Doelgerichte zorg volgens het model van Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk

Haio: DE LAET Fien , U.A.
Promotor: VAN ROYEN Paul , U.A.
Praktijkopleider: Aerts Heleen , Augustyns Nele , JANSSENS (Z) Annelies , LONNEE Annelies , Seuntjes Lieve , VAN DER WIELEN Susan

Context: In de eerstelijnszorg in België wordt er veelal gewerkt vanuit een probleemgerichte aanpak, waarbij een patiënt zich presenteert met een klacht en de zorgverlener op zoek gaat naar de mogelijke oorzaak en bijhorende therapie. Voor patiënten met psychologische klachten of multimorbiditeit kan een patiëntgerichte aanpak in bepaalde gevallen beter geplaatst zijn. Hiervoor kan doelgerichte zorg een antwoord bieden. Daarbij focust de zorgverlener op doelen op maat van de patiënt in plaats van louter op de oorzaak van medische problemen. Om dit model toe te passen in de huisartsenpraktijk werden verschillende methodieken ontwikkeld. Eén daarvan is het model van Positieve Gezondheid, waarbij aan de hand van zes dimensies in kaart kan worden gebracht hoe het op dat moment met iemand gaat. De nadruk ligt hierbij op de veerkracht en het aanpassingsvermogen van een individu. Hoewel dit model in Nederland al grondiger werd bestudeerd, werd in Vlaanderen nog niet veel onderzoek uitgevoerd naar doelgerichte zorg volgens het model van Positieve Gezondheid.

Onderzoeksvraag: Wat zijn de opvattingen en ervaringen van Vlaamse eerstelijnszorgverleners over de toepassing van doelgerichte zorg volgens het model van Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk? Hoe verloopt de implementatie van dit model in de huisartsenpraktijk en wat zijn barrières en mogelijke facilitatoren hiervan?

Methode: Er werd gestart met een literatuuronderzoek. Nadien werd een kwalitatief, descriptieve interviewstudie uitgevoerd waarbij 15 Vlaamse eerstelijnszorgverleners uit zeven huisartsenpraktijken werden bevraagd over hun kennis, opinies en ervaringen met doelgerichte zorg volgens het model van Positieve Gezondheid. De data werden verzameld door middel van semigestructureerde interviews met een gemiddelde duur van 40 minuten (range 31 – 58 minuten). Nadien werden de data door de twee huisartsen in opleiding ad verbatim getranscribeerd, gecodeerd en kwalitatief geanalyseerd met het Nvivo softwarepakket.

Resultaten: Uit de interviews bleek dat de geïnterviewde zorgverleners gemotiveerd waren om aan de slag te gaan met dit model. Uit hun ervaringen kwamen verschillende positieve elementen naar voor. Zo werd er door verschillende zorgverleners aangegeven dat het gebruik van doelgerichte zorg volgens het model van Positieve Gezondheid kan leiden tot een verhoogde werktevredenheid en verbeterde zorgverlener-patiënt relatie. Diezelfde zorgverleners gaven ook aan dat patiënten zich meer empowered lijken te voelen en beter kunnen reflecteren over hun gezondheid. De voornaamste barrières bij de implementatie betreffen tijdsgebrek en gebrekkige verwijsmogelijkheden naar instanties van de nulde of eerste lijn. De implementatie kan gefaciliteerd worden door met verschillende collega's aan de slag te gaan in de praktijk, aandacht te besteden aan intervisiemomenten en samen te werken met lokale wijkinitiatieven.

Conclusie: De resultaten van zowel de literatuurstudie als het kwalitatief onderzoek tonen aan dat doelgerichte zorg volgens Positieve gezondheid een positief effect kan hebben op zowel de werktevredenheid als de relatie tussen zorgverleners en patiënten. Factoren zoals tijdstekort en gebrek aan verwijsmogelijkheden vormen barrières voor de implementatie, terwijl samenwerking met collega's en met wijkinitiatieven de implementatie kunnen faciliteren. Om de noodzaak tot

verdere implementatie in Vlaanderen in kaart te brengen moeten ook patiëntenervaringen en objectieve gevolgen op langere termijn (zoals een invloed op een eventuele tijdswinst) worden onderzocht.