe zou deze ondersteuning er volgens u moeten uitzien?
12. Hoe tevreden bent u over de ondersteuning bij het gebruik van de barometer?
13. Zou u bereid zijn een opleiding te volgen over interpretatie van het feedbackrapport en de mogelijke volgende stappen? Zo ja, hoe zou deze opleiding er volgens u moeten uitzien?
14. Hoe belangrijk acht U multidisciplinaire samenwerking voor het verbeteren van de diabeteszorg?
15. Op welke manieren zou het gebruik van de barometertool de samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverleners kunnen verbeteren?
16. Kunt U voorbeelden geven van hoe de samenwerking met andere zorgverleners binnen de diabeteszorg zou kunnen bijdragen aan het verbeteren van de zorg voor patiënten?

17. Welke uitdagingen ervaart U tot nu toe in de samenwerking met andere zorgverleners, zoals apothekers en verpleegkundigen, binnen de diabeteszorg? En hoe denkt U dat deze uitdagingen zouden kunnen worden aangepakt in de toekomst?

Bijlage 3: Informed Consent Form

Exemplaar voor de deelnemer

Titel van de studie: Diabetesbarometer toepassen in de huisartsenpraktijk: prospectieve studie naar verwachtingen, bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: EC Onderzoek UZ/KU Leuven

Onderzoekers:

Smedts Elise, Master in de huisartsgeneeskunde, liesje.smedts@student.kuleuven.be

Marie Van de Putte, Dr. Apotheker, marie.vandeputte@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de drempels en facilitatoren dat huisartsen ervaren om een kwaliteitsverbeterend project te implementeren aan de hand van de resultaten van de diabetesbarometer.

Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie door te nemen, zodat u een weloverwogen beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven, MP032713.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw privacy verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie heeft als doel om bij huisartsen de ervaringen omtrent de diabetesbarometer na te gaan aan de hand van semigestructureerde interviews.

Er werd reeds onderzoek gedaan naar de effectiviteit van audit and feedback tools en naar de technische aspecten, zoals visualisatie en gebruiksvriendelijkheid, van de diabetesbarometer. Het doel van deze studie is het trachten te identificeren van drempels en faciliterende factoren om aan de slag te gaan met het resultaat van de diabetesbarometer. Gezien de diabetesbarometer recent werd uitgerold (2023) en er dus nog maar weinig onderzoek werd verricht hiernaar, zal er gebruik gemaakt worden van semigestructureerde interviews, afgenomen bij huisartsen, om te exploreren naar de ervaringen, en aangrijpingspunten te vinden om de geïdentificeerde drempels te overkomen.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat u werkzaam bent in de regio Zorgzaam Leuven.

Aan deze studie zullen ongeveer 15 personen deelnemen. De studie richt zich op huisartsen werkzaam in Zorgzaam Leuven die de diabetesbarometer hebben geactiveerd en het feedbackrapport hebben bekeken.

De onderzoeker zal u vragen om deel te nemen aan een interview dat peilt naar drempels en faciliterende factoren om kwaliteitsverbeterende projecten te implementeren in de praktijk op basis van het resultaat van de diabetesbarometer. Er zal gevraagd worden of u reeds nadacht over een kwaliteitsverbeterend projecten, u reeds stappen heeft ondernomen, welke zaken u hierbij zouden kunnen ondersteunen, welke factoren het u tegenhouden. Deelname aan het interview zal ongeveer 60 minuten van uw tijd in beslag nemen en het interview zal afgenomen worden ter plaatse bij u in de praktijk of online via Microsoft teams (aan u de keuze). Dit op een moment van uw keuze. Indien het interview ter plaatse doorgaat, worden er tijdens het interview een geluidsopname gemaakt. Indien het interview online via Microsoft Teams doorgaat, wordt er tijdens het interview een beeld- en geluidopname gemaakt. De opnames zullen nadien enkel gebruikt worden voor transcriptie. Na het uitschrijven van de interviews zullen alle opnames vernietigd worden.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan dit onderzoek ter optimalisatie van de diabetesbarometer.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven.

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker (Elise Smedts) via (liesje.smedts@student.kuleuven.be) en de hoofdonderzoeker (Marie van de Putte) via het telefoonnummer +32 (0)486835420 (werkuren) of via e-mail (Marie.vandeputte@kuleuven.be).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

Titel van de studie: Diabetesbarometer toepassen in de huisartsenpraktijk: prospectieve studie naar verwachtingen, bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik ondergetekende Smedts, Elise onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie 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 met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

Titel van de studie: Diabetesbarometer toepassen in de huisartsenpraktijk: prospectieve studie naar verwachtingen, bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de organisatie van de studie

De studie zal bestaan uit semigestructureerde interviews afgenomen bij huisartsen in Zorgzaam Leuven. Voor de start van het eigenlijke semigestructureerde interview zullen er enkele administratieve vragen gesteld worden. Hierin wordt een beeld geschetst van de participant (leeftijd, geslacht…) en het type praktijk waarin hij/zij werkzaam is.

2: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door EC Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. Ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen. De ethische comités zijn niet betrokken bij het opstellen of het uitvoeren van het onderzoek, het comité beoordeelt de studie als onafhankelijke partij.

U dient het positief advies van het Ethisch Comité in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[1].

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren [2].

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Niet gecodeerde data, evenals eventuele audio- en/of videofragmenten, van (niet) afgeronde interviews zullen, zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Bij studies die NIET plaatsvinden in UZ Leuven: Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw onderzoeker op volgend contactadres: liesje.smedts@student.kuleuven.be . Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacy team van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

---

1 Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

2 De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact(at)apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Exemplaar voor de onderzoeker

Titel van de studie: Diabetesbarometer toepassen in de huisartsenpraktijk: prospectieve studie naar verwachtingen, bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: EC Onderzoek UZ/KU Leuven

Onderzoekers:

Smedts Elise, Master in de huisartsgeneeskunde, liesje.smedts@student.kuleuven.be

Marie Van de Putte, Dr. Apotheker, marie.vandeputte@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de drempels en facilitatoren dat huisartsen ervaren om een kwaliteitsverbeterend project te implementeren aan de hand van de resultaten van de diabetesbarometer.

Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie door te nemen, zodat u een weloverwogen beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven, MP032713.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw privacy verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie heeft als doel om bij huisartsen de ervaringen omtrent de diabetesbarometer na te gaan aan de hand van semigestructureerde interviews.

Er werd reeds onderzoek gedaan naar de effectiviteit van audit and feedback tools en naar de technische aspecten, zoals visualisatie en gebruiksvriendelijkheid, van de diabetesbarometer. Het doel van deze studie is het trachten te identificeren van drempels en faciliterende factoren om aan de slag te gaan met het resultaat van de diabetesbarometer. Gezien de diabetesbarometer recent werd uitgerold (2023) en er dus nog maar weinig onderzoek werd verricht hiernaar, zal er gebruik gemaakt worden van semigestructureerde interviews, afgenomen bij huisartsen, om te exploreren naar de ervaringen, en aangrijpingspunten te vinden om de geïdentificeerde drempels te overkomen.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat u werkzaam bent in de regio Zorgzaam Leuven.

Aan deze studie zullen ongeveer 15 personen deelnemen. De studie richt zich op huisartsen werkzaam in Zorgzaam Leuven die de diabetesbarometer hebben geactiveerd en het feedbackrapport hebben bekeken.

De onderzoeker zal u vragen om deel te nemen aan een interview dat peilt naar drempels en faciliterende factoren om kwaliteitsverbeterende projecten te implementeren in de praktijk op basis van het resultaat van de diabetesbarometer. Er zal gevraagd worden of u reeds nadacht over een kwaliteitsverbeterend projecten, u reeds stappen heeft ondernomen, welke zaken u hierbij zouden kunnen ondersteunen, welke factoren het u tegenhouden. Deelname aan het interview zal ongeveer 60 minuten van uw tijd in beslag nemen en het interview zal afgenomen worden ter plaatse bij u in de praktijk of online via Microsoft teams (aan u de keuze). Dit op een moment van uw keuze. Indien het interview ter plaatse doorgaat, worden er tijdens het interview een geluidsopname gemaakt. Indien het interview online via Microsoft Teams doorgaat, wordt er tijdens het interview een beeld- en geluidopname gemaakt. De opnames zullen nadien enkel gebruikt worden voor transcriptie. Na het uitschrijven van de interviews zullen alle opnames vernietigd worden.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan dit onderzoek ter optimalisatie van de diabetesbarometer.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven.

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker (Elise Smedts) via (liesje.smedts@student.kuleuven.be) en de hoofdonderzoeker (Marie van de Putte) via het telefoonnummer +32 (0)486835420 (werkuren) of via e-mail (Marie.vandeputte@kuleuven.be).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

Titel van de studie: Diabetesbarometer toepassen in de huisartsenpraktijk: prospectieve studie naar verwachtingen, bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik ondergetekende Smedts, Elise onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie 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 met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

Titel van de studie: Diabetesbarometer toepassen in de huisartsenpraktijk: prospectieve studie naar verwachtingen, bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de organisatie van de studie

De studie zal bestaan uit semigestructureerde interviews afgenomen bij huisartsen in Zorgzaam Leuven. Voor de start van het eigenlijke semigestructureerde interview zullen er enkele administratieve vragen gesteld worden. Hierin wordt een beeld geschetst van de participant (leeftijd, geslacht…) en het type praktijk waarin hij/zij werkzaam is.

2: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door EC Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. Ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen. De ethische comités zijn niet betrokken bij het opstellen of het uitvoeren van het onderzoek, het comité beoordeelt de studie als onafhankelijke partij.

U dient het positief advies van het Ethisch Comité in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[3].

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren [4].

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Niet gecodeerde data, evenals eventuele audio- en/of videofragmenten, van (niet) afgeronde interviews zullen, zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Bij studies die NIET plaatsvinden in UZ Leuven: Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw onderzoeker op volgend contactadres: liesje.smedts@student.kuleuven.be . Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacy team van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

3 Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

4 De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact(at)apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Bijlage 4: Code voor analyse

Categorie	Code	Definitie
De diabetesbarometer	Tevredenheid	De mate van tevredenheid van de huisarts met betrekking tot de diabetesbarometertool, o.a. inhoud, weergave, gebruiksvriendelijkheid, toegankelijkheid…
	Doel en impact	Het door huisartsen gepercipieerde doel van de diabetesbarometer en de mogelijke impact ervan op de klinische praktijk.
	Drempels bij gebruik barometer	De drempels die huisartsen ervaren bij het gebruik van de diabetesbarometer in de dagelijkse praktijk, inclusief factoren die hen verhinderen om de tool te gebruiken.
	Aanpassingen barometer	Aanpassingen aan de diabetesbarometer die de tool zouden optimaliseren, waardoor deze effectiever en gebruiksvriendelijker zou zijn volgens de huisartsen.
Kwaliteit verbeterende projecten	Geïdentificeerde verbeterpunten	Door huisartsen geïdentificeerde verbeterpunten in de praktijk, gebaseerd op de analyse van het feedbackrapport van de diabetesbarometer.
	Kwaliteit verbeterende projecten	Kwaliteit verbeterende projecten die huisartsen, na interpretatie van het feedbackrapport van de diabetesbarometer, als haalbaar en relevant beschouwen voor implementatie in de praktijk.

	Randvoorwaarden voor het ondernemen van kwaliteit verbeterende projecten	De randvoorwaarden en factoren die huisartsen als essentieel beschouwen voor de implementatie van een kwaliteit verbeterend project in de praktijk, inclusief elementen die de drempel verlagen om een project uit te rollen in de praktijk en de haalbaarheid van het project te ondersteunen.
	Drempels bij het opzetten verbeterprojecten	De door huisartsen ervaren barrières die de opzet en uitvoering van een kwaliteit verbeterend project in de huisartsenpraktijk belemmeren.
Opleiding en ondersteuning	Ondersteuning	De door huisartsen ervaren ondersteuning bij het gebruik van de diabetesbarometer.
	Opleiding	De ideeën van huisartsen over de optimale vorm en inhoud van een opleiding in verband met de diabetesbarometer.

Bijlage 5: Goedkeuring OBC

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP032713
Uw kenmerk: Masterproef studie: Diabetesbarometer toepassen in de huisartsenpraktijk: prospectieve studie naar verwachtingen, bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen **Leuven,** 14-10-2024

GEEN BEZWAAR BRIEF

Geachte Professor Dr. Apr. Marie Van de Putte
Geachte Elise Smedts

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven bevestigt hierbij dat er geen bezwaren zijn tegen het uitvoeren van de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 14-10-2024

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Deze prospectieve studie heeft als doel om bij huisartsen de ervaringen omtrent de diabetesbarometer na te gaan. Aan de hand van semigestructureerde interviews zal er bij huisartsen die de diabetesbarometer geactiveerd hebben en het feedbackrapport bekeken hebben, bekeken worden wat de faciliterende factoren en drempels zijn die huisartsen ervaren om aan de slag te gaan met de resultaten van de barometer. Duidelijk protocol en ICF. 1 opmerking: op de uitnodigingsmail graag nog enkele woorden toevoegen aan de eerste zin: ‘deze studie werd goedgekeurd door EC Onderzoek UZ/KU Leuven’ alsook het MP nummer. Er zijn geen bezwaren.

EC Onderzoek heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. EC wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Deze geen bezwaar brief betreft de indiening van 01-10-2024 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de OnderwijsBegeleidings-Commissie (OBC) die de initiële studie heeft geëvalueerd.

EC bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

EC bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

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

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

EC benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt. EC benadrukt tevens dat de hoofdonderzoeker/promotor verantwoordelijk is voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de van toepassing zijnde wetten en voorschriften, waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische wet betreffende de rechten van patiënten van 22/8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek zal worden uitgevoerd.

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Dit advies van EC houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk.

Bovendien dient u als hoofdonderzoeker erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zaan EC moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP032713
Your reference: Master's thesis study: Diabetesbarometer toepassen in de huisartsenpraktijk: prospectieve studie naar verwachtingen, bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen
Leuven, 14-10-2024

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Professor Dr. Apr. Marie Van de Putte
Dear Elise Smedts

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby confirms that there are no objections to conducting the proposed study, as it was described in the protocol. After a thorough ethical review, the Commission found no concerns regarding the study. The study was approved on 14-10-2024

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Deze prospectieve studie heeft als doel om bij huisartsen de ervaringen omtrent de diabetesbarometer na te gaan. Aan de hand van semigestructureerde interviews zal er bij huisartsen die de diabetesbarometer geactiveerd hebben en het feedbackrapport bekeken hebben, bekeken worden wat de faciliterende factoren en drempels zijn die huisartsen ervaren om aan de slag te gaan met de resultaten van de barometer. Duidelijk protocol en ICF. 1 opmerking: op de uitnodigingsmail graag nog enkele woorden toevoegen aan de eerste zin: ‘deze studie werd goedgekeurd door EC Onderzoek UZ/KU Leuven’ alsook het MP nummer. Er zijn geen bezwaren.

The Committee has no objection to the project provided that the data are handled confidentially and there is compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven reminds the principal investigator/promotor of the study of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This letter of no objection concerns the submission of 01-10-2024v and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file must be submitted.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent version of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Yours sincerely,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

EC Research emphasizes that GCP-training is expected from every principal investigator. EC Research refers also to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical departmental board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

This opinion from EC Research does not imply that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.

Bijlage 6: Goedgekeurd Protocol

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY USING A (SEMI-)STRUCTURED INTERVIEW

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Diabetesbarometer toepassen in de huisartsenpraktijk: prospectieve studie naar verwachtingen, bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen
Version 1: Date submission	Date:1/10/2024
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promotor	**Name: Dr. Apr. Marie Van de Putte**
	Telephone: +32 (0)48 68 35 420
	E-mail: marie.vandeputte@kuleuven.be
Following both questions should be answered:	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES ■ NO □	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. YES ■	
Co-Investigator – Co-Promoter	**Name: Dr. Gijs Van Pottelbergh**
	Telephone: +3216377295
	E-mail: gijs.vanpottelbergh@kuleuven.be
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES ■ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	**Name: Smedts**
	Student number: 0707248
	Telephone: +32479918598
	E-mail: liesje.smedts@student.kuleuven.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Prevalentie en incidentie

Elke 17 minuten krijgt iemand in Vlaanderen de diagnose ‘diabetes’. Naar schatting zijn er 600 000 mensen met diabetes in Vlaanderen. (1) Meer dan 90% van deze patiënten heeft de vorm type 2. Volgens de Intego databank was de prevalentie van niet-insuline-afhankelijke diabetes, in 2023, 6,7% en 0,5% voor insulineafhankelijke diabetes in België.(2) Wereldwijd is de prevalentie van diabetes in de leeftijdscategorie 20-79 jaar 537 miljoen mensen, dit komt overeen met 10,6% van de personen in deze leeftijdscategorie. Er wordt een stijging tot 783 miljoen diabetespatiënten verwacht tegen 2045 (stijging van 46%).(3)

Een systematic review uit 2019 vond enerzijds een toenemende incidentie van de jaren 1960 tot de vroege jaren 2000. Nadien was er eerder een stagnatie of daling van de incidentie zichtbaar in 66% van de populaties. Belangrijke opmerking die zij hierbij maken is dat de data voornamelijk afkomstig is uit hoog-inkomen landen en er maar beperkte data is uit laag- en middeninkomens landen. In deze landen kan de trend heel anders zijn.(4)

Diabetes: wat is het en wat is de aanpak?

Diabetes is een chronische ziekte, waarbij een verhoogde bloedglucose wordt gemeten. Op lange termijn kan dit lijden tot schade aan verschillende organen. Deze complicaties kunnen voorkomen, of ten minste uitgesteld, worden door een goede opvolging en controle van de ziekte.

De eerste stap in de behandeling bestaat uit levensstijl-interventies/aanpassingen. Indien dit onvoldoende is, kan er gestart worden met medicatie (met metformine als eerste lijn).

De behandeling van diabetes mellitus type 2 is een multidisciplinaire aanpak die voornamelijk plaats vindt in de eerste lijn, met de huisarts als coördinator. Andere disciplines worden betrokken volgens de noden van de patiënt: diëtist, diabetesverpleegkundige, oogarts, podoloog diabetoloog, nefroloog…

Om een optimale zorg te kunnen bieden voor patiënten met een chronische ziekte, zoals diabetes mellitus, en hen optimaal te ondersteunen in hun zorgtraject, is er een shift nodig in het zorgsysteem. Er is nood aan een shift van reactieve naar proactieve zorg.

Quintuple Aim

De uitdaging van de huidige gezondheidszorg is een kwaliteitsvolle zorg leveren die toegankelijk en betaalbaar blijft. Eén van de oplossingen die hiervoor naar voor werd geschoven, was de Triple Aim, voor het eerst beschreven door Berwick et al(5) in 2008. De Triple Aim vervat 3 doelen: 1) het verbeteren van de gezondheid van een populatie 2) het verbeteren van de (ervaren) kwaliteit van zorg en 3) een vermindering van de kosten (per capita). Deze werd in 2014 uitgebreid naar de ‘quadruple aim’, waarbij er ook aandacht kwam voor het welzijn van de zorgverleners(6). Sinds enkele jaren wordt er gesproken van ‘quintuple aim’ met als vijfde factor ‘equity’ in de gezondheidszorg(7). Deze vijfde pijler streeft naar sociale rechtvaardigheid en inclusie. Door specifieke aandacht te besteden aan de meest kwetsbaren streeft men naar gezondheidsgelijkheid voor iedereen.

Patiënten met diabetes type 2 hebben dikwijls niet maar 1 aandoening, maar verschillende chronische ziekten. Uit cijfers blijft dat 85% van de patiënten met diabetes type 2, daarnaast nog 1 of meerdere andere chronische aandoeningen had.(8) Multimorbiditeit is een frequent voorkomend, complex probleem en richtlijnen schieten hierin te kort. Diabetes treft mensen in kwetsbare situaties, met lage gezondheidsvaardigheden, met beperkte financiële middelen… waardoor de pijler ‘equity’ des te belangrijker is om na te streven. Net voor deze patiënten is er nood aan een geïntegreerde zorgaanpak met als vijfvoudig doel ‘de quintuple aim’.

Population health management

Om de kwaliteit en betaalbaarheid van de huidige en toekomstige gezondheidszorg te behouden, is een ander zorgsysteem nodig. Er zal een shift nodig zijn van reactieve, acute zorg naar proactieve zorg. Op deze manier kan men de complicaties van diabetes voorkomen en zo de kosten hiervan reduceren. Men zal moeten streven naar een proactieve populatiegerichte aanpak. Dit door een geïntegreerde zorgaanpak en een efficiënt beheer van de volksgezondheid binnenin het zorgsysteem te verwezenlijken, om zo de kosten te verminderen en de kwaliteit van zorg te verbeteren. De ambitie om de kwaliteit van zorg binnenin een populatie te meten, te sturen en te monitoren vraagt om population health management (PHM).

Hoe kunnen we nu PHM vertalen naar de huisartsenpraktijk?

PHM in de huisartsenpraktijk komt neer op 3 stappen:

1. In kaart brengen van de populatie of een subgroep (bv. Diabetespatiënten)
2. Kwaliteit van zorg evalueren en de groeimogelijkheden ontdekken
3. Doelen stellen
4. Actie ondernemen
5. Impact hiervan monitoren

Hiervoor werd een audit and feedback tool ontwikkeld voor huisartsen: de diabetesbarometer. Een audit bestaat uit een of meerdere query's, aan de hand waarvan een zoektocht wordt gedaan in het elektronisch medisch dossier. Met een query wordt het aantal patiënten dat aan een bepaalde kwaliteitsindicator voldoet, berekend. Aan de hand hiervan wordt een feedback geformuleerd, waarbij men de huisartsen een zicht wilt geven op hun kwaliteit van registreren en hun kwaliteit van zorg. De diabetesbarometer is geen controle-instrument. Het is een instrument om praktijken inzicht te geven in hun eigen kwaliteit van zorg voor een specifieke populatie en dit dan ook te verbeteren.

De diabetesbarometer geeft een grafische voorstelling van 11 proces- en resultaatindicatoren. Deze indicatoren werden gevalideerd door het Vlaams instituut van kwaliteit en zorg(9).

Een indicator is een meetbaar element van de zorg die een indicatie geeft over de kwaliteit van de geleverde zorg. Er zijn 3 soorten indicatoren: structuurindicatoren, procesindicatoren en resultaatsindicatoren. In de diabetesbarometer wordt er gebruikt gemaakt van de laatste twee. Een procesindicator geeft informatie over de uitgevoerde handelingen binnen de zorg, bv. Het percentage diabetespatiënten dat jaarlijks een lipidenmeting hebben gehad. Resultaatsindicatoren geven informatie over de uitkomst van de geleverde zorg, bv. Het percentage patiënten met een BMI van <25 kg/m2. Indicatoren worden idealiter gebaseerd op evidence-based richtlijnen. Indien deze niet beschikbaar is, worden de indicatoren gebaseerd op het best beschikbare bewijs.(10)(11)

Literatuuronderzoek

Er werd reeds onderzoek gedaan naar de effectiviteit van audit and feedback. De Cochrane review van 2012 concludeerde dat er 4,3% (interquartile range 0,5-16%) meer compliantie aan de richtlijnen is met audit en feedback. De feedback zou meer effectief zijn wanneer baseline performance laag is, de bron een supervisor of collega is, het meerdere keren wordt gegeven en als het concrete doelen en een actieplan bevat.(12)

Steenkamer et al(13) identificeerde aan de hand van 2 focusgroepen verschillende barrières en hierbij ook aanbevelingen gedaan voor de implementatie van PHM in België. Een eerste barrière is de complexiteit van het Belgische politieke systeem. De verdeeldheid van de bevoegdheden in de gezondheidszorg tussen de 3 niveaus (Federaal, Gemeenschappen en Gewesten) hindert de

ontwikkeling van een gedeelde populatiegerichte lange termijnvisie. Een andere barrière waar men over spreekt, is het ontbreken van financiële stimulansen. Het prestatiegericht betalingssysteem in België waarin de meeste huisartsen werken is meer gericht op acute zorg. Er is nood aan een nieuw financieringsmodel om PHM mogelijk te maken, zodat er meer aandacht kan gaan naar preventie en interventies die leiden tot QI.

3. STUDY OBJECTIVES

Deze studie heeft als doel om bij huisartsen de ervaringen omtrent de diabetesbarometer na te gaan. Aan de hand van semigestructureerde interviews zal er bij huisartsen die de diabetesbarometer geactiveerd hebben en het feedbackrapport bekeken hebben, wat de faciliterende factoren en drempels zijn die huisartsen ervaren om aan de slag te gaan met de resultaten van de barometer. Enerzijds zal er bevraagd worden of zij reeds kwaliteitsverbeterende interventies hebben geïnitieerd/geïmplementeerd, hoe zij dit ervaren en wat de waarde van de diabetesbarometer hierbij was. Anderzijds zal men bevragen welke drempels huisartsen ervaren om kwaliteitsverbeterende projecten te implementeren en wat drempelverlagende factoren/facilitatoren zouden kunnen zijn. Het doel is om te exploreren naar de ervaringen, en aangrijpingspunten te vinden om de geïdentificeerde drempels te overkomen.

4. RESEARCH METHOD

Het zal een explorerend, observationeel, descriptief en cross-sectioneel onderzoek zijn. Aan de hand van semigestructureerde interviews zal er kwalitatieve data verzameld worden. Er zal op geen enkel moment inzage zijn in de patiëntengegevens of het EMD.

Er zal een uitnodiging voor deelname aan het onderzoek uitgestuurd worden naar 30 huisartsen van Zorgzaam Leuven. Er wordt gestreefd naar een responsgraad van 50%, dit komt op 10 interviews.

Voor de start van het eigenlijke semigestructureerde interview zullen er enkele administratieve vragen gesteld worden. Hierin wordt een beeld geschetst van de participant (leeftijd, geslacht…) en het type praktijk waarin hij/zij werkzaam is.

Daarna zal het interview plaatsvinden. De semigestructureerde interviews zijn opgebouwd uit 17 hoofdvragen. Bij deze hoofdvragen kunnen bijvragen gesteld worden om zo de antwoorden te verdiepen en uit te breiden.

Voorafgaand zullen enkele pilot interviews afgenomen worden om de vraagstelling te finaliseren (open vragen, suggestieve vragen vermijden) en eventuele onduidelijkheden te detecteren. De participant zal de keuze krijgen om het interview ter plaatse te laten doorgaan of online via Microsoft Teams. De duur van de interviews wordt geschat tussen de 30 en 60 minuten. Indien het interview live doorging, zal het geregistreerd worden aan de hand van een geluidopname. Indien het online doorgaat, zal het opgenomen worden. Er zal getracht worden om interviews te doen tot datasaturatie bereikt werd. Dit wordt verwacht na een 10 tot 15-tal interviews.

Data-analyse zal gebeuren volgens de Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL)(14).

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

De korte administratieve vragenlijst en interviews zullen afgenomen worden bij huisartsen uit de regio Zorgzaam Leuven. De huisarts dient de barometer aangezet te hebben in het EMD voor zijn praktijk en de feedbackrapporten bekeken te hebben.

Exclusiecriteria:

- Huisartsen buiten Zorgzaam Leuven
- Huisartsen binnen de regio die de diabetesbarometer niet geactiveerd hebben
- Huisartsen binnen de regio die het feedbackrapport van de diabetesbarometer niet bekeken hebben

5.2 Sample size and population

Er zal een e-mail gestuurd worden naar een 20-tal huisartsen met een uitnodiging om deel te nemen aan dit onderzoek. Er wordt gestreefd interviews te laten plaatsvinden tot datasaturatie bekomen wordt, waarbij de antwoorden op de interview-vragen geen nieuwe informatie meer opleveren. Dit wordt verwacht na een 10 tot 15-tal interviews.

5.3 Recruitment

De rekrutering zal gebeuren uit de proeftuin van Zorgzaam Leuven. Zij zullen een mail sturen naar de huisartsen. Geïnteresseerden kunnen contact opnemen met de student. Wanneer de persoon toezegt zal een moment gepland worden waarop het interview zal plaatsvinden. De geïnformeerde toestemming (ICF, zie bijlage) wordt op voorhand via mail aan de deelnemer bezorgd. In deze ICF wordt duidelijkheid gegeven over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's, en nadelen verbonden aan de deelname; de mogelijke externe financiering van het onderzoek, de verwerking van de persoonsgegevens, alsook de bewaartermijn en opslag van deze gegevens. Ook wordt in het ICF expliciet vermeld of er al dan niet audio- en/of video-opnames zullen worden gemaakt tijdens het interview. De interviews zullen opgenomen worden. Bij de start van het interview zal de onderzoeker de ICF nogmaals samen met de deelnemer overlopen. Enkel wanneer de deelnemer instemt met het interview en het ICF ondertekend terugbezorgt aan de onderzoeker via e-mail of in persoon voor start van het interview, zal het interview van start gaan. Zowel in de ICF als bij de start van het interview wordt duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht is om deel te nemen. Zowel voor het deelnemen als het niet deelnemen, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek zijn er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kan het interview op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data - inclusief eventuele audio- en/of videofragmenten - van niet afgeronde interviews zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd.

De student zal niet rechtstreeks de contactgegevens van de artsen ontvangen. De uitnodiging tot deelname zal vanuit Zorgzaam Leuven verstuurd worden, in samenwerking met de huisartsenkringen.

5.4 Expected duration

De studie zal starten na goedkeuring van de ethische commissie en zal worden afgerond in maart 2026. De interviews zullen tussen 30 en 60 minuten duren, afhankelijk van de diepgang van de antwoorden en de discussie die ontstaat.

6. ANALYSIS

Data-analyse zal gebeuren volgens de volgens de Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL)(19). Eerst worden de interviews ad verbatim uitgeschreven op basis van de audio-/video-opnames. Deze transcripten zullen dan georganiseerd, gecodeerd en geanalyseerd worden met het computerprogramma NVivo.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

De kwalitatieve data van de semigestructureerde interviews zal gepseudonimiseerd worden.

Alle data zullen tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden. In functie van onze onderzoeksvraag zal aan de hand van een interview informatie rond de drempels en facilitatoren om tot kwaliteitsverbeterende interventies over te gaan na ontvangen van het feedbackrapport van de diabetesbarometer worden verzameld. Alles wat de participanten tijdens het interview vertellen, zal via geluidsopnames worden opgenomen. Er zullen wel beelden worden gemaakt, indien gekozen wordt om het interview door te laten gaan via Microsoft Teams. Er zullen geen beelden gemaakt worden indien het interview in real life doorgaat. De opgenomen interviews zullen enkel worden beluisterd en uitgetypt door de onderzoeker(s). De interviewopnames, de dagboekgegevens, de persoonlijke notities van de interviewer zullen meteen na transcriptie worden vernietigd. Transcripties van de interviews zullen geen namen bevatten en evenmin andere gegevens die identificatie mogelijk maken. In de eigenlijke masterproef zullen enkele fragmenten van de interviews worden geciteerd op een anonieme wijze en op zo'n manier dat het op basis van een citaat niet mogelijk is om de uitspraak terug te leiden naar een bepaalde participant. De transcripties zullen bewaard worden in een beveiligd computerdocument dat enkel in het bezit is van de promotor(en) en de betrokken studenten. Dit bestand zal bewaard worden op een persoonlijke computer die beveiligd is met een wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma zoals 7-Zip of AEScrypt. Bij het versturen van een kopie van vertrouwelijke informatie of documenten zullen deze steeds versleuteld zijn met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender. Toepassingen zoals Google Drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of WeTransfer worden te allen tijde vermeden. Na afloop van het project zullen de bestanden met de transcripties aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden 10 jaar

bewaard blijven, nadien wordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren.

De codeersleutel voor pseudonimisatie zal bewaard worden op een andere computer/laptop dan die waarop de verzamelde data wordt bewaard.

Voor de verzameling en opslag van mijn data maak ik gebruik van:

- ~~Project- of teamgebonden opslaglocatie op de beveiligde server van KU Leuven of UZ Leuven via mijn promotor of begeleider~~
- ~~REDCap, aangeboden door KU Leuven en UZ Leuven~~
- ~~OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven~~
- **Persoonlijke computer, beveiligd met een sterk wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma (7-Zip, AEScrypt, …)**
- ~~Andere, mits beargumentering, namelijk: ……..~~

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents. In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion. In particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, **the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected** and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is **relevant** and **necessary** for his / her Master's thesis;*
- *He / she will **not share information** with persons not directly involved within the framework of his / her research; only the **investigator, possible group members** and his/her **supervisor** will have access to the data*
- *He / she will take **all necessary steps** to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with **care and responsibility** the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*
- *He/ she will discuss the **confidentiality**, **storage** and **sharing** of files with his/her supervisor. He/she will use **anonymisation** or **pseudonymisation** in order to limit the risks of data leaks and data loss.*
- *If pseudonymisation is used, he/she will treat the pseudonymisation **key** or the **encryption table** containing the pseudonyms and the identifiable information fields with the **same confidentiality** as the original data. He/she*

*will **never store the key or encryption table at the same device** (e.g. laptop or desktop) as the work file or database containing the pseudonymised data.*

- *Wherever possible, he/she will use a **project based or team based storage location** for storing and exchanging data. He/she will contact his/her supervisor to discuss the possibility of using an internal or external service of KU Leuven or UZ Leuven to save data. If not possible, he/she will use OneDrive for Business, provided by KU Leuven, REDCap,provided by KU Leuven and UZ Leuven, or a password protected device for storing collected data. Applications such as **Google Drive, a personal OneDrive** (except OneDrive for Business, provided by KU Leuven) **or WeTransfer will be avoided at all times**.*
- *He/she will always encrypt confidential information and files with a **password**, **two-step verification** or **specialized program** such as 7-Zip or AEScrypt.*
- *When sharing a copy of strictly confidential data, he/she will always **encrypt** the data with a secure password or unique code. For sharing large files, a **secure application** such as Belnet Filesender will be used.*
- *In the event of a **data breach** he/she will immediately contact his/her supervisor*

As this research is conducted in the context of a Master's Thesis, the legal basis for the processing of personal data is the public interest. This research will generate knowledge and new insights that (directly or indirectly) will benefit society.

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' contact information, health information and medical information, is subject to compliance with the General Data Protection Regulation (GDPR).

*When approval is given by the Ethics Committee, it is confirmed that the proposed processing of personal data meets the requirements of the GDPR. Consequently, from a GDPR perspective, there is no objection to start the processing operations. When approval is given, this application will, In accordance with the GDPR, become included in KU Leuven's register of processing activities in the context of research and public service. **No separate privacy application should be submitted for this type of studies.***

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

Indien er vragen zijn over het onderzoek, is er een contactpersoon vermeld in de ICF.

Er zijn weinig tot geen risico's verbonden aan het deelnamen van dit onderzoek.

9. APPROVAL

/

10. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the KU Leuven policy on authorship.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

1. diabetes liga [Internet]. diabetes liga. 2024. Available from: https://www.diabetes.be/nl
2. Intego [Internet]. 2024. Available from: https://www.intego.be/resultaten/tool
3. Magliano DJ; Boyko EJ. DF Diabetes Atlas 10th edition scientific committee. IDF DIABETES ATLAS. 2021.
4. Magliano DJ, Islam RM, Barr ELM, Gregg EW, Pavkov ME, Harding JL, et al. Trends in incidence of total or type 2 diabetes: systematic review. [cited 2024 May 3]; Available from: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l5003
5. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health Aff (Millwood) [Internet]. 2008 May [cited 2024 May 3];27(3):759–69. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18474969/
6. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to Quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med. 2014;12(6):573–6.
7. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. JAMA [Internet]. 2022 Feb 8 [cited 2024 May 6];327(6):521–2. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35061006/
8. Luijks H. Multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk | Huisarts & Wetenschap [Internet]. 2016. [cited 2024 Jun 11]. Available from: https://www.henw.org/artikelen/multimorbiditeit-de-huisartsenpraktijk
9. VIDEO - De toekomst van de huisartsenbarometers: what's in it for me? [Internet]. corilus.be. 2023 [cited 2024 Jun 11]. Available from: https://blog.corilus.be/gp/de-toekomst-van-de-huisartsenbarometers-whats-in-it-for-me-webinar
10. Van den Bulck SA, Vankrunkelsven P, Goderis G, Broekx L, Dreesen K, Ruijten L, et al. Development of quality indicators for type 2 diabetes, extractable from the electronic health record of the general physician. A rand-modified Delphi method. Prim Care Diabetes [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2024 Aug 15];14(1):75–84. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31204263/
11. Beersen N, Kallewaard M, Van Croonenberg JJ, van Everdingen JJE, van Barneveld TA. Handleiding indicatorontwikkeling. 2007.
12. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2012 [cited 2024 May 7];2012(6). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22696318/
13. Steenkamer B, Vaes B, Rietzschel E, Crombez J, De Geest S, Demeure F, et al. Population health management in Belgium: a call-to-action and case study. BMC Health Serv Res [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Jul 2];23(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37340416/
14. Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud [Internet]. 2012 Mar [cited 2024 Jul 2];49(3):360–71. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21996649/

13. ANNEXES

1. ICF

Exemplaar voor de deelnemer

Titel van de studie: Diabetesbarometer toepassen in de huisartsenpraktijk: prospectieve studie naar verwachtingen, bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: EC Onderzoek UZ/KU Leuven

Onderzoekers:

Smedts Elise, Master in de huisartsgeneeskunde, liesje.smedts@student.kuleuven.be

Marie Van de Putte, Dr. Apotheker, marie.vandeputte@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de drempels en facilitatoren dat huisartsen ervaren om een kwaliteitsverbeterend project te implementeren aan de hand van de resultaten van de diabetesbarometer.

Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie door te nemen, zodat u een weloverwogen beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven, MP032713.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw privacy verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie heeft als doel om bij huisartsen de ervaringen omtrent de diabetesbarometer na te gaan aan de hand van semigestructureerde interviews.

Er werd reeds onderzoek gedaan naar de effectiviteit van audit and feedback tools en naar de technische aspecten, zoals visualisatie en gebruiksvriendelijkheid, van de diabetesbarometer. Het doel van deze studie is het trachten te identificeren van drempels en faciliterende factoren om aan de slag te gaan met het resultaat van de diabetesbarometer. Gezien de diabetesbarometer recent werd uitgerold (2023) en er dus nog maar weinig onderzoek werd verricht hiernaar, zal er gebruik gemaakt worden van semigestructureerde interviews, afgenomen bij huisartsen, om te exploreren naar de ervaringen, en aangrijpingspunten te vinden om de geïdentificeerde drempels te overkomen.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat u werkzaam bent in de regio Zorgzaam Leuven.

Aan deze studie zullen ongeveer 15 personen deelnemen. De studie richt zich op huisartsen werkzaam in Zorgzaam Leuven die de diabetesbarometer hebben geactiveerd en het feedbackrapport hebben bekeken.

De onderzoeker zal u vragen om deel te nemen aan een interview dat peilt naar drempels en faciliterende factoren om kwaliteitsverbeterende projecten te implementeren in de praktijk op basis van het resultaat van de diabetesbarometer. Er zal gevraagd worden of u reeds nadacht over een kwaliteitsverbeterend projecten, u reeds stappen heeft ondernomen, welke zaken u hierbij zouden kunnen ondersteunen, welke factoren het u tegenhouden. Deelname aan het interview zal ongeveer 60 minuten van uw tijd in beslag nemen en het interview zal afgenomen worden ter plaatse bij u in de praktijk of online via Microsoft teams (aan u de keuze). Dit op een moment van uw keuze. Indien het interview ter plaatse doorgaat, worden er tijdens het interview een geluidsopname gemaakt. Indien het interview online via Microsoft Teams doorgaat, wordt er tijdens het interview een beeld- en geluidopname gemaakt. De opnames zullen nadien enkel gebruikt worden voor transcriptie. Na het uitschrijven van de interviews zullen alle opnames vernietigd worden.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan dit onderzoek ter optimalisatie van de diabetesbarometer.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven.

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker (Elise Smedts) via (liesje.smedts@student.kuleuven.be) en de hoofdonderzoeker (Marie van de Putte) via het telefoonnummer +32 (0)486835420 (werkuren) of via e-mail (Marie.vandeputte@kuleuven.be).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

Titel van de studie: Diabetesbarometer toepassen in de huisartsenpraktijk: prospectieve studie naar verwachtingen, bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik ondergetekende Smedts, Elise onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie 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 met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

Titel van de studie: Diabetesbarometer toepassen in de huisartsenpraktijk: prospectieve studie naar verwachtingen, bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de organisatie van de studie

De studie zal bestaan uit semigestructureerde interviews afgenomen bij huisartsen in Zorgzaam Leuven. Voor de start van het eigenlijke semi-gestructureerde interview zullen er enkele administratieve vragen gesteld worden. Hierin wordt een beeld geschetst van de participant (leeftijd, geslacht…) en het type praktijk waarin hij/zij werkzaam is.

2: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door EC Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. Ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen. De ethische comités zijn niet betrokken bij het opstellen of het uitvoeren van het onderzoek, het comité beoordeelt de studie als onafhankelijke partij.

U dient het positief advies van het Ethisch Comité in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[5].

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren [6].

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Niet gecodeerde data, evenals eventuele audio- en/of videofragmenten, van (niet) afgeronde interviews zullen, zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Bij studies die NIET plaatsvinden in UZ Leuven: Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw onderzoeker op volgend contactadres: liesje.smedts@student.kuleuven.be . Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacy team van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

5 Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

6 De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact(at)apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Exemplaar voor de onderzoeker

Titel van de studie: Diabetesbarometer toepassen in de huisartsenpraktijk: prospectieve studie naar verwachtingen, bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: EC Onderzoek UZ/KU Leuven

Onderzoekers:

Smedts Elise, Master in de huisartsgeneeskunde, liesje.smedts@student.kuleuven.be

Marie Van de Putte, Dr. Apotheker, marie.vandeputte@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de drempels en facilitatoren dat huisartsen ervaren om een kwaliteitsverbeterend project te implementeren aan de hand van de resultaten van de diabetesbarometer.

Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie door te nemen, zodat u een weloverwogen beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven, MP032713.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw privacy verzekerd.

- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie heeft als doel om bij huisartsen de ervaringen omtrent de diabetesbarometer na te gaan aan de hand van semigestructureerde interviews.

Er werd reeds onderzoek gedaan naar de effectiviteit van audit and feedback tools en naar de technische aspecten, zoals visualisatie en gebruiksvriendelijkheid, van de diabetesbarometer. Het doel van deze studie is het trachten te identificeren van drempels en faciliterende factoren om aan de slag te gaan met het resultaat van de diabetesbarometer. Gezien de diabetesbarometer recent werd uitgerold (2023) en er dus nog maar weinig onderzoek werd verricht hiernaar, zal er gebruik gemaakt worden van semigestructureerde interviews, afgenomen bij huisartsen, om te exploreren naar de ervaringen, en aangrijpingspunten te vinden om de geïdentificeerde drempels te overkomen.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat u werkzaam bent in de regio Zorgzaam Leuven.

Aan deze studie zullen ongeveer 15 personen deelnemen. De studie richt zich op huisartsen werkzaam in Zorgzaam Leuven die de diabetesbarometer hebben geactiveerd en het feedbackrapport hebben bekeken.

De onderzoeker zal u vragen om deel te nemen aan een interview dat peilt naar drempels en faciliterende factoren om kwaliteitsverbeterende projecten te implementeren in de praktijk op basis van het resultaat van de diabetesbarometer. Er zal gevraagd worden of u reeds nadacht over een kwaliteitsverbeterend projecten, u reeds stappen heeft ondernomen, welke zaken u hierbij zouden kunnen ondersteunen, welke factoren het u tegenhouden. Deelname aan het interview zal ongeveer 60 minuten van uw tijd in beslag nemen en het interview zal afgenomen worden ter plaatse bij u in de praktijk of online via Microsoft teams (aan u de keuze). Dit op een moment van uw keuze. Indien het interview ter plaatse doorgaat, worden er tijdens het interview een geluidsopname gemaakt. Indien het interview online via Microsoft Teams doorgaat, wordt er tijdens het interview een beeld- en geluidopname gemaakt. De opnames zullen nadien enkel gebruikt worden voor transcriptie. Na het uitschrijven van de interviews zullen alle opnames vernietigd worden.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan dit onderzoek ter optimalisatie van de diabetesbarometer.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven.

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker (Elise Smedts) via (liesje.smedts@student.kuleuven.be) en de hoofdonderzoeker (Marie van de Putte) via het telefoonnummer +32 (0)486835420 (werkuren) of via e-mail (Marie.vandeputte@kuleuven.be).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

Titel van de studie: Diabetesbarometer toepassen in de huisartsenpraktijk: prospectieve studie naar verwachtingen, bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik ondergetekende Smedts, Elise onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie 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 met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

Titel van de studie: Diabetesbarometer toepassen in de huisartsenpraktijk: prospectieve studie naar verwachtingen, bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de organisatie van de studie

De studie zal bestaan uit semigestructureerde interviews afgenomen bij huisartsen in Zorgzaam Leuven. Voor de start van het eigenlijke semi-gestructureerde interview zullen er enkele administratieve vragen gesteld worden. Hierin wordt een beeld geschetst van de participant (leeftijd, geslacht…) en het type praktijk waarin hij/zij werkzaam is.

2: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door EC Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. Ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen. De ethische comités zijn niet betrokken bij het opstellen of het uitvoeren van het onderzoek, het comité beoordeelt de studie als onafhankelijke partij.

U dient het positief advies van het Ethisch Comité in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[7].

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren [8].

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Niet gecodeerde data, evenals eventuele audio- en/of videofragmenten, van (niet) afgeronde interviews zullen, zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Bij studies die NIET plaatsvinden in UZ Leuven: Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw onderzoeker op volgend contactadres: liesje.smedts@student.kuleuven.be . Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacy team van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

7 Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

8 De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact(at)apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

2. Interview leidraad

1. Hoe tevreden bent u over de barometer? Kan u dit verder verduidelijken?

2. Wat is, volgens u, het doel van de diabetesbarometer?

3. Hoe zou een barometertool U nog beter kunnen helpen bij het verbeteren van de diabeteszorg?

4. Welke acties zou U willen doen/graag opzetten met behulp van de barometertool? Welke drempels ervaart u om deze acties te ondernemen?

5. Welke obstakels hebt U ervaren bij het gebruik van de huidige barometertool, die U in de toekomst graag zou veranderen? Aanpassingen die de tool nog effectiever zou maken?

6. Heeft het gebruik van de huidige barometertool geleid tot meetbare verbeteringen in de kwaliteit van diabeteszorg in uw praktijk? Zo ja, kunt U voorbeelden delen

7. Hoe ziet U de toekomstige ontwikkeling en integratie van de barometertool in uw praktijk voor het leveren van diabeteszorg?

8. Welke drempels/obstakels ervaart u om een kwaliteitsverbeterend project te implementeren in uw praktijk? Micro-, meso- en macroniveau?

9. Welke randvoorwaarden zijn voor u essentieel om een kwaliteitsverbeterend project te kunnen implementeren in uw praktijk, gebaseerd op de feedback van de diabetesbarometer?

10. Welke factoren zouden voor u de drempel kunnen verlagen om aan de slag te gaan met de feedback van de barometertool? Micro-, meso- en macroniveau?

11. Heeft u nood aan ondersteuning bij de verdere stappen na het ontvangen van het feedbackrapport, bijvoorbeeld bij het uitnodigingsproces? Zo ja, hoe zou deze ondersteuning er volgens u moeten uitzien?

12. Hoe tevreden bent u over de ondersteuning bij het gebruik van de barometer?

13. Zou u bereid zijn een opleiding te volgen over interpretatie van het feedbackrapport en de mogelijke volgende stappen? Zo ja, hoe zou deze opleiding er volgens u moeten uitzien?

14. Hoe belangrijk acht U multidisciplinaire samenwerking voor het verbeteren van de diabeteszorg?

15. Op welke manieren zou het gebruik van de barometertool de samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverleners kunnen verbeteren?

16. Kunt U voorbeelden geven van hoe de samenwerking met andere zorgverleners binnen de diabeteszorg zou kunnen bijdragen aan het verbeteren van de zorg voor patiënten?

17. Welke uitdagingen ervaart U tot nu toe in de samenwerking met andere zorgverleners, zoals apothekers en verpleegkundigen, binnen de diabeteszorg? En hoe denkt U dat deze uitdagingen zouden kunnen worden aangepakt in de toekomst?

3. Uitnodigingsmail

Beste,

Ik, Elise Smedts, ben huisarts in opleiding aan de KU Leuven. Momenteel werk ik aan mijn masterproef over de diabetesbarometer. Met dit onderzoek zou ik willen nagaan wat de ervaringen van huisartsen zijn met betrekking tot de diabetesbarometer. Dit onderzoek is ook reeds goedgekeurd door de KU Leuven.

Ik ontving uw contactgegevens van Zorgzaam Leuven. Graag had ik ook uw mening over het gebruik van de diabetesbarometer in de huisartsenpraktijk. Daarom zou ik graag wat van uw tijd willen vragen voor een interview.

Dit interview zou tussen de 30 en 60 minuten van uw tijd in beslag nemen. Dit kan zowel bij u op de praktijk doorgaan als online via Microsoft Teams.

U kan mij contacteren bij interesse op dit e-mailadres. Mocht u nog vragen hebben, aarzel ook dan niet om mij te contacteren!

Alvast bedankt voor uw tijd en medewerking.

Met vriendelijke groeten

Elise Smedts

MP032713