Evaluatie van kwaliteitsverbeteringsprojecten m.b.t. GMD+ die door HAIO's in de huisartsenpraktijk werden opgezet.

Dr. Ekaterina Soboleva, UGent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems

Co-promotor: drs. Jens Detollenaere

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Voorwoord

Mijn bijzondere dank gaat uit naar mijn co-promotor drs. Jens Detollenaere voor de snelle antwoorden, de uitleg en meerdere correcties van de uitgeschreven tekst. Graag bedank ik ook mijn promotor Prof. Dr. Sara Willems voor de begeleiding van dit werk.

Mijn verdere dank gaat uit naar:

- Dr. Simon Viaene voor het vrijgeven van het overzicht van zijn selectie van projecten en toelating om deze te gebruiken in het kader van deze Masterproef.

- Dr. Rik Baeten en Dr. Piet Vanden Bussche voor hun opinie als experten in de organisatie van de huisartspraktijk en het projectmatig werken rond gezondheid en preventie.

- An Stockmans voor het verzamelen van contactgegevens van praktijkopleiders.

- Mijn partner Marnix Bekaert voor zijn steun, begrip, geduld en luisterend oor.

Inhoudsopgave

Abstract 3

Inleiding 4

Literatuurstudie 5

1. Kwaliteit 5

2. Kwaliteitsverbetering 7

3. Duurzaamheid 8

3.1 Het model van Saunders 8

3.2 ASE – Model 9

3.3 Duurzaamheid in huisartsenpraktijk 10

Methode 12

1. Identificatie van alle praktijkverbeteringsprojecten 12

2. Oplijsten van mogelijke determinanten. 13

3. Nagaan duurzaamheid van de projecten en het meten van de determinanten. 14

Resultaten 15

1. Identificatie van alle praktijkverbeteringsprojecten 15

2. Oplijsten van mogelijke determinanten. 17

3. Nagaan duurzaamheid van de projecten en het meten van de determinanten. 19

3.1 Duurzaamheid van de projecten. 19

3.2 Meten van de determinanten. 19

3.3 Analyse van de determinanten aan de hand van de verkregen resultaten. 22

Discussie 24

Conclusie 28

Literatuurlijst 29

Bijlagen 30

Bijlage 1. Mail aan experten 30

Bijlage 2. Mail aan praktijkopleiders 31

Bijlage 3. Vragenlijst telefonisch interview huisartsenpraktijken 32

Bijlage 4. Goedkeuring Ethisch Comité 33

Bijlage 5. Protocol Masterproef 35

Abstract

Achtergrond: 1 april 2011 heeft Domus Medica het Globaal Medisch Dossier plus (GMD+) uitgebracht, een jaarlijks preventieconsult bij de huisarts voor alle patiënten tussen de 45 en 75 jaar, waarbij verschillende preventiethema's worden besproken. Tijdens de voorbije jaren hebben tientalen HAIO's in het kader van hun manama thesis een praktijkverbeteringsproject opgezet rond GMD+.

Doel: Deze studie wil de duurzaamheid van deze projecten nagaan en de factoren exploreren die lijken bij te dragen tot de duurzaamheid van een project (determinanten).

Methode:

- Identificatie van alle praktijkverbeteringsprojecten die in het kader van een manama thesis werden opgezet in de periode 2008 tot 2014 aan de hand van een screening van de lijst van manama thesissen bijgehouden door het ICHO.
- Oplijsten van mogelijke determinanten van de duurzaamheid van projecten aan de hand van de literatuurstudie en door bevraging van experten in de organisatie van de huisartspraktijk en in het projectmatig werken rond gezondheid.
- Nagaan van de duurzaamheid van de projecten en het toetsen van de determinanten: contactname met de praktijkopleider van de praktijk waarbinnen het project werd opgezet. In een semi-gestructureerd interview werd nagegaan hoe het project destijds werd opgezet, hoe het verliep en op welke manier dit nog steeds wordt gehanteerd in de huidige praktijkwerking. De determinanten geïdentificeerd in de vorige fase werden eveneens bevraagd.

Resultaten:

- In totaal werden er 64 projecten geselecteerd, waarvan uiteindelijk 34 praktijkopleiders werden geïnterviewd. Uit het onderzoek blijkt dat ongeveer twee derden (67,6%) van de projecten nog steeds toegepast worden in de praktijken.
- Er werden zes determinanten van de duurzaamheid gedefinieerd. Ze werden getoetst tijdens de interviews met praktijkopleiders.
- Drie van de zes gedefinieerde determinanten lijken een duidelijke rol te spelen in de duurzaamheid van de projecten. Deze factoren zijn: (i) een gezamenlijk idee, (ii) significantie van de resultaten en (iii) systematiek en continuïteit in het toepassen van het project.

Conclusie: De kwaliteitsverbeteringsprojecten rond GMD+ die in het verleden zijn opgestart door HAIO's scoren vrij goed wat duurzaamheid betreft. Drie van de zes gedefinieerde determinanten van de duurzaamheid kwamen doorheen het onderzoek duidelijk naar voor en spelen een rol in de duurzaamheid van deze projecten. Gegeven het feit dat slechts een kleine fractie van de praktijkopleiders bevraagd werd, moeten de resultaten van deze studie met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Bijkomend onderzoek om de andere geïdentificeerde factoren optimaal te kunnen analyseren is vereist, bij voorkeur bij een groter aantal geïncludeerde projecten.

Inleiding

Tijdens de twee jaren praktijkopleiding huisartsgeneeskunde werkt elke huisarts-in-opleiding (HAIO) een masterproject uit. Dit project kan verschillende vormen aannemen. Veel HAIO's kiezen voor een kwaliteitsverbeteringspraktijkproject. Samen met de praktijkopleider (PO) wordt een aspect (of een pijnpunt) van de opleidingspraktijk gekozen. Het doel van zulk project is dan de kwaliteit van de zorg rond het gekozen aspect te verbeteren.

Eens men het project tot een goed einde gebracht heeft en de gewenste resultaten bereikt zijn, is de volgende uitdaging om positieve resultaten te behouden in de praktijk. Of het project op lange termijn wel of niet stand zal houden hangt af van verschillende factoren of determinanten. In het kader van deze Masterproef heeft men getracht om de duurzaamheid van de praktijkverbeteringsprojecten na te gaan en de factoren die lijken bij te dragen tot de duurzaamheid van deze projecten (determinanten) te exploreren.

Gezien het aantal kwaliteitsverbeteringsprojecten, opgezet door HAIO's, heel groot is, heeft men gekozen om rond een bepaald thema te werken, namelijk rond GMD+. De laatste jaren is er binnen de huisartsgeneeskunde meer en meer een shift van curatieve naar preventieve geneeskunde. Artsen proberen om aandoeningen in een vroegtijdig stadium op te sporen, vooraleer er symptomen voorkomen. Met tal van gewaarwordingscampagnes wordt getracht om de patiënt te motiveren zich te laten screenen op een hele waaier van aandoeningen. Door de vertrouwensband tussen huisarts en patiënt, vormt de huisarts de ideale spilfiguur om deze functie op zich te nemen. Echter elk jaar wordt de lijst met onderwerpen, die we bij onze patiëntenpopulatie moeten bespreken, langer. Hierdoor worden er regelmatig zaken over het hoofd gezien. Het is met deze gedachte in het achterhoofd dat sinds 1 april 2011 het Globaal Medisch Dossier plus (GMD+) in het leven werd geroepen. Dit is een jaarlijks preventieconsult bij de huisarts voor alle patiënten tussen de 45 en 75 jaar, waarbij volgende preventiethema's besproken worden:

1. Levensstijl (overgewicht, voeding, lichaamsbeweging, roken, alcohol, stress);
2. Risico op hart- en vaatziekten;
3. Opsporen van darmkanker, borstkanker en baarmoederhalskanker;
4. Inentingen tegen difterie, tetanus, griep en pneumokokken;
5. Risico op diabetes;
6. Risico's voor de geestelijke gezondheid

Als compensatie mag de arts jaarlijks het nomenclatuurnummer 102395, ter waarde van €10,80 aanrekenen bij elke patiënt tussen de 45 en 75 jaar die het preventieconsult volgt.

Vertrekkend van de definitie en beschrijving van kwaliteit, kwaliteitsverbetering en duurzaamheid werden binnen dit project, aan de hand van een uitgebreide literatuurstudie en bevraging van experten op het vlak van het GMD+ en preventie, de factoren gedefinieerd die lijken bij te dragen tot de duurzaamheid van de kwaliteitsverbeteringsprojecten. Vervolgens werden deze factoren getoetst in de praktijken waar kwaliteitsverbeteringsprojecten rond GMD+ door HAIO's in de voorbije jaren werden opgezet.

Literatuurstudie

1. Kwaliteit

Kwaliteit van zorg wordt in de literatuur op verschillende manieren en vanuit verschillende perspectieven omschreven. Een veel gehanteerde definitie is deze van Donabedian (1980) "…de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg)".[1] Het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) hanteert de volgende definitie: "Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge".[2] De definitie waar Nederlandstalige auteurs veelvuldig naar verwijzen, luidt als volgt: "Kwaliteit is de mate waarin het geheel van eigenschappen (het gerealiseerde) van een product, proces en dienst voldoet aan de eraan gestelde eisen (norm of verwachtingen), die voortvloeien uit een gebruikersdoel".[3]

Kwaliteit kan worden onderverdeelt in verschillende kwaliteitsdomeinen. In de definitie van het IOM (2001) komen de aspecten effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid naar voren. Deze vier aspecten worden in de internationale literatuur veelal de kernaspecten van kwaliteit genoemd. *Tabel 1* biedt een overzicht van de in de literatuur meest voorkomende kwaliteitsdomeinen voor de publieke gezondheidszorg en hun definities volgens verschillende bronnen.[4,5,6]

Kwaliteits-domein	De Koning & Hoeijmakers (2007)	Ontario Health Quality Council (2008)	Institute of Medicine (2001)
Effectiviteit	De mate waarin (vooraf) geformuleerde doelstellingen in de praktijk worden bereikt	Patiënt zou een zorg moeten ontvangen die gebaseerd is op de best beschikbare wetenschappelijke informatie, inclusief kennis over zorgcoördinatie, preventie en gebruik van technologie.	Het verlenen van zorg op basis van wetenschappelijke kennis aan allen die er voordeel van hebben en zich onthouden van het verstrekken van zorg aan degenen bij wie het voordeel weinig waarschijnlijk is (vermijden van onderuse en overuse).
Tijdigheid	Op het juiste tijdstip aanbieden van (preventieve) zorg en voorkomen van onnodige wachttijden en een positieve screeningsuitslag		Het verminderen van wachttijden en vertragingen die soms tot schade kunnen leiden voor zowel de zorgvrager als de zorgverlener.
Efficiëntie	Zorg die verspilling vermijdt	De gezondheidszorg dient voortdurend op zoek te gaan naar manieren om verspilling te verminderen, met inbegrip van verspilling van middelen, apparatuur, tijd, ideeën en informatie.	Het vermijden van verspilling, met inbegrip van apparatuur, voorraden, ideeën en energie.
Veiligheid	Vermijden van schade bij interventies die bedoeld zijn voor het bevorderen van de gezondheid	Er mag geen schade toegebracht worden aan de zorgvrager door een ongeval of een fout.	Het vermijden van schade aan patiënten door de zorg die bedoeld is om hen te helpen

Kwaliteits-domein	De Koning & Hoeijmakers (2007)	Ontario Health Quality Council (2008)	Institute of Medicine (2001)
Toegankelijkheid	Toegang tot (zorg)voorzieningen en interventies wordt niet belemmerd door persoonlijke kenmerken zoals geslacht of etniciteit	Patiënt zou de juiste zorg moeten krijgen op het juiste moment, in de juiste instelling en van de juiste zorgverlener.	
Doelgroepgerichtheid	Respecteren van voorkeuren, noden en waarden van doelgroepen en daarnaar handelen	Zorgverleners moeten diensten aanbieden rekening houdend met de behoeften en voorkeuren van de individuele zorgvrager, zoals privacy, religieuze overtuigingen, culturele en taalkundige behoeften en levensomstandigheden.	Het verlenen van zorg dat aangepast is aan de individuele voorkeuren, behoeften en normen van de patiënt en het zorgen dat de waarden van de patiënt de leidraad vormen in alle klinische beslissingen.

Tabel 1 *Kwaliteitsdomeinen publieke gezondheidszorg*

Het oordeel over de kwaliteit van zorg is sterk afhankelijk van het perspectief van waaruit de actor kijkt. Verschillende actoren hechten een verschillend belang aan de kwaliteitsdomeinen. Binnen de huisartsengeneeskunde kunnen we drie belangrijke invalshoeken/perspectieven onderscheiden: de patiënt, de huisarts en de overheid/verzekeringsinstellingen.[1] Patiënten hebben vooral oog voor de toegankelijkheid van de geleverde zorg. Vanuit het perspectief van de huisarts is de effectiviteit een belangrijk domein, terwijl de overheid of de organisator van de zorg de kostenefficiëntie van de zorg en de veiligheid zeer belangrijk acht.[7]

Om de kwaliteit van zorg te evalueren, is er nood aan een systematische manier om de kwaliteit te meten. Auteurs zoals Donabedian (1980) en Derose *et al*. (2002) meten de kwaliteit van zorg aan de hand van "kwaliteitsindicatoren". Een indicator is een kwantitatieve maat voor de verschillende kwaliteitsdomeinen. Indicatoren worden ingedeeld in verschillende typen, namelijk structuur-, proces- of uitkomstindicatoren.[1,8] Hiermee wordt verwezen naar het aspect van zorg waar de indicator betrekking op heeft[9] :

- ***Structuurindicatoren*** hebben betrekking op menselijke, fysieke en financiële middelen om goede zorg te verlenen zoals het aantal ingezette full time equvalenten, scholing van personeel, materiële voorzieningen, beschikbaar personeel, patiënten kenmerken, etc.
- ***Procesindicatoren*** geven informatie over de daadwerkelijke zorgverlening zoals het functioneren van zorgverleners, het aantal keer dat een bepaalde interventie is ingezet, interactie tussen de zorgvrager en de zorgverlener: adequate communicatie, besliskunde, zorgmanagement, etc.
- ***Uitkomst- of outcome indicatoren*** geven inzicht in het effect of resultaat van de zorg, zoals bijvoorbeeld mortaliteits- en morbiditeitscijfers, effect op gezondheidstoestand, kennis, zelfzorg, tevredenheid met de zorg, kwaliteit van leven, etc.

Kwaliteit wordt bepaald door de relatie tussen structuur-, proces- en outcome-indicatoren. Een aangepaste/verbeterde structuur verhoogt de kans op kwaliteitsvolle processen, die op hun beurt de kans op goede kwaliteit verhogen. Tevens zijn de regelgeving en de financiële sturing sterk bepalend voor de kwaliteit van zorg.

2. Kwaliteitsverbetering

Het op peil houden en alsmaar verhogen van de kwaliteit is een rechtmatige verwachting van de maatschappij. Het is een integraal onderdeel van professionalisme. Wetenschappelijke literatuur wijst echter herhaaldelijk op het systematische falen van het zorgsysteem om empirische kennis in de klinische praktijk te vertalen:[10,11]

- 30-40 % patiënten krijgen niet de behandeling die empirische bewezen het meest effectief is;
- 20-25% patiënten krijgen zorg die onnodig is en mogelijk zelfs schadelijk is voor de gezondheid.

Berwick (1992) definieert acht principes van kwaliteitsverbetering. Dit zijn de belangrijkste principes die men dient te hanteren om kwaliteitsverbetering op een efficiënte en effectieve manier te bewerkstelligen:

1) intentie hebben om continu te verbeteren;
2) een gemeenschappelijke definitie hebben van wat goede kwaliteit is en welk niveau van kwaliteit men ambieert;
3) investeren in systemen om kwaliteit te meten;
4) beseffen hoe het resultaat van het werk afhangt van het werk van anderen en hoe men de kwaliteit van elkaars werk beïnvloedt (interdependentie);
5) zich bewust zijn van het systeem waarbinnen gewerkt wordt en hoe dit systeem de kwaliteit van het werk beïnvloedt;
6) kwaliteitsverbetering is een vorm van ervaringsgericht leren;
7) rekening houden met de kosteneffectiviteit en evalueren hoe en waar men efficiënter kan omgaan met de beschikbare middelen;
8) de verantwoordelijke(n) dagen de eigen praktijk-organisatie uit om steeds beter te worden in kwaliteit (leadership).[12]

Naast deze acht principes is leren van (bijna)fouten een belangrijk gegeven. (Bijna)fouten zijn feiten die (mogelijks) bedreigend waren voor de veiligheid van de patiënt en niet meer mogen voorkomen.[7] Uit de Primary Care International Study of Medical Errors is gebleken dat 80 % van de fouten die in de huisartsenpraktijk voorkomen organisatorisch zijn, dat wil zeggen procesfouten. Dit zijn fouten in de processen die te maken hebben met dossierbeheer, afspraken, recallprocedures; fouten bij het medicatievoorschrift of het afleveren van bepaalde medicatie; fouten in de communicatie met patiënten of medewerkers in de praktijk. De overige 20 % van de fouten hebben te maken met kennis en vaardigheden.[13,14] Uit beide soort fouten valt ontzettend veel te leren en het analyse van (bijna)fouten kan een uitstekende uitgangspunt zijn voor een kwaliteitsverbetering project in de praktijk.

Om een succesvol kwaliteitsverbeteringsproject op te starten dient men systematisch te werk gaan. Een verbetering van kwaliteit start bij een goede planning. Er zijn ontzettend veel manieren om een goede planning uit te voeren, toch zijn een aantal basisprincipes belangrijk om een initiatief succesvol te realiseren. Een voorbeeld van een eenvoudig stappenplan dat ervoor zorgt dat men snel en efficiënt kan werken, is het FOCUS-stappenplan, die in *tabel 2* wordt toegelicht. Met behulp van

dit model kan men vlot en doeltreffend een theoretische basis leggen voor een kwaliteitsverbeteringsproject.

Stap 1	**F:** Find. Leg een onderwerp vast.
Stap 2	**O:** Organise meeting. Ga samenzitten met alle betrokkenen.
Stap 3	**C:** Clarify. Maak een goede probleemdefinitie.
Stap 4	**U:** Understand/Uncover. Breng het probleem gedetailleerd in kaart.
Stap 5	**S:** Start. Voer een verbetering in via PDCA-cyclus.

Tabel 2 *FOCUS-stappenplan.*

Na de planningsfase wordt het project in de praktijk toegepast aan de hand van de kwaliteitscirkel van Deming (1950's) (PDCA-cyclus):

Stap 1	**P:** Plan. Plan verbeteringen.
Stap 2	**D:** Do. Voer uit wat gepland werd.
Stap 3	**C:** Check. Evalueer het lopende project.
Stap 4	**A:** Act. Bekijk wat je met het project doet: verlaten/aanpassen/behouden

Door deze cyclus steeds opnieuw te doorlopen kan een praktijk/organisatie stap voor stap groeien in kwaliteit.

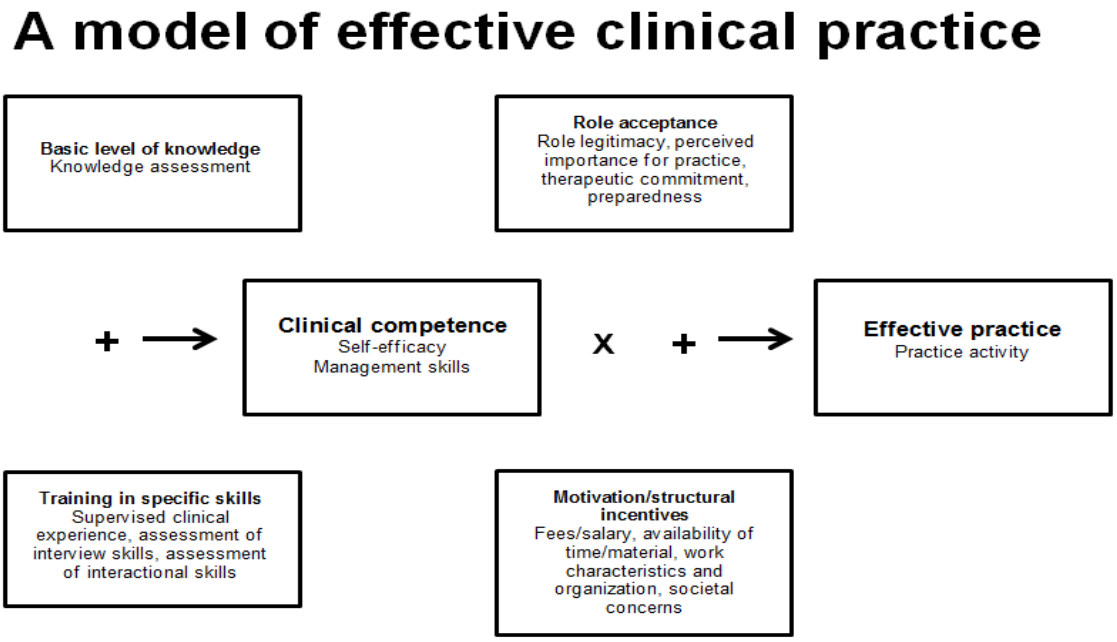
3. Duurzaamheid

Eens men de kwaliteitscirkel doorlopen heeft en de gewenste resultaten bereikt zijn is de volgende uitdaging om positieve resultaten te behouden in de praktijk. Of het project op lange termijn wel of niet stand zal houden hangt af van verschillende factoren of determinanten. In het vervolg van deze literatuurstudie halen wij een aantal modellen en factoren aan die kunnen bijdragen tot de duurzaamheid van (kwaliteitsverbeterende) initiatieven.

3.1 Het model van Saunders

Saunders (1991) ontwikkelde het model van gedragsdeterminanten en randvoorwaarden die noodzakelijk zijn om effectieve implementatie van nieuwe methodieken of materialen in de praktijk te bekomen. De volgende factoren moeten volgens Saunders ingevuld worden:

- Kennisniveau: in het verleden lag de focus in eerste instantie steeds op deze determinant. Deze is mits een goede aanpak en voldoende inzet het gemakkelijkst te bereiken.
- Rolacceptatie: Dit hangt af van de sociale omgeving waarin het veranderingsproject kadert. Zowel de overheid, collega-huisartsen, arts-specialisten als de patiënten spelen hierin een belangrijke rol.
- Vaardigheidstraining: is vaak nodig om nieuwe methodieken in te voeren. Dit vraagt echter grote investering op het vlak van tijd en middelen.
- Motivaties/praktijkorganisatie: met deze determinant bedoelt men het al dan niet aanwezig zijn of het bestaan van incentives of financiering, praktijkorganisatie, werkdruk etc.[15]



Figuur 1. *Gedragsdeterminanten en randvoorwaarden om effectieve implementatie in de praktijk te bekomen (Saunders 1991)*

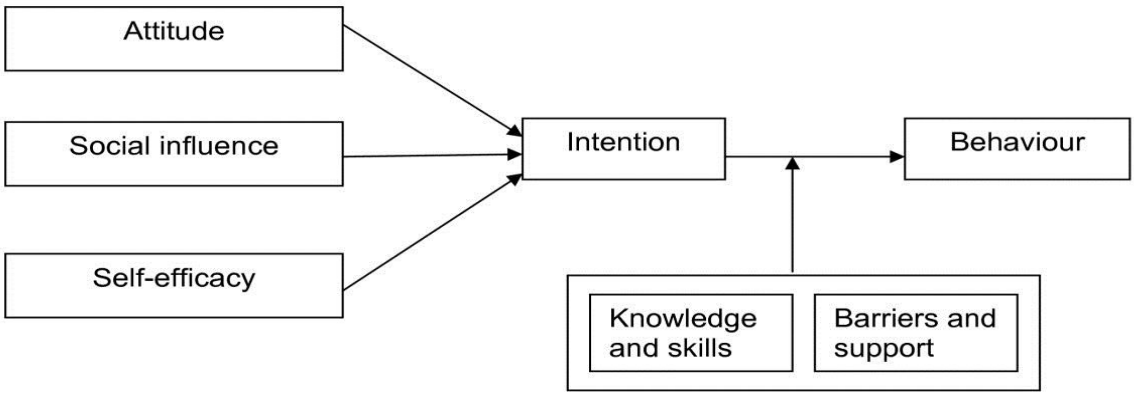
De som van de kennis en vaardigheden geeft een klinische competentie maar deze leidt enkel tot een effectieve integratie in de praktijk (gedragsverandering) wanneer rolacceptatie en motivationele en structurele incentives aanwezig zijn. Indien deze laatste niet of in onvoldoende mate aanwezig zijn, blijft de huisarts steken in de intentie tot verandering.

3.2 ASE – Model

Een tweede model dat (blijvende) gedragsverandering kan verklaren is het ASE-model van De Vries (1998). Dit model is gebaseerd op de theorie van gepland gedrag en gaat om het verklaren van handelingen. Vanuit dit model wordt het gedrag verklaard aan de hand van de intentie om dat gedrag te vertonen. Deze intentie wordt op haar beurt verklaard door volgende hoofddeterminanten:

- Attitude **(A):** hoe positief of negatief staat de persoon ten aanzien van het gedrag (voor- en nadelen)?
- Sociale invloed **(S):** hoe positief of negatief staat de omgeving ten aanzien van het gedrag? Bijvoorbeeld waargenomen gedrag, meningen, normen of ervaren steun.
- Eigen effectiviteitsverwachting **(E):** kan iemand het gedrag vertonen (bijvoorbeeld mogelijkheden en vaardigheden) en in welke mate gelooft deze persoon dat hij het gewenste gedrag kan stellen?

Hoe specifieker het gedrag en de determinanten zijn geformuleerd, des te beter kunnen de determinanten het gedrag verklaren. Verondersteld wordt dat andere factoren, de zogenaamde externe variabelen, geen directe invloed hebben op gedrag, maar alleen via de determinanten[16]:



Figuur 2. *ASE-model (De Vries, 1988)*

3.3 Duurzaamheid in huisartsenpraktijk

Over de algemene factoren die bijdragen tot de duurzaamheid van kwaliteitsverbeterende initiatieven in huisartsenpraktijk is de kennis in de literatuur schaars. Via deze literatuurstudie werden volgende gegevens gedistilleerd:

1. De European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQuiP) definieert vijf factoren die bijdragen tot de duurzaamheid van de kwaliteitsverbetering in de eerstelijnsgezondheidszorg:
   - ***Continue kwaliteitsverbetering***: de kwaliteitsverbeteringsinitiatieven worden best opgenomen in de gebruikelijke dagdagelijkse activiteiten en aan de hand van de PDCA-cyclus *(zie supra)* continu en systematisch worden geëvalueerd en indien nodig aangepast.
   - ***Zelfreflectie:*** dit stelt de huisarts in staat om zijn huidige activiteiten te analyseren en af te toetsen ten opzicht van de richtlijnen en standaarden die voorhanden zijn.
   - De analyse dient op een ***vrijwillige*** manier te gebeuren.
   - De ***patiënt*** wordt bij het proces betrokken en staat centraal.
   - ***Interdisciplinaire*** ontwikkeling en functioneren verhoogt de kans op blijvende veranderingen.[17]

2. Grol en Wensing (2006) hebben op basis van uiteenlopende theorieën en benaderingen een model ontwikkeld dat de implementatie van veranderingsprojecten zo goed mogelijk volgt. Volgens de auteurs is het bij elke implementatie van belang om telkens een aantal stappen toe te passen. Effectieve implementatie vereist een goede voorbereiding en planning, en een systematische aanpak.[18,19] Volgende fasen van de implementatie werden gedefinieerd:
   - ***Oriëntatie:*** volgens de auteurs is het van belang dat zorgverleners, teams en instellingen op de hoogte zijn van het feit dat er bijvoorbeeld een nieuwe richtlijn/methode ter beschikking is. Men hoeft niet onmiddellijk de specifieke details te kennen, maar zich enkel bewust zijn van het bestaan ervan. In deze fase is het van belang dat de nieuwsgierigheid geprikkeld wordt en dat de nieuwe richtlijn/methode aantrekkelijk gepresenteerd wordt zodat de zorgprofessional er meer van wil weten. Tevens dient men het gevoel te krijgen dat deze nieuwe richtlijn belangrijk is binnen de uitoefening van de eigen functie.

- ***Inzicht:*** in deze fase weet men precies wat de nieuwe richtlijn en/of werkwijze inhoudt en wat er aan nieuw handelingen verwacht wordt. Men dient eveneens een goed inzicht te hebben in wat er afwijkend is van de huidige zorgverlening en het eigen functioneren. Desgewenst leidt dit ook tot een kritische reflectie op de persoonlijk te ontwikkelen competenties. De zorgverleners dienen het gevoel krijgen dat verandering noodzakelijk is.
- ***Acceptatie:*** na de inzichtfase is het van belang van de zorgverleners de nieuwe richtlijn/methode accepteren en ervan overtuigd zijn dat deze waardevol en effectief is. Het management neemt het besluit om de richtlijn te implementeren in de praktijk en op korte termijn anders te gaan werken.
- ***Verandering:*** vervolgens gaat men echt een start maken met de verandering, benodigde vaardigheden en competenties aanleren en experimenteren met de nieuwe werkwijze. In deze fase is het belangrijk dat men het gevoel krijgt dat deze nieuwe werkwijze werkt en haalbaar is. Dit kan het management enkel bewerkstelligen door op een systematische en gestructureerde manier (tussen)resultaten te monitoren en deze daarna naar de betrokkenen toe communiceren.
- ***Behoud van verandering:*** de factoren die een rol spelen in deze laatste fase van het implementatieproces kunnen beschouwd worden als degene die bijdragen tot de duurzaamheid van de verandering. Bijgevolg zullen wij ons, in het kader van deze Masterproef, focussen op deze laatste fase. Grol en Wensing vestigen de aandacht op het feit dat in deze fase de nieuwe werkwijze een vast onderdeel moet worden van de dagelijkse routines en processen in de praktijk, waarbij men voorkomt dat men terugvalt in oude gewoontes. Door organisatorische, financiële en structurele voorwaarden moet blijvende toepassing verzekerd worden. De vernieuwing moet ingepast worden in zorgplannen en/of het elektronisch patiëntendossier. Ook werkbegeleiding, (begeleide) intervisie of supervisie zijn geschikte middelen om niet te vervallen in oude gewoontes.

Methode

In het kader van deze Masterproef heeft men getracht om de duurzaamheid van de praktijkverbeteringsprojecten, opgezet door HAIO's rond het GMD +, na te gaan en de factoren die lijken bij te dragen tot de duurzaamheid van deze projecten (determinanten) te exploreren. Het praktisch gedeelte werd in volgende drie stappen gerangschikt:

Luik 1: identificatie van alle praktijkverbeteringsprojecten. Projecten die werden opgezet in het kader van een ManaMa-thesis zullen worden geïdentificeerd door het screenen van de lijst, bijgehouden door het ICHO (periode 2008-2014). Dit zal onafhankelijk gebeuren door twee onderzoekers, waarna de resultaten van beide onderzoekers elkaar zullen aanvullen.

Luik 2: oplijsten van de mogelijke determinanten die inspelen op de duurzaamheid van praktijkverbeteringsprojecten. Aan de hand van een bevraging van experten, op het vlak van het GMD+/preventie, zullen factoren die een mogelijke rol spelen in de duurzaamheid van praktijkverbeteringsprojecten geïdentificeerd worden.

Luik 3: nagaan duurzaamheid van projecten door het meten van de determinanten. De praktijkopleider van de praktijk waarbinnen een project werd opgezet (selectie projecten luik 1) zullen worden gecontacteerd. In een semi-gestructureerd interview zal worden bevraagd hoe het project destijds werd opgezet, hoe het project verliep en op welke manier dit nog steeds wordt gehanteerd in de huidige praktijkwerking. Eveneens wordt er gepeild naar de determinanten die in luik 2 werden geïdentificeerd.

1. Identificatie van alle praktijkverbeteringsprojecten

In de oorspronkelijke opzet van deze fase werd beslist om de databank van masterproeven op de site van het ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding) te raadplegen en aan de hand van in- en exclusiecriteria de kwaliteitsverbeteringsprojecten rond preventie en GMD+ te selecteren. In deze databank bevinden zich alle masterproeven vanaf 2008. Ze kan geraadpleegd worden via drie zoekmotoren: op auteur, op icpc-code (international classification of primary care) of via trefwoorden. Gezien onze in- en exclusiecriteria en het brede draagvlak van de gezondheidsgids was de lijst die we verkregen onvolledig. Echter in 2012-2014 maakte Dr. Simon Viaene, onder de promotorschap van prof. Paul De Cort, zijn ManaMa-thesis over de introductie van de gezondheidsgids in zijn praktijk. In het kader van zijn studie maakte Dr. Viaene een overzicht van projecten die over preventie gingen en geschreven waren tussen 2008 en 2013. Gezien hij systematisch in- en exclusiecriteria gebruikt heeft, werd er beslist om verder te bouwen op zijn resultaten. Er werden masterproeven van de jaren 2013-2014 bestudeerd en door dezelfde in- en exclusiecriteria toe te passen werd een selectie van de projecten rond GMD+ bekomen en aan de lijst van Dr. Viaene toegevoegd.

In de eerste fase van zijn systematische studie verzamelde Dr. Viaene de abstractboeken van 2008 tot 2013. In deze boeken werden de titels gescreend op basis van een aantal inclusiewoorden *(zie tabel 3)*. Wanneer één van deze kernwoorden in de titel voorkwam werd het project meegenomen naar de volgende ronde. In deze ronde werd het abstract van de Masterproef afgetoest aan onderstaande in- en exclusiecriteria *(zie tabel 3).* Indien een abstract voldeed aan de criteria in *tabel 3* werd de full tekst opgezocht via de icho-website. Van de masterproeven van 2008 tot en met 2011 waren slechts een beperkt aantal teksten beschikbaar. Er werd getracht om zoveel mogelijk van de ontbrekende teksten te bekomen via een mail naar de auteurs.

Inclusiecriteria bij lezen titels:	
"preventie", "preventiecentrum", "GMD+", "screening", "screenen", "gezondheidsgids", "preventiefolder", "patiëntenfolders", "cardiovasculair risico", "borstkanker", "mammografie", "cervixkanker/baarmoederhalskanker", "Uitstrijkje", "colo-rectale kanker/dikkedarmkanker", "iFOB", "levensstijl", "roken", "Alcoholmisbruik", "Voedingsadvies", "hart- en vaatziekten", "Aanzetten tot beweging", "diabetes mellitus", "vaccinaties", "psychische klachten", "suïcidaliteit", "obesitas", "overgewicht"	
Inclusie- en exclusiecriteria bij lezen abstracten:	
Inclusiecriteria	- Onderzoeksvraag die te maken heeft met de implementatie van items uit de gezondheidsgids in een huisartsenpraktijk. - Onderzoeksvraag naar implementatie van het GMD+. - Screening binnen de patiëntenpopulatie naar items die ook in de gezondheidsgids worden besproken zijnde: hart- en vaatziekten, rookstop, alcoholgebruik, voeding, fysieke activiteit, diabetes mellitus type 2, vaccinaties tegen tetanus/difterie/kinkhoest, influenza, pneumokokken, colorectale kanker, borstkanker, baarmoederhalskanker en depressie/suïcidaliteit.
Exclusiecriteria	- n < 50 personen - Screening naar ziekten of problemen die niet in de gezondheidsgids van Domus Medica worden besproken (bv. chronische nierinsufficiëntie). - Onderzoeken die werden uitgevoerd bij reeds gekende chronische zieken (bv. opvolging van diabetespatiënten). - Buiten de leeftijdsgroep 45-75j. - Geen GMD houdende patiënten. - Onderzoekopzet buiten de huisartsenpraktijk. - Tertiaire preventie. - Geen full-tekst verkregen - Geen bruikbare gegevens uit tekst af te leiden.

Tabel 3. *In- en exclusiecriteria bij de selectie van praktijksverbeteringsprojecten.*

2. Oplijsten van mogelijke determinanten.

Het opmaken van een lijst met mogelijke determinanten gebeurde aan de hand van een bevraging van experten in organisatie van de huisartspraktijk en experten in projectmatig werken rond gezondheid/preventie, en aan de hand van brainstorming bij collegae HAIO's uit de seminariegroep.

Oorspronkelijk werden vier experten via mail uitgenodigd om mee te werken aan het project (*bijlage 1*). Twee experten hebben op dit verzoek gereageerd: (i) Dr. Rik Baeten, preventie coördinator bij Domus Medica en (ii) Dr. Piet Vanden Bussche, huisarts en expert in kwaliteitszorg. De experten werden telefonisch gecontacteerd en met behulp van een ongestructureerd interview werd gevraagd om vanuit hun expertise aantal determinanten te identificeren.

Naast het bevragen van experten werd ook naar de mening van de HAIO's uit seminariegroep gepeild met behulp van een korte brainstorming. Vervolgens werden de gegevens die verkregen waren vanuit de interviews met experten en brainstorming met HAIO's, samengevoegd. Rekening houdend met de informatie uit de literatuuranalyse, werden de factoren gedefinieerd die in de derde fase van het project in de praktijk zouden worden getoetst.

Aan de hand van de opgesomde factoren werd een lijst vragen opgesteld die tijdens een telefonisch interview aan de PO's van de geselecteerde praktijken werden gesteld.

3. Nagaan duurzaamheid van de projecten en het meten van de determinanten.

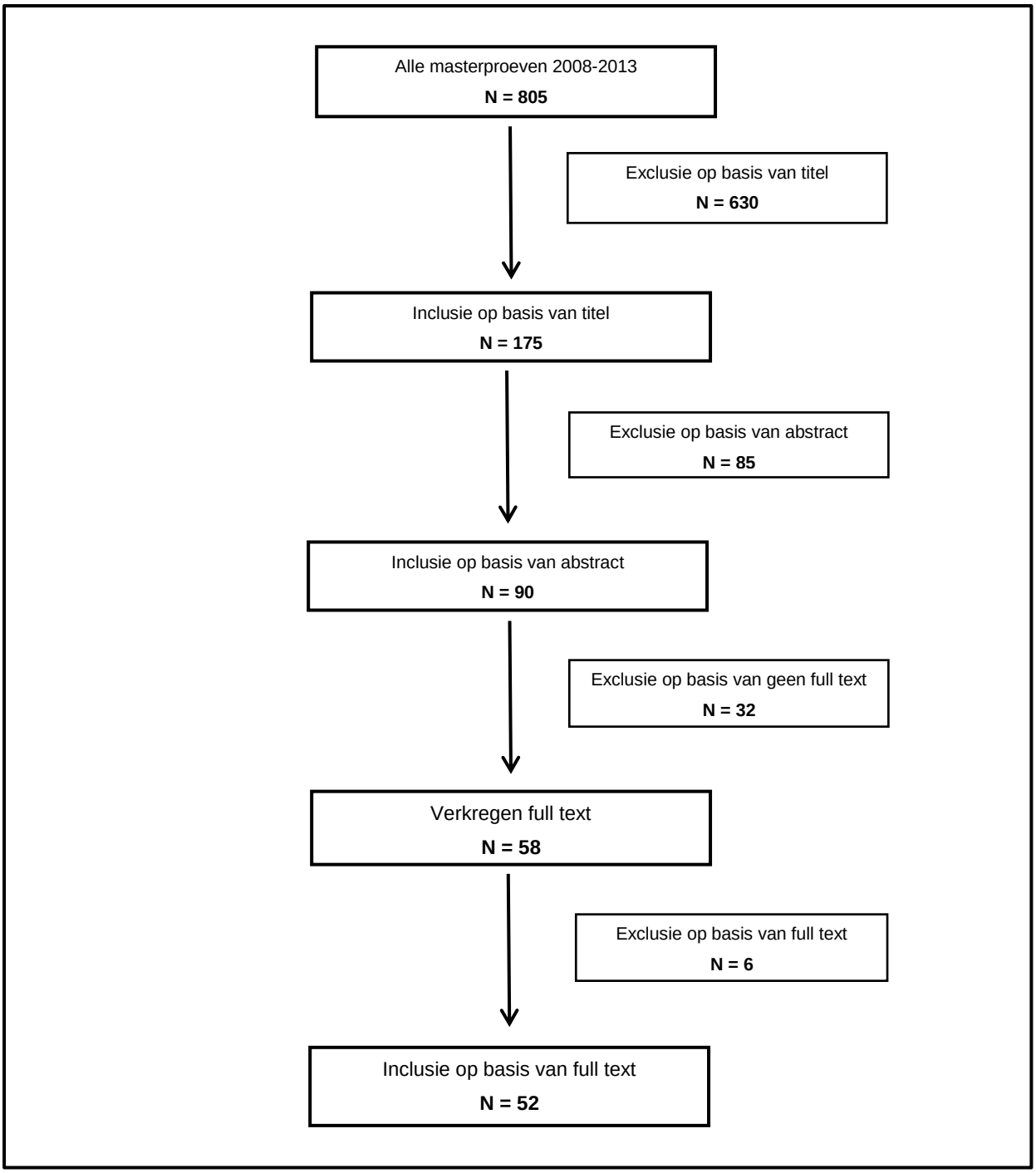
Om de praktijkopleiders (PO) van de geselecteerde projecten te kunnen contacteren, werd aan het secretariaat van het ICHO gevraagd om naar de PO's in kwestie een mail te versturen. In deze mail werd gepolst of de PO's bereid zijn om deel te nemen aan het onderzoek en indien wel of hun mailadres aan de onderzoekers mocht vrijgegeven worden.

Vervolgens werden de praktijkopleiders, die toegestemd hebben met deelname aan het onderzoek, via mail gecontacteerd *(zie bijlage2)* en aan de non-responders werd een herinnering verstuurd na een 3-tal weken. Er werd verzocht om de dag en het uur aan te geven, waarop de artsen opgebeld mochten worden voor een telefonisch interview. Vervolgens werden de PO's op het aangegeven moment opgebeld. De non-responders werden op een willekeurig moment telefonisch gecontacteerd met een vraag om de tijdstip aan te geven waarop het interview afgenomen kon worden.

Resultaten

1. Identificatie van alle praktijkverbeteringsprojecten

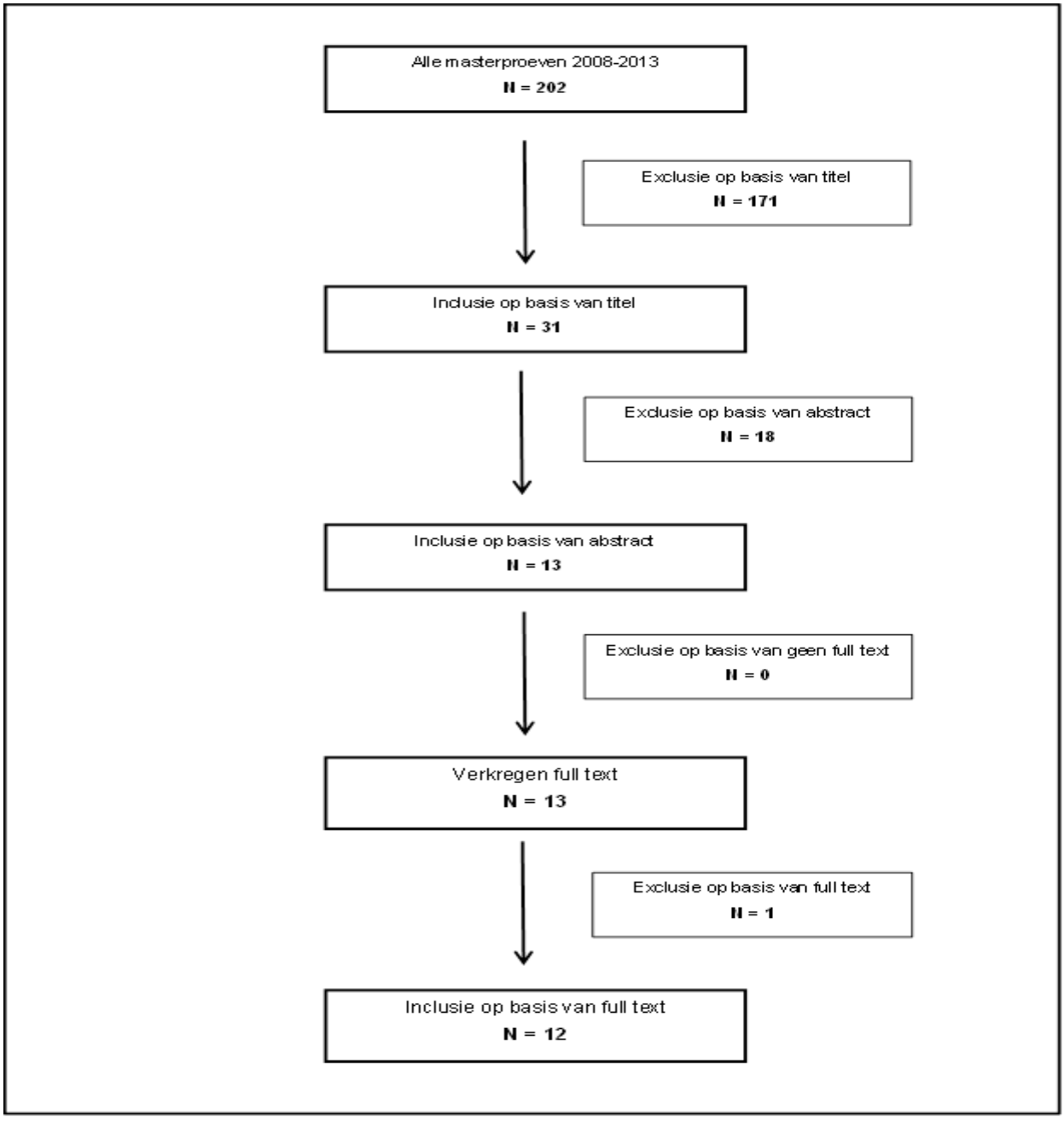
Door Dr. Viaene werden 52 thesissen weergehouden. *Figuur 3* vat zijn selectiemethode samen.



Figuur 3. *Selectie masterproeven 2008-2012.*

Gegeven het feit dat de selectie van Dr. Viaene slechts tot 2012 liep, werd door de onderzoekers een additionele zoekprocedure verricht zodat de Masterproeven (2012-2014) geïncludeerd konden worden.

Door dezelfde in- en exclusiecriteria toe te passen, werden in het kader van deze masterproef nog 12 projecten geselecteerd en aan de selectie van Dr. Viaene toegevoegd. De resultaten van deze selectie zijn in *figuur 4* weergegeven.



Figuur 4. *Selectie masterproeven 2012-2014.*

Bijgevolg werden in totaal 64 projecten weerhouden.

2. Oplijsten van mogelijke determinanten.

Dr. Rik Baeten heeft samen met collega's een aantal criteria vooropgesteld waaraan nieuwe methodieken en materialen getoetst moet worden vooraleer ze effectief geïntroduceerd kunnen worden. Deze criteria zijn gebaseerd op het Saunders model en zijn weergegeven in *tabel 4.* Zoals de gegevens uit de literatuurstudie vormden ze een basis bij het opstellen van een definitieve lijst van determinanten die uiteindelijk in de praktijk getoetst zouden worden.

1. Praktijkniveau	
a. Kwaliteitsverbetering	Zorgt het nieuwe aanbod voor verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg?
b. Vertrouwd	Gebruiken de huisartsen nu een gelijkaardig materiaal of de methodiek. Sluit het aan met de bestaande praktijkvoering?
c. Aanvaardbaarheid	Behoort de opdracht tot het aanvaarde takenpakket van de huisarts. Wordt deze methode of materiaal volgens de huisarts door patiënten aanvaard?
d. Tijd	Brengt deze methodiek extra tijdsinvestering mee? Vergroot deze methodiek de administratieve last?
e. Dossierbeheer	Kan dit materiaal of methode (vlot) in bestaande dossiersystemen worden geïntegreerd?
f. Vaardigheid en kennis	Vraagt deze methode of materiaal het verwerven van nieuwe kennis en vaardigheden?
2. Meso: Lokaal = kring, LOK, gemeente.	
a. Betrouwbaar	Is er op mesoniveau een door huisartsen aanvaard en betrouwbaar kanaal om de methode te promoten?
b. Ondersteuning	Is er op mesoniveau een haalbare methode om praktijkondersteuning aan de individuele huisarts te bieden?
3. Macro : Vlaams en Federaal = VIGeZ, Domus Medica, Vlaamse of federale overheid.	
a. Is er behoefte aan deze methodiek/materiaal in Vlaanderen?	
b. Ondersteuning	Bestaan er vormen van praktijkondersteuning op Vlaams of Federaal niveau: incentives, pleitbezorging (media), facilitatie?
c. Aanbeveling	Liggen de nieuw geïntroduceerde methoden en materialen in de lijn van bestaande richtlijnen?
d. Deskundigheid	Bestaat er aan huisartsensetting aangepaste vorming die de materialen en methodiek kunnen ondersteunen?

Tabel 4. *Criteria naar bruikbaarheid en doelmatigheid van Domus Medica.*

Het overzicht van de definitieve factoren die tot de duurzaamheid van de projecten zouden kunnen bijdragen wordt weergegeven in *tabel 5.* Om het oplijsten van de factoren zo concreet mogelijk te maken ging men ervan uit dat de voordelen van preventieve geneeskunde onmiskenbaar zijn en dat de implementatie van GMD + in de huisartsenpraktijk niet enkel op meso- en macroniveaus ondersteund wordt, maar eveneens door de huisartsen zelf als positief en nuttig wordt ervaren.

Factor	Verduidelijking	Verklarend model
Gezamenlijk idee	• Van wie kwam het idee op het project te starten? (PO, HAIO, brainstorming met alle praktijkpersoneel?)	• EGuiP: vrijwillige manier • Berwick (2)
Structuur (en visie?) van de praktijk	• Wat is de setting van de praktijk? (solo, groepspraktijk, WGC?) • Is de HAIO, die het project heeft opgestart blijven werken in de praktijk na het beëindigen van de opleiding? • Werden er vroeger kwaliteitsverbeteringsprojecten geïmplementeerd in de praktijk?	• Saunders: motivatie/praktijkorganisatie • Grol en Wensing: behoud van verandering • EQuiP: interdisciplinaire ontwikkeling
Significantie van de resultaten	• Zorgt het nieuwe aanbod voor verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg? • Word de nieuwe procedure positief ervaren door patiënten?	• EQuiP: patiënt staat centraal • Domus Medica: kwaliteitsverbetering en aanvaardbaarheid
Haalbaarheid (investering van tijd en middelen)	• Werd er extra materiaal aangekocht? • Wie was betrokken bij het uitvoering van het project (enkel HAIO, PO en HAIO, anderen?) • Is er extra personeel bij de uitvoering van het project betrokken is? (medische secretaresse, verpleegkundige?) • Wordt het nomenclatuurnummer van GMD + aangerekend?	• Saunders: vaardigheidstraining en motivatie/praktijkorganisatie • Domus Medica: tijd en haalbaarheid en kennis
Systematiek en continuïteit in het toepassen van het project:	• Is het project opgenomen in gebruikelijke dagdagelijkse activiteiten? • Is de vernieuwing ingepast in zorgplannen en/of het elektronisch patiëntendossier?	• EQuiP: continue kwaliteitsverbetering • Grol en Wensing: behoud van verandering • Domus Medica: dossierbeheer • Berwick (1)
Evaluatie gekoppeld aan implementatie	• Werd het project bijgestuurd tijdens de uitwerking? • Wordt het project systematisch geëvalueerd en indien nodig aangepast?	• EQuiP: continue kwaliteitsverbetering en zelfreflectie • Demig: PDCA

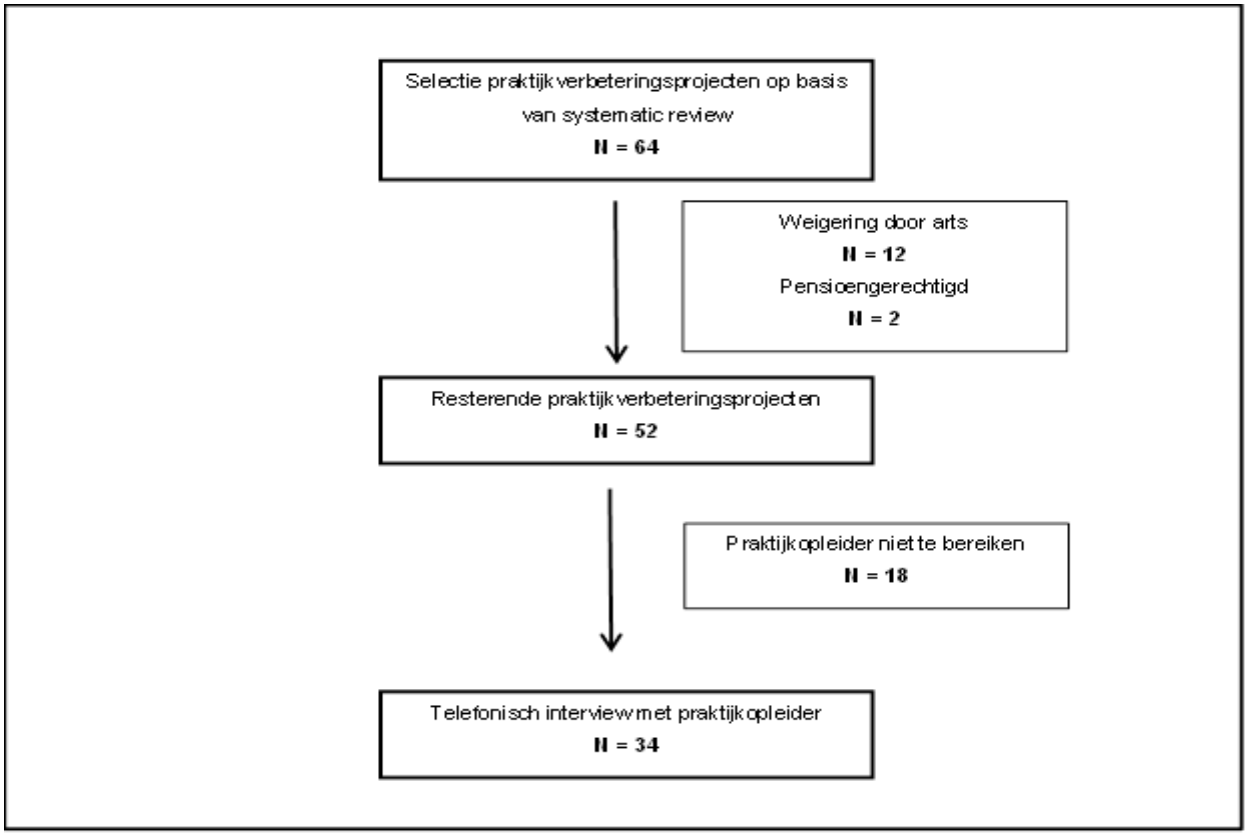
Tabel 5. *Determinanten van duurzaamheid.*

Aan de hand van deze factoren werd een topiclist geformuleerd die tijdens een telefonisch interview aan de PO's van de geselecteerde praktijken werd afgetoetst om na te gaan of de gedefinieerde determinanten een invloed hebben gehad op de duurzaamheid van de kwaliteitsverbeteringsprojecten (*zie bijlage 3)*.

3. Nagaan duurzaamheid van de projecten en het meten van de determinanten.

3.1 Duurzaamheid van de projecten.

Van de 64 geselecteerde projecten hebben 12 praktijkopleiders geweigerd om deel te nemen aan het onderzoek. Twee PO's zijn reeds pensioengerechtigd, waardoor de evaluatie van het project niet meer mogelijk was. Van de resterende 52 artsen werden uiteindelijk 34 artsen geïnterviewd. Bij 18 artsen is het niet gelukt om het interview af te nemen ondanks meerdere telefonische pogingen. Figuur 5 vat deze procedure samen.



Figuur 5. *Flowchart interviews met praktijkopleiders.*

In 23 van de 34 gecontacteerde praktijken (67,6 %) worden de projecten nog steeds toegepast.

3.2 Meten van de determinanten.

Aan de hand van de vooropgestelde topiclist werden de gedefinieerde determinanten van de duurzaamheid getoetst. Op basis van het feit of het project nog steeds wordt toegepast in de huisartsenpraktijk, wordt het vervolg van de resultaten opgesplitst in twee tabellen *(zie tabel 5 en 6)*.

Setting van de praktijk	
Solo praktijk	3 (13.0 %)
Duo praktijk	7 (30.5 %)
Groepspraktijk	12 (52.2 %)
Wijkgezondheidscentrum (WGC)	1 (4.3 %)
Aanwezigheid van andere medewerkers (secretariaat, diëtiste, verpleegkundige, e.a.)	
Ja	18 (78.2 %)
Neen	5 (21.8 %)
Eerste project in de praktijk?	
Ja	5 (21.7 %)
Neen	18 (78.3 %)
Associatie HAIO	
Ja	8 (34.7 %)
Neen	15 (65.3 %)
Kwaliteitsverbetering van het project	
Ja	21 (91.3 %)
Neen	2 (8.7 %)
Reactie van de patiënten	
Positief	23 (100 %)
Niet positief	0 (0.0 %)
Oorsprong idee	
HAIO	10 (43.5 %)
PO	3 (13.1 %)
HAIO + PO	5 (21.7 %)
Alle artsen	5 (21.7 %)
Betrokkenheid bij de uitvoering	
Enkel HAIO	0 (0.0 %)
HAIO + PO	4 (17.4 %)
Alle medewerkers	19 (82.6 %)
Investeringen	
Ja	5 (21.7 %)
Neen	18 (78.3 %)
Aanrekenen GMD+	
Ja	15 (65.2 %)
Neen	8 (34.8 %)
Integratie in het EMD	
Ja	21 (91.3 %)
Neen	2 (8.7 %)
Bijsturing tijdens uitvoering	
Ja	11 (47.8 %)
Neen	12 (52.1 %)
Systematische evaluatie	
Ja	12 (52.2 %)
Neen	11 (47.8 %)

Tabel 5. *Gegevens van de projecten die nog steeds toegepast worden (n=23)*

De voornaamste redenen waarom de projecten nog steeds toegepast worden, waren:

- De medische en emotionele meerwaarde van het project;
- Eenvoud en haalbaarheid;
- Integratie van de vernieuwing in het EMD;
- Het feit dat iedereen betrokken is bij het uitvoering en verdere toepassing van het project.

Initieel werden enkel de vragen uit de oorspronkelijke topiclist gesteld *(zie bijlage 3).* Na enkele interviews merkten de onderzoekers dat de PO's van de projecten die niet meer toegepast worden, telkens vermeldden wat de reden was. PO's van de projecten die nog steeds actief waren, deden dit niet. Vervolgens stelde men een bijkomende vraag: Welke factoren hebben volgens u een rol gespeeld in het feit dat het project nog wel/niet meer toegepast wordt? Gezien niet alle PO's de kans hebben gekregen om de reden aan te geven waarom het project nog steeds toegepast wordt, is de verdere analyse van deze redenen niet mogelijk.

Setting van de praktijk	
Solo praktijk	3 (27.3 %)
Duo praktijk	3 (27.3 %)
Groepspraktijk	4 (34.4 %)
Wijkgezondheidscentrum (WGC)	1 (9.0 %)
Aanwezigheid van andere medewerkers (secretariaat, diëtiste, verpleegkundige, e.a.)	
Ja	9 (82.0 %)
Neen	2 (18.0 %)
Eerste project in de praktijk?	
Ja	4 (36.3 %)
Neen	7 (63.7 %)
Associatie HAIO	
Ja	2 (18.0 %)
Neen	9 (82.0 %)
Kwaliteitsverbetering van het project	
Ja	9 (82.0 %)
Neen	2 (18.0 %)
Reactie van de patiënten	
Positief	7 (63.7 %)
Niet positief	4 (36.3 %)
Oorsprong idee	
HAIO	9 (82.0 %)
PO	1 (9.0 %)
HAIO + PO	0 (0.0 %)
Alle artsen	1 (9.0 %)
Betrokkenheid bij de uitvoering	
Enkel HAIO	3 (27.4 %)
HAIO + PO	1 (9.0 %)
Alle medewerkers	7 (63.6 %)
Investeringen	
Ja	1 (9.0 %)
Neen	10 (91.0 %)

Aanrekenen GMD+	
Ja	7 (63.6 %)
Neen	4 (34.4 %)
Integratie in het EMD	
Ja	7 (63.6 %)
Neen	4 (36.4 %)
Bijsturing tijdens uitvoering	
Ja	2 (18.0 %)
Neen	9 (82.0 %)

Tabel 6. *Gegevens van de projecten die niet meer toegepast worden (n=11)*

Van de 11 projecten die niet meer toegepast worden, zijn er drie die gestopt zijn omwille van externe factoren: enerzijds door de overname van preventie door de Vlaamse Overheid (borstkankerscreening en colorectale kankerscreening - 2 huisartspraktijken) en anderzijds door het feit dat het preventiecentrum, waarmee de praktijk samenwerkte in het kader van het project, nog weinig actief is (1 huisartspraktijk).
De voornaamste redenen waarom de projecten niet meer toegepast worden, waren:

- Software gerelateerd (4 projecten):
  - Incompatibiliteit van de uitgewerkte praktijklijn met het EMD;
  - Gebrek aan GMD + module, geïntegreerd in het EMD;
  - Beperkte aantal artsen in de praktijk die met geïntegreerde gegevens kunnen werken.
- Tijdsgebrek en bijkomende administratieve taken die het project praktisch niet haalbaar maken (5 projecten).
- Weinig toegevoegde waarde van het project gezien veel item reeds tijdens de gewone consultaties behandeld worden (2 projecten).

3.3 Analyse van de determinanten aan de hand van de verkregen resultaten.

In 67,6 % van kwaliteitsverbeteringsprojecten rond GMD+ worden nog steeds toegepast in de praktijken. In het vervolg van dit werk zal deze groep huisartsenpraktijken de “actieve groep” genoemd worden. In 32,4% van de opgebelde praktijken zijn de projecten niet meer actief. In het vervolg van dit werk zal deze groep de “niet-actieve groep” genoemd worden.

3.3.1 Gezamenlijk idee.

In de niet-actieve groep kwam het idee om het project op te starten voornamelijk van een HAIO (82%), terwijl bij de nog steeds actieve projecten het thema van het project in minder dan de helft van de cases (43,5%) enkel door de HAIO werd uitgekozen.

3.3.2 Structuur van de praktijk.

Het percentage van solopraktijken is hoger in de groep van niet-actieve projecten (27,3%) in vergelijking met de actieve groep (13%). Het associëren van de HAIO is 34,7% in de groep van actieve projecten. Dit is bijna twee keer hoger in vergelijking met de niet-actieve groep (18%). In de groep van niet-actieve projecten ging het in 36,3% van de gevallen om het eerste project, in de groep van actieve projecten waren 21,7% van de projecten als eerste opgestart.

3.3.3 Significantie van de resultaten.

De significantie van de resultaten werd gemeten aan de hand van twee punten: de verbetering van de zorg door het toepassen van het project en de tevredenheid van de patiënten.

Zowel in actieve als in niet-actieve groep zorg het nieuwe aanbod voor verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg (respectievelijk 91,4 en 82%). De tevredenheid van de patiënten is echter verschillend. In de actieve groep ervaren alle patiënten de vernieuwing als positief, in de niet-actieve groep werden 36,3% van de projecten eerder als niet positief ervaren.

3.3.4 Haalbaarheid (investering van tijd en middelen)

Het percentage van de praktijken waarin investeringen zijn gedaan om het project te kunnen toepassen ligt in beide groepen laag (21,7% in de actieve groep en 9% in de niet-actieve groep). In de meeste gevallen gaat het over drukwerk, bestellen van folders en versturen van brieven. Deze uitgaven werden voor de meerderheid van bevraagde artsen als geen investering aangegeven.

In beide groepen werden bij het uitvoeren van de meerderheid van de projecten alle medewerkers betrokken (82,6% in actieve groep en 63,6 in niet-actieve groep), hoewel het aantal praktijken waar enkel de HAIO ingeschakeld werd tijdens het realiseren van de praktische gedeelte van het project duidelijk hoger ligt in niet-actieve groep (27%). Terwijl in de actieve groep dit in geen enkel geval is. Het feit dat iedereen betrokken is bij de uitvoering en verdere toepassing van het project werd ook door de artsen aangegeven als mogelijke factor van de duurzaamheid.

Bijna alle praktijken (in beide groepen) werden ondersteund door andere medewerkers (voornamelijk door het secretariaat), slechts een klein aantal artsen werkten zonder ondersteuning (vijf in de actieve groep en twee in de niet-actieve groep).

Het aantal praktijken waar het GMD+ nomenclatuur aangerekend wordt, was vergelijkbaar in beide groepen (65,2% in actieve groep en 63,6% in niet-actieve groep).

3.3.5 Systematiek en continuïteit in het toepassen van het project

In 91,3% van de actieve projecten werd het kwaliteitsverbeteringsproject ingepast in zorgplannen en/of het elektronisch patiëntendossier. In de niet-actieve groep gebeurde dit in 36,4 % van de gevallen. Vier van de acht praktijkopleiders van projecten die gestopt zijn omwille van niet externe redenen gaven beperkte integratie van het project in het EMD als voornaamste reden van het stopzetten van het project.

3.3.6 Evaluatie gekoppeld aan implementatie

In de actieve groep werd bijna de helft van de projecten bijgestuurd tijdens de uitwerking (47,8%). In de niet-actieve groep bedraagt dit 18%.

Discussie

Het doel van deze Masterproef was om na te gaan wat de duurzaamheid van de praktijkverbeteringsprojecten rond het GMG+ (die werden opgezet door HAIO's) is en de factoren te identificeren die bijdragen tot de duurzaamheid van deze projecten.

Aan de hand van de in- en exclusiecriteria werden 64 kwaliteitsverbeteringsprojecten geselecteerd, waarvan uiteindelijk 34 praktijkopleiders werden geïnterviewd. Uit het onderzoek blijkt dat ongeveer twee derden (67,6%) van de projecten nog steeds toegepast worden in de praktijken.

Via een uitgebreide literatuurstudie, bevraging van experten op het vlak van het GMD+/preventie en brainstorming met HAIO's uit de seminariegroep, werden zes determinanten van de duurzaamheid gedefinieerd en getoetst tijdens de interviews. Deze determinanten lijken verschillende rollen te spelen in de duurzaamheid van de kwaliteitsverbeteringsprojecten.

Dataverzameling van dit project vond plaats tussen november 2014 en februari 2015. De lage responsrate (53%) kan deels verklaard worden doordat dit de drukste maanden voor de huisartsen zijn (onder andere griepseizoen).

Wat duurzaamheid van de praktijkverbeteringsprojecten betreft scoren de meeste projecten vrij goed. Ongeveer twee derde (67,6 %) van de projecten worden in meer of mindere mate nog steeds toegepast in de praktijken. Door de aanzienlijke diversiteit van deze projecten en belangrijke variëteit van de mate waarin de projecten vandaag nog toegepast worden, was het niet altijd evident om het project in de actieve of in de niet-actieve groep te categoriseren. Enkel twee van de bevraagde praktijkopleiders gaven aan dat het concept nog steeds op de initiële manier toegepast wordt. In de overige 21 praktijken werd de aanvankelijke strategie al dan niet door een (systematische) evaluatie aangepast naar de toepassing van de dag van vandaag.

Zo worden in slechts drie praktijken de uitnodigingen tot deelname aan GMD+ jaarlijks verstuurd. Dit werd vervangen door een mondeling verzoek tijdens consultaties om wille van een andere problematiek. Indien dit nog wel op systematische wijze gebeurt, verloopt de rekrutering van de patiënten op een andere manier. Voorbeelden van deze nieuwe aanpakken zijn onder andere het versturen van de uitnodiging via mail, het uitnodigen tot deelname aan GMD + van de patiënten die in aanmerking komen voor griepvaccinatie, het versturen van de uitnodiging samen met het verjaardagskaart voor 45ste en 50ste verjaardag. In veel praktijken worden de projecten slechts gedeeltelijk toegepast. Een voorbeeld daarvan is het noteren van de gegevens in het EMD enkel door een jongere collega of door een collega die meer vertrouwd is met de software pakket. Sommige projecten werden heropgestart na een tijdje stil gelegen te hebben. Eén van de meest voorkomende patronen van aanpassing van projecten is het opportunistisch opvolgen van de gegevens (bijvoorbeeld rookstatus, tetanusvaccinatie, baarmoederhalskanker screening) die op systematische wijze tijdens de initiële kwaliteitsverbeteringsproject bekomen en geregistreerd werden. Eén van de determinanten van de duurzaamheid, die binnen dit werk gedefinieerd zijn, is evaluatie en bijsturing van het project. Projecten, waarvan de initiële werkwijze aangepast was (al dan niet na evaluatie) werden bijgevolg als actieve beschouwd. Enkel concepten die algeheel niet meer toegepast worden werden in de niet-actieve groep gecategoriseerd.

Na het toetsen van de determinanten van de duurzaamheid bleek dat factoren verschillende rollen lijken te spelen in de continuïteit van de projecten.

In de niet-actieve groep kwam het **idee** om het project op te starten voornamelijk van een HAIO: 9/11 praktijken (82%). In één praktijk stond enkel een PO achter het concept en in één praktijk waren alle artsen betrokken bij de brainstorming. In de actieve groep waren dit respectievelijk 10 (43,5 %), 3 (13,1) % en 5 (21,7 %) praktijken en in 5 praktijken (21,7%) kwam het idee van een HAIO en een PO samen, zonder dat de andere medewerkers erbij betrokken werden. Dit impliceert dat de betrokkenheid tot het selecteren van het concept van de praktijkopleider en andere artsen die werkzaam zijn in de praktijk een belangrijke rol speelt in de duurzaamheid van het project.

Bij de analyse van de **structuur van de praktijk** bleek dat het percentage van de solopraktijken twee keer hoger is in de niet-actieve groep dan in de actieve groep (respectievelijk 27,3% (n=3) en 13% (n=3)). Het associëren van de HAIO is in de actieve groep eveneens bijna twee keer zo hoog als in de niet-actieve praktijken (respectievelijk 34,7% (n=8) en 18% (n=2)). Uit deze bevindingen kan, met enige voorzichtigheid, afgeleid worden dat de kans op het toepassen van het project op lange termijn hoger ligt indien dit project geïmplementeerd enerzijds wordt in een duo- of groepspraktijk en anderzijds wanneer de HAIO zich later associeert met de praktijk. Het kleine aantal praktijken in sommige subgroepen (slechts drie solo praktijken in zowel actieve als niet actieve groep, twee praktijken uit de niet-actieve groep, waar HAIO gebleven is) doet echter vermoeden dat we mogelijks te maken hebben met een selectiebias wat de interpretatie van deze resultaten mogelijks in gevaar brengt.

De **significantie van de resultaten**, namelijk verbetering van de zorgkwaliteit na het toepassen van de kwaliteitsverbeteringsproject, ligt hoog in beide groepen (91,4% (n=21) in de actieve groep en 82% (n=9) in de niet-actieve groep). Dit vloeit uit het concept van GMD+, dat sinds 1 april 2011 door Domus Medica in het leven werd geroepen en op sterke wetenschappelijke basis berust. De tevredenheid van de patiënten bleek wel verschillend te zijn. In de actieve groep ervaren 100% van de patiënten de vernieuwing als positief, in niet actieve groep werden 36,3% (n=4) van de projecten eerder als niet positief ervaren. Uit dit gegeven volgt dat de aanvaardbaarheid van het praktijkverbeteringsproject, in dit geval door de patiënt, de duurzaamheid van het project stimuleert.

Wat **haalbaarheid** van projecten betreft, kan men concluderen dat betrokkenheid van alle medewerkers van de praktijk bij het uitvoeren van het project een rol kan speelt in de duurzaamheid van het kwaliteitsverbeteringsproject. Het aantal praktijken waarbij namelijk enkel de HAIO instond voor het realiseren van het praktische gedeelte van het project ligt duidelijk hoger in de niet-actieve groep (27,4% (n=3) in vergelijking met 0% in de actieve groep). Deze factor werd eveneens door de artsen van de actieve groep aangehaald als mogelijke factor van de duurzaamheid. Door het kleine aantal van de praktijken waarbij enkel HAIO het project uitvoerde moet deze conclusie, door de kans op een selectiebias, met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

In 91,3% (n=21) van de actieve projecten was het kwaliteitsverbeteringsproject geïntegreerd in zorgplannen en/of het elektronisch patiëntendossier. In de niet actieve groep gebeurde dit in 36,4 % (n=4) van de gevallen. Dit item word verder door de praktijkopleiders aangegeven als belangrijke factor van duurzaamheid. Vier van de acht praktijkopleiders van projecten die gestopt zijn omwille van niet externe redenen gaven beperkte integratie van het project in het EMD als voornaamste

reden van het stopzetten van het project. **Systematiek en continuïteit in het toepassen van het project** blijkt dus één van de factoren te zijn die kunnen bijdragen tot de duurzaamheid van de projecten.

Het percentage van de projecten die **geëvalueerd** werden tijdens de **implementatie** ligt duidelijk hoger in de actieve groep in vergelijking met niet-actieve groep (respectievelijk 47,8% (n=11) en 18% (n=2)). Gezien het slechts 2 praktijken zijn, moet dit gegeven met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Uit de analyse van de determinanten blijkt dat drie factoren duidelijk naar voor komen en een rol spelen in de duurzaamheid van de projecten. Deze factoren zijn: (i) een gezamenlijk idee, (ii) significantie van de resultaten en (iii) systematiek en continuïteit in het toepassen van het project (bijvoorbeeld het inpassen van de vernieuwing in het elektronisch medisch dossier).

Het factor van een gezamenlijk idee kan men terugvinden in verschillende bronnen die in de literatuurstudie van deze Masterproef werden aangehaald. Zo houdt het FOCUS-stappenplan een vergadering in waarbij alle betrokkenen gaan samen zitten om het probleem te definiëren en het stappenplan uit te werken. Eén van de Berwick's principes van kwaliteitsverbetering is "een gemeenschappelijke definitie hebben van wat goede kwaliteit is en welk niveau van kwaliteit men ambieert" wat een gezamenlijk idee impliceert van wat het probleem is hoe het opgelost kan worden. EQuiP benoemt de vrijwillige analyse van het probleem als één van de vijf factoren van de duurzaamheid. De vrijwilligheid kan slechts verzekerd worden indien iedereen betrokken wordt bij het bepalen van het probleem. De A-determinant van het ASE-model (Attitude: hoe positief of negatief staat de persoon ten aanzien van het gedrag?) houdt mede in dat de intentie om dat gedrag te vertonen versterkt wordt indien de persoon positief staat ten aanzien van de gedragsverandering en dit kan enkel indien de persoon in kwestie de inspraak heeft in wat deze gedragsverandering betreft.

De significantie van de resultaten komt terug in de criteria van Domus Medica, die gebruikt worden om methodieken en materialen te toetsen. Eén van de criteria is de significantie van de resultaten. Met dit criterium gaat men na of het nieuwe project effectief voor een kwaliteitsverbetering zorgt in de geleverde zorg. Dit lijk een logische feit te zijn, het heeft immers geen zin om een project op te starten die geen verbetering van de zorg met zich meebrengt. Uit deze studie is echter gebleken dat ook de tevredenheid van de patiënten een zeer belangrijke rol speelt in de duurzaamheid van de projecten. Dit kan teruggekoppeld worden aan de factor van EQuiP patiëntgerichte zorg (de patiënt staat centraal binnen het zorgproces en wordt hierin betrokken) en aan aanvaardbaarheids-criterium van Domus Medica.

Systematiek en continuïteit in het toepassen van het project vindt men terug in de meerderheid van de literatuurbronnen. Demig (1950) beschreef reeds het proces van de continue kwaliteitsverbetering aan de hand van zijn PDCA-cyclus. Andere voorbeelden zijn:

- EQuiP's principe van continue kwaliteitsverbetering: de kwaliteitsverbeteringsinitiatieven worden best opgenomen in de gebruikelijke dagdagelijkse activiteiten en aan de hand van de PDCA-cyclus continu en systematisch worden geëvalueerd en indien nodig aangepast;
- fase van behoud van verandering in het model van Grol en Wensing (2006): de vernieuwing moet ingepast worden in zorgplannen en/of het elektronisch patiëntendossier);

- eerste principe van Berwick (1992): intentie hebben om continu te verbeteren;
- criterium van dossierbeheer van Domus Medica: kan dit materiaal of methode (vlot) in bestaande dossiersystemen worden geïntegreerd?

De relevantie in duurzaamheid van kwaliteitsverbeteringsprojecten van de overige drie factoren, die in deze Masterproef werden gedefinieerd aan de hand van de literatuurstudie, kon niet bewezen worden. Een mogelijke oorzaak van dit gegeven kan eventueel toegewezen worden aan de kleine steekproef PO's die bevraagd werden.

Eén van de andere mogelijke beperkingen van dit onderzoek kan liggen aan het feit dat de artsen uit de actieve groep eventueel enthousiaster waren over dit onderzoek en makkelijker instemden voor het interview. Terwijl PO's uit de niet-actieve groep eerder terughoudend waren en liever niet participeerden in het onderzoek.

Een leereffect van het interview als onderzoek is ongetwijfeld eveneens een beperking van deze studie. Initieel werden enkel de vragen uit de oorspronkelijke topiclist gesteld *(zie bijlage 3).* Na enkele interviews merkten de onderzoekers dat de PO's van de projecten die niet meer toegepast worden, telkens vermeldden wat de reden was. PO's van de projecten die nog steeds actief waren, deden dit niet. Vervolgens stelde men een bijkomende vraag: Welke factoren hebben volgens u een rol gespeeld in het feit dat het project nog wel/niet meer toegepast wordt? Gezien niet alle PO's de kans hebben gekregen om de reden aan te geven waarom het project nog steeds toegepast wordt, is de verdere analyse van deze redenen niet mogelijk.

Onder de sterktes van dit onderzoek kunnen de voordelen van het telefonisch interview vernoemd worden: tijdbesparend, flexibel van tijd van opname, mogelijkheid tot doorvragen in een interview.

Door de beperkingen van deze studie is het niet geluk alle gedefinieerde factoren te ontleden. Het zou interessant zijn om in de toekomst een verder onderzoek te verrichten waarbij kwaliteitsverbeteringsprojecten rond verschillende items bestudeerd zullen worden. Door andere projecten rond verschillende items in het onderzoek te includeren kan het aantal praktijken verhoogd worden waardoor de selectiebias eventueel beperkt zal worden. Er kan een grotere respons verwacht worden indien het contact met de artsen in de rustige zomermaanden gebeurt, in plaats van tijdens de drukke herfst- en winderperiode.

Conclusie

De kwaliteitsverbeteringsprojecten rond GMD+ die in het verleden zijn opgestart door HAIO's scoren vrij goed wat duurzaamheid betreft. Ongeveer twee derden (67,6 %) van de projecten worden in meer of mindere mate nog steeds toegepast in de praktijken.

Aan de hand van de literatuurstudie, bevraging van experten en brainstorming met de HAIO's uit de seminariegroep werden zes determinanten van de duurzaamheid gedefinieerd en getoetst in de praktijk. Gegeven het feit dat slechts een kleine fractie van de praktijkopleiders bevraagd werd, moeten de resultaten van deze studie met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Doch, een aantal factoren kwamen doorheen het onderzoek duidelijk naar voor en spelen een rol in de duurzaamheid van de projecten. Deze factoren zijn: (i) een gezamenlijk idee, (ii) significantie van de resultaten en (iii) systematiek en continuïteit in het toepassen van het project (namelijk het inpassen van de vernieuwing in het elektronisch medisch dossier).

Om de andere geïdentificeerde factoren optimaal te kunnen analyseren is verder onderzoek vereist. Toekomstig onderzoek die deze factoren wil valideren zou, bij voorkeur, een groter aantal geïncludeerde projecten dienen te gebruiken.

Literatuurlijst

1. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press; 1980.
2. IOM, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academies Press; 2001.
3. RGO, Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies kwaliteit van zorg: terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek kwaliteit van zorg. Den Haag: RGO; 1990.
4. Koning J de, Hoeijmakers M. Prestatie-indicatoren voor de nieuwe publieke taken van het RIVM. RIVM-rapport nr. 000200701. Bilthoven: RIVM; 2007.
5. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: Establishing Aims for the 21st century Health Care System. Washington (DC): National Academy Press (US); 2001
6. Ontario Health Quality Council. Reporting Framework: The Attributes of a High Performing Health System; 2008
7. Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard Uitgeverij; 2008
8. Derose SF, Schuster MA, Fielding JE, Asch SM.Public Health Quality Measurement: concepts and challenges. Ann Rev Public Health. 2002; 23: 1-21.
9. Donabedian A. Quality assurance. Structure, process and outcome. Nurs Stand. 1992; 7: 2-8.
10. Schuster MA, McGlynn EA, Brook RH. How good is the quality of health care in the United States? Milbank Q. 1998; 76(4):517-63, 509.
11. Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. Med Care. 2001 Aug; 39(8 Suppl 2): II 46-54.
12. Berwick DM. The clinical process and the quality process. Qual Manag Health Care. 1992 Fall; 1(1):1-8
13. Rosser W, Dovey S, Bordman R, et al. Medical errors in primary care: results of an international study of family practice. Can Fam Physician. 2005 Mar; 51:386-7.
14. Tilyard M, Dovey S, Hall K. Avoiding and fixing medical errors in general practice: prevention strategies reported in the Linnaeus Collaboration's Primary Care International Study of Medical Errors. N Z Med J. 2005 Jan 28; 118(1208):U1264
15. Saunders JB, Roche AM. Medical education in substance use disorders. Drug Alcohol Rev. 1991; 10(3):263-75.
16. Vries, H. de, Dijkstra, M., Kuhlman, P. Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. Health education research. 1988; 3, nr.3, pp. 273-282.
17. Levitt C, Hilts L. Quality Book of Tools. A comprehensive set of quality performance indicators for family practices. Hamilton: McMaster Innovation Press; 2010.
18. Wensing M, Wollersheim H, Grol R. Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. Implement Sci. 2006; 1: 2.
19. Grol R, Bosch M, Hulscher M et al. Planning and Studying Improvement in Patient Care: The Use of Theoretical Perspectives. Milbank Q. 2007; 85(1):93-138.

Bijlagen

Bijlage 1. Mail aan experten

Geachte

In kader van een ManaMa-thesis (Ekaterina Soboleva) voert de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg een onderzoek naar de duurzaamheid van praktijkverbeteringsprojecten rond het GMD+ die werden opgezet door HAIO's (huisartsen in opleiding) binnen huisartspraktijken waar zij stage liepen.

In de volgende fase van dit project willen wij graag de factoren en determinanten die lijken bij te dragen tot de duurzaamheid van deze projecten in kaart brengen. Om deze factoren te definiëren zouden we graag uw mening als expert in dit domein willen horen. Daarom willen wij u graag uitnodigen om, vanuit uw expertise, uw standpunt op deze determinanten te formuleren. Dit kan tijdens een telefonisch gesprek op het voor u passend moment.

Wij danken u alvast voor het in overweging nemen van onze vraag. Indien u bereid bent om mee te werken aan dit project, laat weten wanneer het voor u past om dit gesprek te voeren. Dit kan door te mailen naar ekatherina.soboleva@gmail.com. Indien het u voor niet mogelijk is, aarzel niet een andere expert te suggereren.

Om de voortgang van dit project te bewaken, vragen we u ons bij voorkeur tot 18 juli uw standpunt door te bezorgen eveneens door te mailen naar ekatherina.soboleva@gmail.com.

Dank bij voorbaat

Met vriendelijke groeten

Prof. dr. Sara Willems

Bijlage 2. Mail aan praktijkopleiders

Geachte

In kader van een ManaMa-thesis (Ekaterina Soboleva) voert de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg (UGent) een onderzoek naar de duurzaamheid van praktijkverbeteringsprojecten rond het GMD+ die werden opgezet door HAIO's binnen huisartspraktijken waar zij stage liepen.

In uw praktijk werd in de voorbije jaren zo'n project uitgevoerd en dit door naam, titel. In de volgende fase van deze ManaMa-thesis willen wij graag de factoren (determinanten) die lijken bij te dragen tot de duurzaamheid van deze projecten meten aan de hand van enkele vragen via een telefonische interview. Daarom willen wij u graag uitnodigen om deel te nemen aan dit interview.

Indien u bereid bent om mee te werken aan dit project zal u, op het door u aangegeven moment, telefonisch gecontacteerd worden om een korte vragenlijst te overlopen. Dit zal hoogstens 15 minuten in beslag nemen.

In bijlage vindt u een folder met meer informatie over dit onderzoeksproject. Indien u na het lezen van een informatiefolder nog vragen hebt, aarzel niet om het onderzoeksteam te contacteren.

Graag vragen wij u één van onderstaande vakjes aan te kruisen wanneer u wel of niet bereid bent om deel te nemen aan dit onderzoek. Bij bereidheid tot deelname mag u moment aangeven waarop u graag gecontacteerd wenst te worden. Dit formulier mag u terugmailen naar ekatherina.soboleva@gmail.com

☐ Ja, ik wens graag deel te nemen aan dit onderzoek en wil bij voorkeur gecontacteerd worden op …/…/… om ……..uur op telefoonnummer ……..

☐ Neen, ik wens niet deel te nemen aan dit onderzoek.

Wij danken u alvast voor het in overweging nemen van onze vraag.

Dank bij voorbaat

Met vriendelijke groeten

Prof. dr. Sara Willems

Bijlage 3. Vragenlijst telefonisch interview huisartsenpraktijken

Vragen betreffende structuur en visie van de praktijk.

1. Wat is de setting van de praktijk? (solo, groepspraktijk, WGC?). Zijn er nog andere medewerkers werkzaam in de praktijk? (VPK, diëtiste, secretariaat?)
2. Is dit het eerste project die in deze praktijk opgestart is of waren er in het verleden nog andere projecten uitgevoerd?
3. Wordt het project nog steeds toegepast in de praktijk? In welke mate?
4. Is de haio, die het project heeft opgestart gebleven in de praktijk na het beëindigen van de opleiding?

Vragen betreffende significantie van de resultaten.

5. Zorgt het nieuwe aanbod voor verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg?
6. Werd het project positief ervaren door de patiëntenpopulatie?

Vragen betreffende oorsprong van het idee van het project.

7. Van wie kwam destijds het idee om het project op te starten?
8. Wie was betrokken bij het uitvoering van het project?

Vragen betreffende haalbaarheid van het project (investering van tijd en middelen).

9. Werden er investeringen gedaan om het project in de praktijk te kunnen toepassen?
10. Wordt het nomenclatuurnummer van GMD + aangerekend?

Vragen over de systematiek en continuïteit bij het toepassen van het project.

11. Is de vernieuwing ingepast in zorgplannen en/of het elektronisch patiëntendossier en/of de praktijkprotocollen?
12. Werd het project bijgestuurd tijdens de uitwerking?

Een vraag betreffende evaluatie gekoppeld aan implementatie van het project.

13. Indien het project nog steeds toegepast wordt, wordt het systematisch geëvalueerd en indien nodig aangepast?

Bijlage 4. Goedkeuring Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

UNIVERSITEIT GENT

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0265	27-mrt-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Evaluatie van kwaliteitsverbeteringsprojecten m.b.t. GMD+ die door HAIO's in de huisartsenprakijk werden opgezet - MAnaMA Ekaterina Soboleva

Belgisch Registratienummer: B670201420570

* Adviesaanvraagformulier (versie 1, dd. 12/03/2014) (volledig ontvangen dd. 17/03/2014)
* Folder ter informatie respondenten
* Protocol masterproef
* Antwoord onderzoeker via mail dd. 24/03/2014 en dd. 25/03/2014 op opmerkingen EC dd. 24/03/2014

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 27/03/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 27/03/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 27/03/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 27/03/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/04/2014
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/04/2014

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0265	27-mrt-14	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0265

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be

Bijlage 5. Protocol Masterproef

PROTOCOL MASTERPROEF

HAIO: Ekaterina Soboleva

Academiejaren: 2013-2015

Thema: Evaluatie van kwaliteitsverbeteringsprojecten m.b.t. GMD+ die door HAIO's in de huisartsenpraktijk werden opgezet.

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems

Doelstellingen: het nagaan van de duurzaamheid van de praktijkverbeteringsprojecten, opgezet door haio's rond GMD+ en het exploreren van de factoren die lijken bij te dragen tot de duurzaamheid van deze projecten (determinanten).

Methode:

- Identificatie van alle praktijkverbeteringsprojecten die in het kader van een manama thesis werden opgezet in de periode 2008 tot 2014 aan de hand van een screening van de lijst van manama thesissen bijgehouden door het ICHO. Dit zal onafhankelijk gebeuren door twee onderzoekers, waarna de resultaten van beide onderzoekers worden samengelegd en tot consensus wordt gekomen. Vermoedelijk zal dit 20 – 30 projecten betreffen.
- Oplijsten mogelijke determinanten van de duurzaamheid van projecten: door bevraging van experten zal een lijst van mogelijke determinanten worden opgemaakt. Het betreft experten in organisatie van de huisartspraktijk en experten in projectmatig werken rond gezondheid (vb. Vlaams Instituut Gezondheidspromotie).
- Nagaan duurzaamheid van de projecten en het meten van de determinanten: contactname met de praktijkopleider van de praktijk waarbinnen het project werd opgezet + de HAIO die het project opzette. In een semi-gestructureerd interview wordt nagegaan hoe het project destijds werd opgezet, hoe het project verliep en op welke manier dit nog steeds wordt gehanteerd in de huidige praktijkwerking. De determinanten geïdentificeerd in de vorige fase worden eveneens bevraagd.

Rekrutering deelnemers: experten: op basis van hun expertise; haio's en praktijkopleiders: alle haio's en hun praktijkopleiders die in het kader van hun manama een praktijkverbeteringsproject rond gmd+ opzetten.

Analyse:

- Alle projecten zullen ahv een projectfiche worden beschreven (periode, opzet, eventuele beschikbare evaluatiegegevens, …)
- De determinanten zullen kwantitatief worden beschreven (o.m. frequenties) en indien mogelijk in kaart worden gebracht met de duurzaamheid van het project.