Het biopsychosociaal model: een onderzoek naar toepassing, belemmeringen en groeimogelijkheden aan de hand van focusgroepsgesprekken met praktiserende huisartsen (in opleiding)

Haio: DERDEYN Danielle , U.G.
Promotor: Mariman An , U.G.
Praktijkopleider: ALLARD Sabine , DE BACKER Eline , PELGROMS Karla , REUSENS Ninke

Context: Het biopsychosociaal model (BPS-model) werd in de jaren ’70 van de vorige eeuw ontwikkeld. Het vertrekt vanuit de systeemtheorie en erkent dat de psychosociale context van patiënten een grote invloed heeft op hun lichamelijke beleving van ziekte. In de huidige opleiding geneeskunde is er steeds meer aandacht voor het BPS-model, alsook voor patient centered care waarbij de nadruk wordt gelegd op een manier van consultvoering met een communnicatiestrategie waarbij (het verhaal van) de patiënt centraal komt te staan. Het BPS-model kent sinds haar introductie vele verdiensten; echter werd er doorheen de jaren ook kritiek op geformuleerd en werden ook suggesties voor uitbreiding gedaan. Het is onduidelijk in welke mate het BPS-model door huisartsen (in opleiding) vandaag de dag geïmplementeerd wordt in de praktijk en of hierbij bepaalde moeilijkheden ervaren worden. De intentie van deze masterproef is aldus de huidige implementatie van het BPS-model in de huisartsgeneeskunde te onderzoeken en eventuele groeimogelijkheden te identificeren.

Onderzoeksvraag: Het biopsychosociaal model: een onderzoek naar toepassing, belemmeringen en groeimogelijkheden aan de hand van focusgroepsgesprekken met praktiserende huisartsen (in opleiding).

Methode: We maken gebruik van de triangulatiemethode, waarbij eerst een verkennend literatuuronderzoek wordt gedaan (op Pubmed, Web of Science en Google Scholar). De bevindingen worden getoetst aan de praktijk middels focusgroepsgesprekken. Er worden in het literatuuronderzoek 32 artikels weerhouden. In totaal worden 19 deelnemers gerekruteerd in vier focusgroepsgesprekken. De deelnemers zijn huisartsen en huisartsen in opleiding (HAIO’s) die zowel verschillen in leeftijd (25-55 jaar) als in aantal jaren ervaring (0,25-30 jaar), met ongeveer eenderde man (32%) en tweederde vrouw (68%). De gesprekken gaan online door via Microsoft Teams©, worden opgenomen en nadien getranscribeerd en geanonimiseerd. De resultaten worden verwerkt met behulp van Nvivo©.

Resultaten: Bij het analyseren van de focusgroepsgesprekken wordt vastgesteld dat huisartsen en HAIO’s over het algemeen positief staan ten opzichte van het BPS-model en dit in hun dagelijkse praktijk implementeren. Ze proberen, wanneer dit hun relevant lijkt, de psychosociale context van de patiënt op een respectvolle wijze te inventariseren. Er worden hierbij evenwel obstakels geïdentificeerd waaronder praktijkbelasting en tijdgebrek, gebrek aan financiële incentives, verwachtingen van patiënt en maatschappij. Er wordt bovendien een spanningsveld geïdentificeerd wat betreft de rol van de huisarts in het behandelen van psychosociale klachten vanwege de mismatch tussen de voornamelijk biomedische artsenopleiding enerzijds en de complexe klachten, vaak met psychosociale component, van de patiënt anderzijds.

Conclusie: Huisartsen en HAIO’s kennen het BPS-model en implementeren dit in hun hedendaagse praktijk. Bij de implementatie van dit model ervaren ze evenwel enkele barrières. Er worden enkele suggesties geformuleerd om deze barrières te overwinnen, waaronder op

beleidsniveau nadenken over de rol van de huisarts in het eerstelijnslandschap, ondersteuning van en eventuele financiële beloning voor ‘psychosociale consulten’ en het meer vertrouwd maken van artsen met de sociale kaart tijdens de artsenopleiding. Bij het formuleren van deze suggesties dient rekening gehouden te worden met de op heden reeds grote werkbelasting van de huisarts en dient medicalisering vermeden te worden. De suggestie wordt gemaakt om bij complexe patiënten met veel psychosociale bagage een derde partij in te schakelen, als soort van brugfiguur tussen patiënt en hulpverlener; die zou kunnen helpen met doorverwijzen door een inschatting te maken van welke hulp het meest geschikt is voor ieder probleem. Men moet echter opletten de zorg niet te gaan versnipperen omdat het op die manier problematisch kan worden voor de (huis)arts om, als medicus, het overzicht te bewaren.