Doelgerichte zorg volgens het model van Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk

Dr. De Laet, Fien

Dr. Leterme, Emilie

Promotor: Prof. Dr. Van Royen, Paul

Co-promotor: Mevr. Morissens, Ann

Co-promotor: Mevr. Luypaert, Astrid

Master of Family Medicine, Universiteit Antwerpen

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 - 2024

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.

Inhoudsopgave

Abstract……..4

Hoofdstuk 1: Aanleiding en persoonlijke motivatie **5**

Hoofdstuk 2: Oriënterend literatuuronderzoek **6**

Inleiding 6

Methode 8

1. *PICO-vraagstelling*……....8
2. *In-en exclusiecriteria*……..……..9
3. *Zoekstrategie*…..……9

Resultaten 13

1. *Ervaringen van zorgverleners*……13
2. *Ervaringen van patiënten*……15
3. *Andere gevolgen van de implementatie van Positieve Gezondheid en doelgerichte zorg*……...*16*
4. *Implementatie van Positieve Gezondheid en doelgerichte zorg in de huisartsenpraktijk*……..*17*
   Bij welke patiëntenpopulatie wordt Positieve Gezondheid en doelgerichte zorg toegepast? ……20

Conclusie 22

Bibliografie 24

Hoofdstuk 3: Interviewstudie **25**

Inleiding 25

Methode 27

1. *Beschrijving van de onderzoekspopulatie*…….28

Resultaten 28

1. *Motivatie om met het model aan de slag te gaan*……....29
2. *Ervaringen met het model in de praktijk*……....29
3. *Factoren van invloed op de implementatie*……...31

Discussie 33

Aanbevelingen 34

Besluit 35

Bibliografie 36

Hoofdstuk 4: Persoonlijke reflectie **37**

Hoofdstuk 5: Dankwoord **39**

Bijlage 1: Onderzoeksprotocol **40**

Bijlage 2: Toestemming ethisch comité **48**

Abstract

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.

Onderzoeksvragen: 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.

Hoofdstuk 1

Aanleiding en persoonlijke motivatie

Tijdens onze opleiding geneeskunde lag de focus op een benadering van ziektebeelden en aandoeningen vanuit een fysiopathologisch perspectief. We leerden een diagnostisch landschap op te stellen, klinisch te redeneren en werden geïnformeerd over de nieuwste en meeste innovatieve behandelingen. Bij de start van de huisartsenopleiding merkte ik dat er grenzen waren aan deze werkwijze, die focuste op de medische oorzaak van gezondheidsproblemen. Patiënten met functionele en psychische klachten, of patiënten die omwille van diverse redenen mijn therapeutische adviezen niet ter harte namen, leken niet gebaat bij deze benadering. Dit leidde tot mijn zoektocht naar alternatieve methodes.

Zo kwam ik in november 2021 een podcast van Huisarts en Wetenschap tegen, getiteld: '*Een lichter spreekuur: oplossingsgericht werken in de HA praktijk*!', over doelgerichte zorg volgens het model van Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk. Waar de klassieke geneeskunde een eerder pathogene aanpak volgt, focust men zich bij doelgerichte zorg op de levensdoelen van een individu. Met Positieve Gezondheid wordt de nadruk gelegd op de autonomie en veerkracht van de patiënt, in plaats van op de aan-, of afwezigheid van de ziekte zelf. De patiënt wordt met andere woorden met een bredere blik benaderd, waarbij de patiënt samen met de zorgverlener actief op zoek gaat naar het voeren van een eigen regie (ondanks het eventueel bestaan van een aandoening of klacht). Vanuit mijn enthousiasme besprak ik deze podcast met één van mijn praktijkopleiders, die al ervaring had met Positieve Gezondheid. Dit motiveerde mij om me verder te verdiepen in dit onderwerp tijdens mijn masterthesis. Ik vond aansluiting bij Emilie, coauteur van deze thesis, die destijds in haar praktijk reeds actief aan de slag was gegaan met Positieve Gezondheid via een projectgroep van zorgverleners.

Hoewel onze beide opleidingspraktijken al bezig waren met de implementatie van Positieve Gezondheid en doelgerichte zorg, merkten we dat dit niet het geval was voor de gemiddelde Vlaamse huisartsenpraktijk. Ons oriënterend literatuuronderzoek had als insteek om de ervaringen van zorgverleners en patiënten bij het toepassen van doelgerichte zorg en Positieve Gezondheid in kaart te brengen. Al snel bleek hieruit dat men in Nederland al veel verder stond met de implementatie van dit gespreksmodel op consultatieniveau.

Daarom gingen we van start met een kwalitatieve interviewstudie bij Vlaamse eerstelijnszorgverleners die al aan de slag waren gegaan met de implementatie van doelgerichte zorg volgens het model van Positieve Gezondheid. De voornaamste doelstelling was om de ervaringen met betrekking tot implementatie en de uitvoering ervan in kaart te brengen. Daarnaast werden ook de barrières en de facilitatoren van deze implementatie bevraagd. Tot slot werden vanuit deze kwalitatieve studie aanbevelingen geformuleerd om de implementatie van doelgerichte zorg volgens het model van Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk te vergemakkelijken.

Om ervoor te zorgen dat dit onderwerp meer impact kan hebben binnen het Vlaams zorglandschap besloten we om dit kwalitatief onderzoek in een artikelvorm neer te schrijven, met het oog op publicatie. Om deze reden zijn de literatuurstudie en de interviewstudie twee op zichzelf staande onderdelen van deze thesis met elk een eigen inleiding, conclusie en bibliografie.

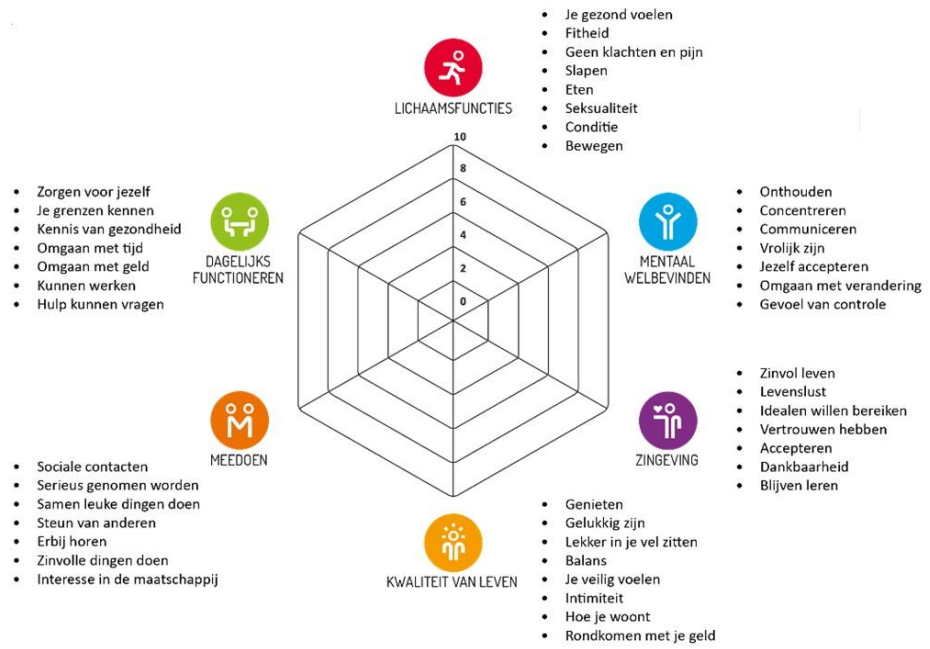
Hoofdstuk 2

Oriënterend literatuuronderzoek

Inleiding

In 1948 formuleerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een definitie voor het begrip ‘gezondheid’. Volgens deze definitie is gezondheid ‘een toestand van compleet lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken’ (1). Hoewel deze definitie initieel met enthousiasme werd onthaald gezien het ambitieuze biopsychosociale karakter, werd sinds de jaren 90 meer kritiek geleverd op deze formulering (2, 3). Vooral het begrip ‘compleet’ stuit op weerstand: dit impliceert namelijk dat mensen die met chronische ziektes leven (zoals diabetes mellitus, hypertensie, autisme), of mensen die te kampen hebben met psychosociale problematiek per definitie ongezond zijn (4). Men kan zich de vraag stellen wie er volgens deze statische en ambitieuze definitie dan wel gezond is (4).

Er werden al verschillende alternatieve definities geformuleerd voor het begrip ‘gezondheid’. Eén van deze definities betreft Positieve Gezondheid (PG), een begrip dat in 2011 omschreven werd door Machteld Huber, een huisarts en onderzoekster uit Nederland (4). Zij beschrijft gezondheid als ‘het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven’. Met deze dynamische definitie van gezondheid legt dr. Huber de nadruk op de autonomie en veerkracht van de patiënt, in plaats van op de aan-, of afwezigheid van de ziekte zelf. Het concept PG gaat verder dan het klassieke biopsychosociale model, in die zin dat het niet drie (biologisch, psychisch en sociaal), maar zes verschillende dimensies omvat: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal en maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren. Deze zes verschillende dimensies van PG worden gevisualiseerd in het spinnenwebmodel (figuur 1) (5, 6).



Figuur 1: de zes dimensies van Positieve Gezondheid volgens het spinnenwebmodel (dr. Huber) (5).

Dit model kan ingezet worden als gespreksinstrument om met patiënten de dialoog aan te gaan over hun gezondheid (6). Hierbij wordt getracht om met een brede blik te kijken naar de patiënt en meer aandacht te geven aan wat de patiënt zelf belangrijk vindt in zijn of haar leven (6). De focus wordt verlegd van de gezondheidsproblemen en de klachten van de patiënt, naar hoe de patiënt hiermee wenst om te gaan (6). Hierbij wordt aandacht geschonken aan de ideeën die de patiënt zelf heeft om zijn of haar gezondheidssituatie te verbeteren (6). In plaats van louter aandacht te besteden aan de oorzaak van medische problemen (pathogenese), wordt er actief gefocust op het formuleren van haalbare oplossingen en doelen voor de patiënt in kwestie (6). Deze doelgerichte wijze van consultvoeren vormt een alternatief voor het medische oorzaak-gevolg model, dat gebruikt wordt binnen klassieke consultaties (6). Met het oorzaak-gevolg model wordt er gezocht naar de etiologie van de klachten van de patiënt, om daarna met een gepaste therapie te komen (6). Dat model is nuttig bij diverse klachten binnen de geneeskunde waarbij het mogelijk is om een oorzaak te vinden en daarvoor een eenduidige behandeling aan te reiken (bv. pneumonie, pyelonefritis) (6). Er zijn echter verschillende situaties waarin dit model minder goed tot zijn recht komt: bijvoorbeeld bij patiënten met chronische ziektes, psychische of functionele klachten (6).

Het afgelopen decennium heeft het begrip PG vooral in Nederland veel interesse en publiciteit gekregen, onder meer via het Institute for Positive Health (iPH) dat in 2015 werd opgericht door dr. Huber (5). Het iPH heeft als doel om PG verder te operationaliseren en te implementeren op de vier niveaus van implementatie, zijnde het nano-niveau (consultatie met een patiënt), het micro-niveau (implementatie binnen de huisartsenpraktijk), het meso-niveau (introductie van het begrip in de wijk), en het macro-niveau (implementatie van PG op breder maatschappelijk niveau) (7).

Hoewel er reeds heel wat kennis bestaat over PG in Nederland, is het nog niet geweten welk aandeel dit model kan hebben binnen de Belgische zorgsystemen. In 2018 schreef dr. Roel Van Giel, ex-voorzitter van Domus Medica (een Belgische huisartsenvereniging) dat het concept PG in het toekomstdocument van 2025 van Domus Medica zal worden gehanteerd als de definitie van gezondheid, als basis van haar kijk op gezondheidszorg en de evolutie van de huisartsgeneeskunde (8). In de meest recente Belgische literatuur wordt PG eerder vernoemd als één van de verschillende methodes om doelgerichte zorg (DZ) toe te passen in de huisartsenpraktijk (8, 9). Er is in België namelijk wel onderzoek verricht omtrent het toepassen van DZ in de bredere context van het woord. In 2012 schreef prof. De Maeseneer in The British Journal of General Practice dat er een paradigmashift zou moeten plaatsvinden naar een meer doelgerichte aanpak bij patiënten met multimorbiditeiten en chronische aandoeningen (9). Ondertussen biedt de Christelijke Mutualiteit sinds enkele jaren aan zijn leden een jaarlijks gezondheidsgesprek bij een gezondheidsconsulent aan, waar er door middel van DZ kan worden ingegaan op de aspecten van gezondheid die de patiënt wilt veranderen (10). Het spinnenwebmodel van dr. Huber zou binnen deze DZ kunnen worden gebruikt om de zorgbehoeftes van de patiënt beter te begrijpen, en om geschikte oplossingen te kunnen vinden voor deze zorgnoden.

Tot op vandaag is er in België echter nog maar weinig praktische ervaring omtrent het doelgericht consultvoeren in de huisartsenpraktijk volgens de principes van PG. Dit literatuuronderzoek heeft tot doel om na te gaan wat de huidige ervaringen zijn rond het implementeren van DZ volgens de principes van PG binnen de huisartsenpraktijk, en specifiek op het nano-niveau (het niveau van de consultatie). Wat zijn de ervaringen van patiënten en zorgverleners wanneer een consultatie wordt gevoerd volgens de principes van DZ en PG?

Methode

1. PICo-vraagstelling

Het doel van deze literatuurstudie is het beschrijven van de meest recente literatuur over de praktische ervaringen rond doelgerichte zorg volgens de principes van Positieve Gezondheid binnen de huisartsenpraktijk, en dit op het niveau van de zorgverlener en de patiënt. Om hiermee aan de slag te gaan, werd deze vraagstelling eerst geformuleerd in het formaat van onderstaande PICo-vraagstelling (tabel 1).

"Wat zijn de ervaringen van patiënten en zorgverleners in de huisartsenpraktijk met consultaties die gevoerd worden aan de hand van doelgerichte zorg volgens het spinnenwebmodel van Positieve Gezondheid?"

Tabel 1: *PICo vraagstelling*

	Vraagstelling
Population	Patiënten en zorgverleners die aangesloten zijn bij een huisartsenpraktijk.
Phenomena of interest	Doelgerichte zorg volgens het spinnenwebmodel van Positieve Gezondheid.
Context	Consultaties in de huisartsenpraktijk.

Aangezien er pas sinds 2011 artikels gepubliceerd werden over PG, is de literatuur over dit onderwerp nog relatief beperkt. Daarom werd er besloten om de zoeksleutel in de databanken in eerste instantie zo breed mogelijk te houden. De 'population' betreft zowel patiënten die aangesloten zijn bij een huisartsenpraktijk als de zorgverleners die werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk. Met zorgverleners wordt hier gerefereerd naar de medische beroepen binnen de huisartsgeneeskunde (o.a. verpleegkundigen, huisartsen en praktijkassistenten). Voor de patiëntenpopulatie werd de keuze gemaakt om alle ervaringen van patiënten te includeren, en dus geen verdere selectie te maken op basis van pathologie, aanmeldingsklacht of leeftijd. Daarom werd voor de 'population' de neutrale term 'huisartsgeneeskunde' gekozen. Voor de 'phenomena of interest' werd gekozen voor de trefwoorden 'positieve gezondheid' en 'doelgericht'. Ook werd de term 'oplossingsgericht' geïncludeerd: dit is namelijk de Nederlands variant van het woord 'doelgericht' dat in België wordt gebruikt. Voor de eenvoud zal in het vervolg van deze literatuurstudie louter het woord 'doelgericht' (in plaats van 'oplossingsgericht') worden gebruikt. Voor al deze trefwoorden werden de Engelstalige termen en enkele andere vrije termen geformuleerd, en werd eveneens gezocht naar Mesh-termen die hieronder staan beschreven (tabel 2). Er werd besloten om geen trefwoorden te formuleren voor de 'context', omdat dit de resultaten van de zoekopdracht zou beperken. Wel werden er verschillende in- en exclusiecriteria geformuleerd voor de 'context', die in de volgende paragraaf verder worden besproken.

Tabel 2: *Zoektermen voor de databanken*			
PICo	Wie?	Engelstalige termen	Nederlandstalige termen
Population	Zorgverleners en patiënten in de huisartsgeneeskunde.	"Primary Health Care"[Mesh] "Family Practice"[Mesh] “Primary Care” “Family Practice”	“Eerste Lijn” “Huisartsgeneeskunde”
Phenomena of Interest	Doelgerichte zorg volgens Positieve Gezondheid	“Positive Health” “Goal Oriented”	“Positieve Gezondheid” “Doelgericht*” “Oplossingsgericht*”
Context	Consultaties in de huisartsenpraktijk.	*	*
* Voor de context werden enkele in- en exclusiecriteria geformuleerd die in onderstaande paragraaf verder worden uitgelegd.			

2. In- en exclusiecriteria

Het eerste artikel over PG werd geschreven door dr. Machteld Huber in 2011, artikels die voor deze periode dateren werden geëxcludeerd. Daarnaast werden enkel die artikels geïncludeerd die betrekking hadden op de onderwerpen DZ en/of PG in de huisartsenpraktijk op het niveau zorgverlener – patiënt. In verschillende artikels waarin het trefwoord ‘positieve gezondheid’ werd gevonden, betrof het niet het begrip ‘Positieve Gezondheid’ zoals gedefinieerd door dr. Huber. Met ‘positive health’ werd in die artikels letterlijk gerefereerd naar de positieve uitkomsten van gezondheid (de gezondheidsvoordelen). Deze artikels werden geëxcludeerd. Daarnaast zijn er voornamelijk ervaringen rond PG in Nederland, veel meer dan in andere landen. Naast Engelstalige literatuur, werd er daarom ook specifiek gezocht naar Nederlandstalige literatuur. Uiteraard konden enkel artikels worden geïncludeerd waarvan er een full tekst beschikbaar was. De in- en exclusiecriteria staan overzichtelijk weergegeven in onderstaande tabel (tabel 3).

Tabel 3: *In- en exclusiecriteria*	
Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
DZ en/of PG wordt toegepast op het nano-niveau zoals beschreven in de piramide van implementatie van PG. Het betreft DZ en/of PG binnen de huisartsgeneeskunde. DZ en/of PG wordt vermeld in de titel, het abstract of de inleiding van de tekst.	Artikels die niet Nederlands- of Engelstalig zijn. Full tekst was niet beschikbaar in de databanken van de Universiteit Antwerpen. Het artikel vermeldt de woorden positieve gezondheid, maar hiermee wordt niet PG bedoeld zoals gedefinieerd werd door dr. Huber. Artikels geschreven voor 2011.

3. Zoekstrategie

Op 26 maart 2022 werd de zoekstrategie uitgevoerd volgens de kennispiramide van de Cebam Digital Library for Health (CDLH). Er werd gestart met het zoeken naar artikels en richtlijnen met de grootste graad van kwaliteit van evidentie. Deze zoekstrategie staat schematisch weergeven in onderstaande flowchart (figuur 3).

Het hoogste niveau van de kennispiramide betreft de geïntegreerde systemen die werken vanuit het elektronisch medisch patiëntendossier (o.a. EBMeDS, Evidence Linker). Deze databanken konden niet gebruikt worden voor deze literatuurstudie omdat de trefwoorden ‘positieve gezondheid’, ‘doelgericht’ en ‘oplossingsgericht’ geen medische diagnoses zijn.

Het tweede niveau van de kennispiramide volgens CDLH betreft de evidence based guidelines. Hiervoor werden de richtlijnen uit EBM Practice Net, het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en Domus Medica geraadpleegd. Aangezien geen van deze databanken een advanced search-optie heeft, was het niet mogelijk om een uitgebreide zoeksleutel op te stellen. Wel was het in EBM Practice mogelijk om te filteren op het zorgberoep ‘huisarts’. Er werd gekozen om op de afzonderlijke termen ‘Positieve Gezondheid’, ‘doelgericht’ en ‘oplossingsgericht’ te zoeken. Engelstalige termen werden niet gebruikt voor deze zoeksleutel omdat deze databanken Nederlandstalig zijn (Domus Medica, NHG), of een Nederlandstalige website ter beschikking hebben (EBM Practice Net).

In EBM Practice Net werden er 87 resultaten gevonden voor ‘Positieve Gezondheid’, 11 resultaten voor ‘doelgericht’ en vijf resultaten voor ‘oplossingsgericht’. In de NHG databank werden 71 resultaten gevonden voor ‘Positieve Gezondheid’, twee resultaten voor ‘doelgericht’ en twee resultaten voor ‘oplossingsgericht’. Na het toepassen van de in- en exclusiecriteria werden in EBM Practice Net en de NHG databank respectievelijk 97 en 70 resultaten weerhouden. Van al deze resultaten werd er na het lezen van titel en abstract echter geen artikel geïncludeerd, omdat ze louter de woorden “positieve”, “gezondheid”, “doelgericht” of “oplossingsgericht” in een andere context bleken te bevatten. Tot slot werd gezocht in de databank van Domus Medica. Hierbij werden echter geen resultaten gevonden voor de zoektermen.

Het derde niveau van de kennispiramide betreft de samenvattingen van de systematische reviews. Hiervoor werd er gezocht in de Minerva databank. Dit is opnieuw een Nederlandstalige databank, waardoor er werd gekozen om enkel Nederlandstalige zoektermen te gebruiken. Het was mogelijk om een beperkte advanced-search zoeksleutel op te stellen, maar niet om drie termen hierbij te combineren. Daarom werd er opnieuw gezocht op de drie afzonderlijke termen. Voor ‘Positieve Gezondheid’ en ‘oplossingsgericht’ werden echter geen resultaten gevonden. Voor de zoekterm ‘doelgericht’ werden vijf resultaten gevonden. Het was niet mogelijk om op datum te selecteren, maar wel om het zorgberoep ‘huisarts’ te selecteren. Hierdoor bleven er twee resultaten over. Na het lezen van titel en abstract werd er één artikel weerhouden.

Via de Cochrane Library werden na het invoeren van de zoeksleutel in totaal 77 artikels gevonden, hier bleven 68 resultaten van over na het aanpassen van de inclusie- en exclusiecriteria (artikels vanaf 2011, inclusie van ‘word variations’). Op basis van titel en abstract werden tot slot twee artikels geïncludeerd, overige artikels werden geëxcludeerd op basis van de hierboven vermelde exclusiecriteria.

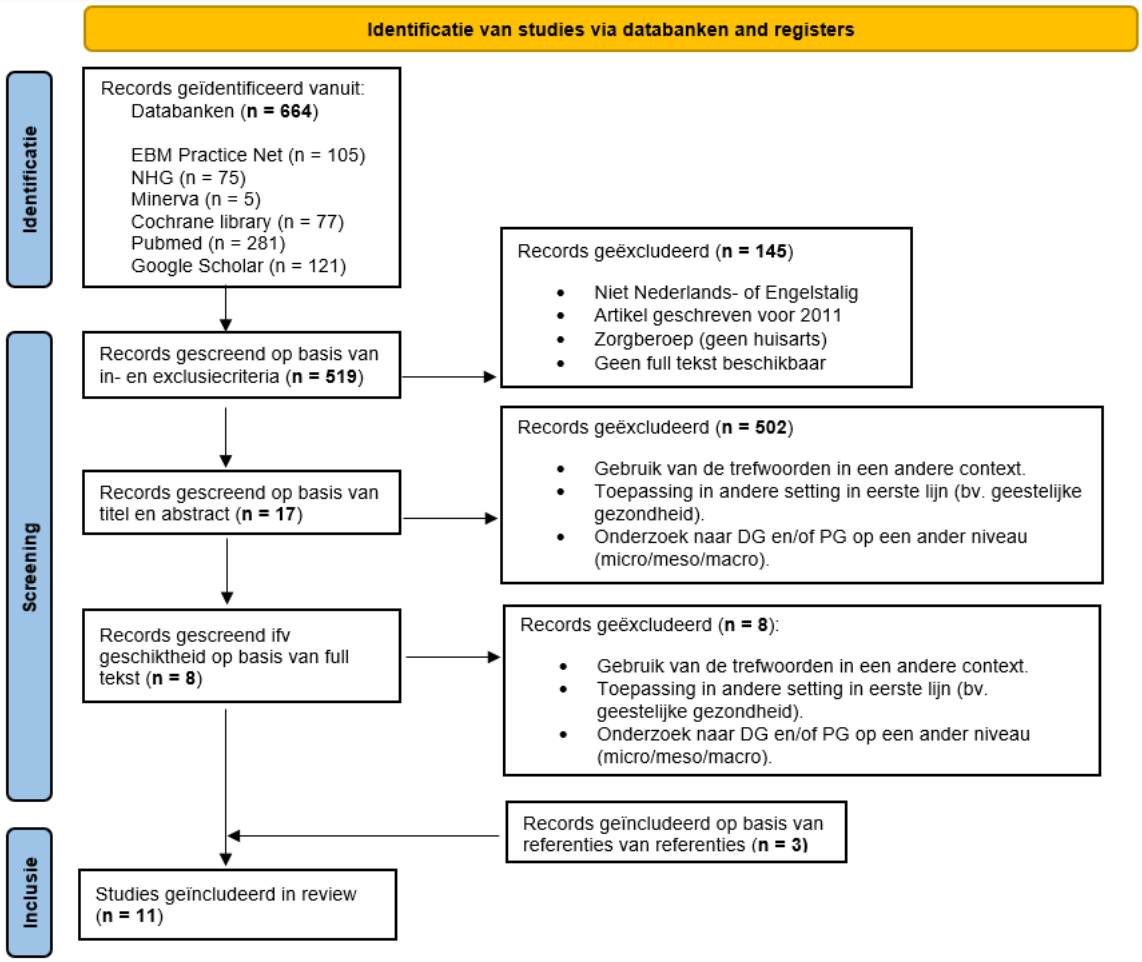
Het vierde niveau van de kennispiramide betreft de klinische studies. Er werd gekozen om hiervoor op Pubmed te zoeken. Voor de opstelling van de zoeksleutel werd een combinatie van Mesh-termen en vrije termen gebruikt. Hierbij werd wel aangegeven dat de term in de titel of het abstract van het artikel moest zijn te vinden. Er werden in totaal 281 resultaten gevonden, waarvan er 81 werden geëxcludeerd na het aanpassen van de publicatiedatum. Nadien werden er nog negen artikels geëxcludeerd omdat er geen volledige tekst ter beschikking was. Van de overige 192 artikels werden in totaal negen artikels geïncludeerd

op basis van titel en abstract. Eén van deze artikels betreft een duplicaat van een artikel dat reeds was gevonden in de Cochrane Library.

Aangezien PG een begrip is dat in Nederland is ontstaan, is er veel Nederlandstalige literatuur over dit onderwerp geschreven. Om geen Nederlandstalige artikels te missen werd tot slot Google Scholar geraadpleegd. Na het invoeren van de zoeksleutel werden in totaal 121 artikels gevonden, hiervan bleven 90 resultaten over na het aanpassen van de inclusie- en exclusiecriteria. Op basis van titel en abstract werden tot slot zes artikels geïncludeerd.

In totaal werden er 17 artikels gevonden die volledig werden gelezen. Na het lezen van de volledige tekst werden negen artikels geëxcludeerd op basis van de eerder genoemde exclusiecriteria. Tot slot werden op basis van de referenties van de resterende artikels nog drie artikels geselecteerd die werden geïncludeerd.

Hieronder staat de flowchart van bovenstaande zoekstrategie afgebeeld (figuur 3). Deze werd gebaseerd op de databanken waaruit artikels werden geïncludeerd. De databanken waar wel resultaten werden gevonden, maar waarvan geen artikels werden geïncludeerd (EBMeds, Evidence Linker, EBM Practice Net, NHG en Domus Medica) staan hier dus niet in weergegeven. In tabel 4 wordt een overzicht gegeven van de geïncludeerde artikels en handboeken.



Figuur 3: PRISMA flowchart zoekstrategie

Tabel 4: *Overzicht van de geïncludeerde artikels*

Artikel	Auteur	Jaartal	Land van oorsprong	Studiedesign
Positive Health and the happy professional: a qualitative case study (11)	Lemmen, C. et al.	2021	Nederland	Case report
Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: A scoping review and concept analysis (12)	Boeykens, D. et al.	2022	België	Review
Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive, goal-oriented, integrated care model in general practice for older people. A cluster randomised controlled trial: Integrated Systematic Care for older People--the ISCOPE study (13)	Blom, J. et al.	2016	Nederland	Randomised controlled trial
Handboek Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk: Samenwerken aan betekenisvolle zorg (6)	Huber, M. et al.	2021	Nederland	Handboek
Uitkomsten van het hanteren van Positieve Gezondheid in de praktijk (14)	Jung, P.H.	2019	Nederland	Case-control studie
Hoe Positieve Gezondheid bij kan dragen aan gezonde leefstijl (15)	Van den Brekel-Dijkstra, K.	2019	Nederland	Case report
De dokter gevloerd (16)	Van den Brekel-Dijkstra, K. et al.	2019	Nederland	Expert opinion
A positive approach towards reducing health inequalities (17)	Van Hoof, A. en Verkooijen, K.	2018	Nederland	Crosssectioneel onderzoek
Positieve Gezondheidszorg. Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk (18).	Bannink, F. en Jansen, P.	2017	Nederland	Handboek
Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte en van gezondheid (19).	Huber, M. en Jung, P.H.	2015	Nederland	Expert opinion
Positieve Gezondheid in Nederland. Wie, wat, waarom en hoe? (20)	Van Steekelenburg, E.	2016	Nederland	Rapport

Resultaten

Deze 11 geselecteerde artikels en boeken van negen verschillende hoofdauteurs werden geanalyseerd met betrekking tot de ervaringen van eerstelijns zorgverleners en patiënten omtrent het gebruik van DZ volgens het model van PG in de consultatie. Uit de geïncludeerde literatuur kwamen verschillende topics naar boven die verder werden uitgewerkt in onderstaande bespreking.

1. Ervaringen van zorgverleners

In een opiniestuk voor het tijdschrift *Huisarts en Wetenschap* uit 2019 schrijft dr. van den Brekel-Dijkstra dat het toepassen van PG één van de remedies kan zijn tegen de oplopende cijfers van burn-out bij artsen (16). Niet alleen doordat het voeren van consultaties aan de hand van PG het werkplezier zou kunnen vergroten, maar ook door het spinnenwebmodel regelmatig aan huisartsen zelf voor te leggen en hen te laten reflecteren over hun werk- en gezondheidssituatie (16).

In het handboek *'Positieve Gezondheidszorg: Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk'* vertellen enkele zorgverleners over hun ervaringen met DZ en PG. Huisarts Dr. M. Ledoux schrijft dat ze door het toepassen van een doelgerichte aanpak merkt dat dit vaak een perspectiefrijker en ook leuker consult oplevert. Door te focussen op doelen in plaats van problemen kan een consultatie leiden tot andere inzichten, zowel voor de behandelaar als voor de patiënt. Wanneer patiënten ertoe worden aangezet om zelf oplossingen te bedenken, krijgen zowel zijzelf als hun zorgverleners meer inzicht in de eigen mogelijkheden. Psychiater G. Jansen beaamt dit: "doordat oplossingsgericht werken de gesprekken prettiger maakt, kunnen behandelaars het veel langer volhouden" (18). In 2015 schreef een Nederlandse reflectiegroep onder leiding van van Steekelenburg et al. een rapport over de uitkomsten van een kwalitatief onderzoek over PG. Hierbij werd er door 89 zorgverleners een digitale vragenlijst ingevuld die onder meer peilde naar de motieven, behoeftes en te verwachten obstakels omtrent PG. Nadien werden 12 zorgverleners geïnterviewd over hun persoonlijke ervaringen. In dit onderzoek werd door een derde van de bevraagde participanten aangegeven dat het werken met PG inspirerend en enthousiasmerend werkt (20).

Dr. Jung, P.H. schreef in 2015 dat hijzelf door het werken met PG merkte dat zijn werkplezier toenam (19). Door niet alleen te focussen op het biomedische aspect, maar de patiënt in zijn totaliteit te beschouwen voelde hij dat zijn consultaties bevredigender werden. Tussen 2016 en 2018 onderzocht dr. Jung de effecten van de implementatie van PG in vier Nederlandse huisartsenpraktijken die voordien nog niet vertrouwd waren met dit concept (14). Na het doorlopen van een implementatieprogramma waarin een praktijkverkleining naar 1800 patiënten per arts werd doorgevoerd, en de financiële productieprikkel werd weggenomen, werd aan alle zorgverleners van deze vier praktijken een opleiding PG aangeboden. Na twee jaar werden de zorgverleners bevraagd over hun ervaringen met PG. Er werd specifiek gepeild naar het werkplezier van de deelnemende huisartsen door middel van een tevredenheidmeting die zowel voor als na het implementatieonderzoek aan de deelnemende artsen werd voorgelegd. Hieruit bleek dat in het eerste pilot onderzoek het werkplezier met 11 procent en in de tweede pilot met vijf procent was toegenomen (14).

In 2021 voerden Lemmen et al. omwille van de oplopende burn-out cijfers bij (huis)artsen een kwalitatief onderzoek uit bij 11 medewerkers van een Nederlandse huisartsenpraktijk die bezig waren met de implementatie van PG. Hierbij werden de participanten geïnterviewd

over hun ervaringen omtrent deze implementatie en de eventuele invloed op hun werkplezier (11). Uit deze studie bleek dat de zorgverleners vonden dat de verleende zorg kwalitatiever was, doordat consultaties op een meer persoonsgerichte en holistische manier werden gevoerd en zowel aan zorgverleners als patiënten meer autonomie werd toegekend. Meerdere zorgverleners verklaarden dat zij hierdoor het gevoel hadden dat hun werkplezier toenam (11).

In 2022 voerden de Belgische onderzoekers Boeykens et al. een literatuurstudie uit op basis van 37 artikels over DZ bij chronische zieke patiënten in de eerstelijnsgeneeskunde (12). Ook in deze analyse werd aangegeven dat DZ kan bijdragen tot een toename van het werkplezier en een verbetering van de arts-patiënt relatie. Daarnaast is het mogelijk dat zorgverleners door middel van DZ hun patiënten beter leren kennen en dit hun kan helpen in het maken van beslissingen. DZ zou hierdoor kunnen leiden tot een verbetering van de zorgkwaliteit (12).

In 2016 werden de effecten van DZ bij oudere patiënten onderzocht in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (iSCOPE studie) uitgevoerd door J. Blom et al. in Nederland (13). Hiervoor werd bij 225 oudere patiënten (75+) met multimorbiditeiten een doelgericht zorgplan opgesteld (interventiegroep). Zowel bij aanvang van deze studie als na één jaar werden de participanten bevraagd over hun ervaringen met het toepassen van DZ. Deze gegevens werden vergeleken met een controlegroep van zorgverleners die nog geen DZ toepasten bij hun oudere patiënten met multimorbiditeiten. Zorgverleners in de interventiegroep vermeldden dat deze doelgerichte aanpak het overzicht van de zorgnoden en de stabiliteit van de zorgsituatie verbetert (13). Huisartsen kwamen nieuwe en aanvullende informatie over de patiënten te weten, waardoor ook daarop kon worden ingezet. Ze waren zich meer bewust van de doelen en de wensen van de patiënten, wat resulteerde in een daling van onverwachte zorgvragen (13). In het inventarisatierapport door van Steekelenburg et al. geeft meer dan een derde van de professionals aan dat zij door te werken met PG een bredere kijk krijgen op het begrip ‘gezondheid’, waardoor er niet alleen aandacht is voor het medische aspect, maar ook voor sociale aspecten (20). Ook dr. Jung merkt dat door het werken met PG nieuwe informatie over patiënten naar boven kan komen. Hij beschrijft een casus van een patiënt die initieel kwam met de vraag naar een verwijzing, maar waarbij uiteindelijk bleek dat deze patiënt vooral nood had aan een oplossing voor zijn financiële problemen (19).

Niet alle huisartsen lijken even enthousiast te zijn over het werken met PG en DZ. In de iSCOPE studie wordt de kanttekening gemaakt dat de doelgerichte manier van werken in vergelijking met de probleemgerichte aanpak minder focust op de biomedische dimensie. Enkele artsen zijn van mening dat DZ dan ook eerder tot het takenpakket van de praktijkverpleegkundige zou behoren (13). Ook in een kwalitatief onderzoek, uitgevoerd door van Hoof et al., wordt door enkele zorgprofessionals opgemerkt dat huisartsen mogelijks minder geschikt zijn voor het toepassen van een doelgerichte aanpak (17). Van Hoof interviewde negen eerstelijnszorgverleners in drie Nederlandse huisartsenpraktijken over hun ervaringen met DZ bij het begeleiden van toekomstige ouders met een lage socio-economische status. Hoewel de meeste zorgverleners duidelijk voordelen zagen in deze doelgerichte methode, werd door enkelen ook aangegeven dat een doelgerichte aanpak soms niet volstaat. Wanneer louter op oplossingen en doelen wordt gefocust is het mogelijk dat een deel van de gezondheidsgerelateerde informatie die normaliter wordt gegeven hiermee wegvalt, en niet alle opties worden bekeken (17). In de conceptanalyse van Boeykens et al. wordt eveneens opgemerkt dat het mogelijk is dat de zorgkwaliteit afneemt,

wanneer wordt geprobeerd om alle wensen en doelen van de patiënt te realiseren. Wanneer een patiënt er resoluut voor kiest om een bepaalde leefstijl aan te houden en dus niet voor een gezondere levenswijze te kiezen, zal de gezondheid van die patiënt vermoedelijk niet verbeteren. Hoewel dit vanuit het perspectief van de patiënt mogelijks een positieve outcome is, verminderen dergelijke casussen de kwaliteit van zorg en van de volksgezondheid. Bovendien kan het werkplezier van zorgverleners verminderen wanneer de wensen van de patiënt indruisen tegen hun eigen medische kennis, en normen en waarden (12).

Ook in de inventarisatiestudie van van Steekelenburg et al. ervaart een derde van de bevraagde participanten nog problemen met de implementatie van PG. 16 procent van de participanten vindt het wegens gebrek aan ervaring moeilijk om PG in de praktijk toe te passen. Daarnaast geven enkele professionals aan dat zij meetinstrumenten voor operationalisatie missen en blijken sommigen terughoudend te zijn om de (doelgerichte) gesprekstechnieken van PG te implementeren (20).

2. Ervaringen van patiënten

In het handboek *'Positieve Gezondheidszorg: Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk'* laat dr. Bannink ook enkele patiënten aan het woord (18). Een patiënte schrijft dat zij door de oplossingsgerichte gesprekken met haar huisarts een positiever beeld kreeg van zichzelf en van wat er goed gaat in haar leven. Ze geeft aan dat er meer aandacht werd gegeven aan de kleinere dingen die wel goed gaan waardoor zij deze zaken meer leerde waarderen (18). Een andere patiënte vertelt dat zij door de doelgerichte gesprekken meer veerkracht kreeg en handvaten om zelf met moeilijkere momenten om te gaan (18). In het kwalitatieve onderzoek van van Hoof et al. vertellen verschillende zorgverleners dat zij het gevoel hebben dat patiënten meer zelfvertrouwen krijgen wanneer hen meer verantwoordelijkheid en autonomie wordt toegekend en zij zelf oplossingen moeten zoeken (17). In het tijdschrift *Bijblijven* schrijft dokter van den Brekel-Dijkstra in een opiniestuk dat patiënten zich meer gehoord voelen wanneer artsen informeren naar hun beleving van een ziekte. Door te werken met PG wordt er meer aandacht geschonken aan zingeving en hoe een ziekte het dagelijks functioneren van een patiënt kan beïnvloeden (15).

In het implementatieonderzoek over PG van dr. Jung wordt gepeild naar de door patiënten ervaren kwaliteit van zorg aan de hand van de Net Promotor Score, een score om tevredenheid op een kwantitatieve manier te meten. Deze patiëntentevredenheid steeg in zijn eerste pilot onderzoek met 19 procent, en in de tweede pilot met 18 procent (14). In een casus beschrijft dr. Jung dat het werken met PG kan leiden tot een verbetering van de arts-patiënt relatie en een toename van het onderlinge vertrouwen (19). In het kwalitatieve onderzoek dat van Hoof uitvoerde in 2018 verklaarden meerdere zorgverleners dat de band tussen patiënt en zorgverlener verbeterde wanneer DZ wordt toegepast. De zorgverleners waren van mening dat patiënten meer controle hebben over de consultatie, waardoor ze gemotiveerder zijn en zich meer gehoord voelen (17).

Ook Boeykens et al. schrijven dat verwacht kan worden dat DZ de patiënttevredenheid zal verbeteren, aangezien er meer aandacht wordt besteed aan de voorkeuren van de patiënt. Hierdoor zouden patiënten het gevoel kunnen hebben dat zij meer gehoord en beter begrepen worden door de zorgverlener. DZ kan ervoor zorgen dat patiënten meer inzicht krijgen in hun gezondheidssituatie, en meer betrokken worden in het maken van (diagnostische en therapeutische) beslissingen. Dit kan leiden tot een verbetering van de therapietrouw (12).

In de iSCOPE studie wordt echter door Blom, J. et al. geconstateerd dat er geen significante toename is van tevredenheid over de huisarts bij patiënten in de interventiegroep (van 96,8 procent naar 97,8%, p-waarde 0,218) (13). Er blijkt bovendien geen verschil te zijn op het vlak van vertrouwen in de huisarts tussen de controle- en de interventiegroep. Dit wordt verklaard doordat patiënten bij aanvang van de studie al veel vertrouwen in hun huisarts hadden. Er wordt in deze studie ook geen verschil gemerkt tussen de controle- en interventiegroep op vlak van levenskwaliteit, mortaliteit, medicatiegebruik, dagelijkse lichaamsfuncties, psychische en cognitieve functies (13).

3. Andere gevolgen van de implementatie van PG en DZ

In het implementatieonderzoek van dr. Jung werden niet enkel de ervaringen van artsen en patiënten onderzocht, maar werd eveneens bekeken of er ook verschillen waren op vlak van aantal verwijzingen, medicatievoorschriften, patiëntencontacten en technische verrichtingen (o.a. kleine chirurgische ingrepen en infiltraties) (14). Ook in enkele andere artikels worden deze gevolgen van de implementatie van PG en DZ besproken (12, 13, 18).

3.1. Aantal verwijzingen

Uit het onderzoek van dr. Jung bleek dat het aantal specialistische verwijzingen in de eerste pilot afnam met 21 procent in de deelnemende huisartsenpraktijken (in vergelijking met een afname van negen procent bij de controlepraktijken). In het tweede pilot onderzoek verminderde het aantal verwijzingen met acht procent (in vergelijking met een toename van twee procent bij de controlepraktijken) (14). Tijdens dit implementatieonderzoek werden wekelijks de verwijzingen naar de tweede lijn nagekeken op zinvolheid (14). Dr. Jansen schrijft in het handboek *'Positieve Gezondheidszorg: Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk'* dat hij het gevoel heeft dat hij minder snel patiënten doorverwijst naar specialistischere gezondheidszorg sinds hij werkt met PG. Vaak bekijkt hij eerst of door middel van enkele doelgerichte gesprekken patiënten kunnen empowered worden om zelf stappen te zetten (18).

3.2. Aantal medicatievoorschriften

Dr. Jung merkte dat het aantal medicatievoorschriften lichtjes daalde tijdens zijn onderzoek met 11 procent in de eerste pilot (in vergelijking met eenzelfde afnamen van 11 procent bij de controlepraktijken) en met 14 procent in de tweede pilot (in vergelijking met een afname van acht procent in de controlepraktijken) (14).

3.3. Aantal patiëntencontacten

In drie van de vier deelnemende huisartsenpraktijken van het implementatieonderzoek van dr. Jung daalde het aantal patiëntencontacten, waardoor er daadwerkelijk meer tijd per patiëntencontact kon worden voorzien (praktijk Afferden: 8316 naar 8127 contacten per normpraktijk, praktijk Gennep: 8776 naar 7153 contacten en praktijk Op 't Zand: 8635 naar 7130 contacten). In één specifieke praktijk was er echter een stijging op te merken van het aantal patiëntencontacten (praktijk Maasoever: 8360 naar 8620 contacten per normpraktijk). Het is mogelijk dat dit te maken heeft met een moeizame implementatie van PG in deze huisartsenpraktijk ten gevolge van meerdere wisselingen van huisartsen waardoor de nieuwe huisartsen niet konden worden getraind in de werkwijze volgens PG (14).

3.4. Aantal technische verrichtingen

Dr. Jung concludeert dat het aantal technische verrichtingen in de eerste pilot studie toenam met negen procent (in vergelijking met een landelijke daling van één procent in diezelfde periode). In de tweede pilot studie nam het aantal technische verrichtingen met drie procent toe (in vergelijking met een landelijke afname van drie procent in die periode) (14). Hij verklaart dit doordat er mogelijks een relatie is tussen het lager aantal verwijzingen naar tweede lijn, en een toename van het uitvoeren van technische procedures in de eigen huisartsenpraktijk (14).

3.5. Kostprijs

In de iSCOPE studie over DZ wordt geconcludeerd dat er geen verschil in kostprijs is opgemerkt tussen de interventie- en de controlegroep (met uitzondering van de kostprijs van de training die werd voorzien voor de interventiegroep) (13). Dr. Jung stelt dat het niet eenvoudig is om aan te geven of en hoe de zorgkosten veranderen na de implementatie van PG in de huisartsenpraktijk. Duidelijk is dat er minder verwezen wordt, onduidelijk is of dit voldoende oplevert om de extra investeringen in de toegenomen kosten van de huisartsen te compenseren (o.a. aannemen van een extra huisarts) (14).

Ook de conceptanalyse van Boeykens et al. vermeldt een mogelijke vermindering van kosten wanneer DZ in de praktijk wordt geïmplementeerd. Het is mogelijk dat DZ kan leiden tot een afname van het aantal diagnostische onderzoeken en therapieën, wat een vermindering van kostprijs met zich meebrengt (12).

4. Implementatie van PG en DZ in de huisartsenpraktijk

Hoewel volgens de reflectiegroep van van Steekelenburg et al. meer dan een vierde van de respondenten aangeeft dat zij het begrip PG in hun werkwijze hebben geïmplementeerd aan de hand van trial-and-error en door zelfstandig te experimenteren, vertellen andere deelnemers dat dit voor hen niet zo eenvoudig is (20). In het kwalitatieve onderzoek uitgevoerd door Lemmen et al. wordt geconcludeerd dat het concept PG geen concept is dat onmiddellijk kan geïmplementeerd worden (11). Ook uit andere artikels blijkt dat het niet eenvoudig is om PG en DZ in de huisartsenpraktijk te implementeren (6, 11, 14). Zo worden er meerdere aanpassingen vernoemd die de implementatie kunnen faciliteren, waaronder het voorzien van meer tijd voor consultaties, inzetten op opleidingen en onderzoek en integratie van het concept in de missie en visie van de praktijk.

4.1. Meer tijd per consultatie

In het *Handboek Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk* schrijven dr. Huber en dr. Jung dat meer tijd per consultatie één van de belangrijkste randvoorwaarden is om PG te implementeren. Hierdoor is er immers voldoende tijd om samen met de patiënt de reële gezondheidsvraag te exploreren. Er worden meerdere strategieën beschreven hoe dit in de praktijk realiseerbaar is (6).

4.1.1. Aantal patiënten per huisarts

Een eerste mogelijkheid betreft het verkleinen van de praktijkgrootte, door het aantal patiënten per huisarts te verminderen. Dit kan gerealiseerd worden door een nieuwe huisarts aan te nemen in de praktijk. Men kan ook meer ondersteunend personeel

(verpleegkundige, praktijkondersteuner) aanwerven, waardoor de druk op de huisarts wordt verminderd (6).

In het implementatieonderzoek van dr. Jung werd de normpraktijk verkleind van 2168 (wat ongeveer overeenkomt met het Nederlands gemiddelde) naar 1800 patiënten per arts door inzet van extra huisartsen. Hierdoor kon de tijd per consultatie uiteindelijk verlengd worden, waardoor het mogelijk werd gemaakt om PG te implementeren (14). Ook in de huisartsenpraktijk die werd onderzocht door Lemmen et al. werd het aantal patiënten per huisarts verlaagd door het aannemen van extra assistenten, waardoor het mogelijk werd om de minimale consultatieduur te verlengen van tien naar 15 minuten. Door deze veranderingen werd er een verlaagde werkdruk ervaren door de zorgverleners (11). In de discussie-sectie van beide onderzoeken wordt wel vermeld dat het hierdoor moeilijk is om te concluderen of de effecten (o.a. werktevredenheid) een gevolg zijn van de implementatie van PG, of van de verlengde consultatieduur en lagere werkdruk (11,14).

4.1.2. Financieringsstructuur

De implementatie van PG binnen de huisartsenpraktijk kan gefaciliteerd worden door het veranderen van de huidige financieringsstructuur (‘per prestatie geneeskunde’). Wanneer huisartsen financieel afhankelijk zijn van het aantal consultaties dat zij per dag voeren, werkt dit belemmerend om verdiepende en langer durende gesprekken met patiënten te voeren (19). Om hiermee om te gaan zorgde dr. Jung tijdens zijn implementatieonderzoek dat de financiële productieprikkel werd weggenomen door een abonnementensysteem in te voeren of het aantal consulten op jaarbasis te bevriezen (een stijging van consulten wordt niet uitbetaald terwijl een daling wordt gecompenseerd) (14). Ook de praktijk die onderzocht werd door Lemmen et al. heeft de financiële structuur veranderd van een prestatiegericht naar een forfaitair systeem om de implementatie van PG te faciliteren (11).

4.1.3. Praktijkorganisatie

In het *Handboek Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk* schrijft dr. Huber dat ook het begrenzen van de zorg kan leiden tot een facilitatie van de implementatie van PG en DZ in de huisartsenpraktijk. Er wordt nog te veel zorg geleverd in de huisartsenpraktijk, die ook elders zou kunnen plaatsvinden of waar een andere zorgverlener (bv. verpleegkundige, maatschappelijk werker) beter voor geschikt zou zijn. Het begrenzen van de zorg kan gerealiseerd worden door een praktijkassistent in te schakelen voor het triëren van consultaties. Men zou ervoor moeten zorgen dat de praktijk meer inzet op belangrijke niet-urgente zorg, aangezien dit het soort zorg is waarbij PG het best aansluit (6).

4.2. Opleiding en onderzoek

Zorgverleners zullen moeten worden getraind om consultaties te voeren door middel van DZ en PG. Dr. Jung haalt aan dat het nuttig is om meer aandacht te voorzien voor gespreksvaardigheden (o.a. motivational interviewing skills, shared decision making, doelgerichte gesprekstechnieken) tijdens de geneeskunde- en huisartsenopleiding (19). Tijdens zijn implementatieonderzoek organiseerde dr. Jung voor alle zorgmedewerkers verschillende trainingen in PG en de bijhorende gesprekstechnieken. Voor de doktersassistenten werd een triagetraining voorzien (14). Ook in de iSCOPE studie over DZ bij oudere patiënten werd voor alle deelnemende zorgverleners (huisartsen en verpleegkundigen) bij aanvang van de studie een opleiding voorzien om hen te trainen in doelgerichte gesprekstechnieken en het opstellen van een *care plan* voor geriatrische

patiënten (13). In de praktijk die Lemmen et al. onderzochten werd zowel bij aanvang, als tijdens de implementatiefase van PG een opleiding aangeboden aan alle werknemers (11).

Ook Boeykens et al. vermelden in hun literatuuronderzoek het belang van training in doelgerichte gesprekstechnieken. (12). Zorgverleners dienen te worden opgeleid om hun eigen aannames en ideeën niet steeds aan de patiënt voor te leggen. Hun communicatievaardigheden moeten worden versterkt om patiënten uit te nodigen om actief deel te nemen aan een consultatie (12). Boeykens et al. merken op dat er verschillen te vinden waren in de verschillende geïncludeerde artikels met betrekking tot het soort training dat de zorgverleners ontvingen (bv. theorie, rollenspel, monodisciplinair versus interprofessioneel) en de duur van de training (variërend tussen enkele uren en meerdere trainingssessies) (12).

In het kwalitatieve onderzoek van van Steekelenburg et al. geeft 18 procent van de bevraagde zorgprofessionals aan dat het tekort aan vormingen over PG één van de belangrijkste obstakels vormt voor implementatie. Vooralsnog wordt in de meeste geneeskundecurricula en in de huisartsenopleiding weinig aandacht besteed aan PG. Bovendien zijn er slechts beperkte mogelijkheden tot bijscholing. Hogescholen lijken hierin overigens verder te staan dan universiteiten (20). 22 procent van de bevraagde professionals vindt dat er daarnaast een gebrek is aan onderzoek over PG. Zo zou er een tekort zijn aan onderzoek naar het concept PG en naar de effecten hiervan op de patiënt. Ook zou er nog te weinig onderzoek worden gedaan op wijk- en gemeenschapsniveau (20).

4.3. Integratie in de missie en visie van de praktijk

Volgens het *Handboek Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk* is het belangrijk om PG te integreren in de missie en de visie van de huisartsenpraktijk om de implementatie ervan te faciliteren (6). In de studie van Lemmen et al. werd ervoor gekozen om PG te implementeren, omdat dit concept het meest aansloot bij de reeds bestaande missie en visie van die huisartsenpraktijk 11). De zorgverleners vonden de implementatie van PG dan ook slechts een kleine aanpassing aan hun reeds holistische manier van werken. Er werd aangegeven dat de implementatie van PG vooral de manier waarop de huisartsenpraktijk hun waarden en normen weergaf aan patiënten had veranderd. Zo werd er meer aandacht geschonken aan de zichtbaarheid van PG en het bijhorende spinnenwebmodel in alle vormen van communicatie van de huisartsenpraktijk naar de patiënten toe. In dit onderzoek werd de opmerking gemaakt dat een aantal respondenten verschillende interpretaties had betreffende het begrip PG. Dit kan verklaard worden doordat de groepspraktijkverantwoordelijke geen duidelijke omschrijving over de interpretatie van PG had geformuleerd in de missie en visietekst (11).

4.4. Sociale kaart

In het literatuuronderzoek door Boeykens et al. werd opgemerkt dat DZ niet alleen de interactie tussen patiënt en zorgverlener kan versterken, maar ook interprofessionele samenwerking kan faciliteren. Zorgverleners met verschillende disciplines krijgen de mogelijkheid om samen zorg te verlenen aan een patiënt waarbij de focus ligt op het nastreven van de patiëntdoelen. Het is dan ook belangrijk om te investeren in een goede samenwerking tussen de diverse gezondheidsprofessionals (12).

Dr. Jung schrijft dat investeren in de contacten met de nulde lijn (o.a. welzijnswerkers, beweging op verwijzing, natuur op recept, mantelzorgers) essentieel is bij de implementatie

van PG (19). Door de gezondheid van patiënten op een bredere manier te interpreteren kunnen meerdere zorgactoren met de patiënt aan de slag gaan. In het kader van zorgsubstitutie en PG is het van belang om een goede signalering, verwijzing en overdracht tussen de nulde en de eerste lijn te behouden (14). Dr. Jung zorgde tijdens zijn implementatieonderzoek waar mogelijk in de wijk van iedere huisartsenpraktijk voor gemeenschapsbevorderende initiatieven (o.a. het oprichten van een dorpscoöperatie, wandelgroepen en huiskamerprojecten voor bejaarden). Tevens werden er netwerkbijeenkomsten PG georganiseerd voor de nulde, eerste en tweede lijn (14).

4.5. Beleid

Uit het onderzoek van van Steekelenburg et al. blijkt dat een derde van de bevraagde deelnemers van mening is dat het huidige Nederlandse zorgbeleid het grootste obstakel vormt voor de implementatie van PG (20). Deze respondenten suggereren dat het beleid onder andere kan inzetten op een hogere financiering van onderzoek en implementatie van PG, het verder uitwerken van het concept PG en het bevorderen van de samenwerking tussen eerstelijns initiatieven (20). Ook in de studie van Lemmen et al. vindt men de rol van de overheid op dit vlak medebepalend (11).

4.6. Acceptatie door zorgverlener en patiënt

Boeykens et al. schrijven dat acceptatie door zorgverlener en patiënt essentieel is om DZ toe te passen. Patiënten dienen immers hun persoonlijke wensen en doelen aan de zorgverlener mee te delen. De zorgverlener moet zichzelf gelijkwaardig aan de patiënt opstellen, en actief luisteren naar de patiënt. Hiervoor dient de zorgverlener bereid te zijn om een doelgerichte communicatiestijl aan te nemen (12).

Van Hoof onderzocht in haar kwalitatief onderzoek aan welke voorwaarden er moet worden voldaan om DZ toe te kunnen passen in de huisartsenpraktijk (17). De bevraagde zorgverleners menen dat er een persoonlijke connectie of vertrouwensband moet zijn tussen de patiënt en de zorgverlener. DZ moet ook passen binnen de manier van denken van de zorgverlener en de patiënt. Mensen die positiever zijn ingesteld, zijn over het algemeen ook enthousiast over DZ. Het is belangrijk dat de zorgverleners weten hoe ze problemen of zorgen kunnen bespreken in een consultatie. Daarnaast moeten de patiënten zelf inzicht krijgen in hun eigen leefsituatie en bijhorende problemen, en openstaan voor verandering (17). Ook Van Steekelenburg beaamt dat zorgverleners de meerwaarde moeten inzien van PG vooraleer ze aan de slag kunnen gaan. In haar onderzoek schrijft ze dat het belangrijkste obstakel voor de implementatie van PG in de praktijk de cultuuromslag van het (bio)medische model naar het doelgerichte en holistische model van PG is (20).

Patiënten dienen attent te worden gemaakt op deze nieuwe manier van consultatievoeren. Dit kan onder andere door posters en folders in de wachtkamer te voorzien (14). Zoals hierboven reeds werd aangehaald, werd in de huisartsenpraktijk van het onderzoek van Lemmen et al. de informatie over PG prominent weergegeven op de website van de huisartsenpraktijk en in de nieuwsbrieven (11).

5. Bij welke patiëntenpopulatie wordt PG en DZ toegepast?

Dr. Bannink en dr. Jansen beschrijven in het handboek '*Positieve Gezondheidszorg: Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk'* de verschillende consultatiemogelijkheden om PG en DZ toe te passen. Zo is dit onder andere aangewezen bij (18):

- Somatische klachten (o.a. chronische pijn);
- Psychische klachten (o.a. depressie, angst, slaap- en eetstoornissen, suïcidaliteit) ;
- Verslavingsproblematiek;
- Functionele klachten;
- Gedragsverandering van patiënten bevorderen: bijvoorbeeld in het kader van leefstijladvies, verbeteren van medicatietrouw;
- Begeleiden van patiënten in een laatste levensfase;
- Opvoedingsadvies, relatie-advies;
- Dilemma's en conflicten;
- Coachen en leidinggeven binnen een team.

Dr. van den Brekel-Dijkstra, co-auteur van het handboek *Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk*, beschrijft naast de toepassing in alle levensfasen van acht jaar tot de palliatief-terminale fase, succesvolle voorbeelden met PG bij het stimuleren van een gezonde leefstijl (15). Een breder gezondheidsgericht gesprek volgens PG sluit goed aan bij wat de patiënt zelf het liefst wil veranderen (15).

In de iSCOPE studie werd DZ specifiek toegepast bij oudere patiënten (≥ 75 jaar) met multimorbiditeiten (13). Er werd gekozen om deze populatie te onderzoeken omdat het oorzaak-gevolg model moeilijker kan worden toegepast wanneer er verschillende aandoeningen aanwezig zijn: de ene ziekte en/of behandeling kan immers de diagnose, behandeling of impact van een andere ziekte beïnvloeden. Aangezien het ook belangrijk is om aandacht te hebben voor de levenskwaliteit en de autonomie van oudere patiënten kan een doelgerichte aanpak hierbij van nut zijn (13).

Het blijkt dat DZ en PG niet alleen nuttig kan zijn bij (psycho)somatische klachten, maar ook om de relatie tussen zorgverlener en patiënt te bevorderen. Zo beschrijft dr. Jung een casus over een obese dame die steeds werd aangesproken op haar gewicht (19). Dit leidde tot diverse conflicten tussen de patiënte en de huisarts. Door gebruik te maken van PG werd uiteindelijk de werkelijke reden achterhaald waarom deze vrouw het niet op prijs stelt dat zij steeds commentaar op haar gewicht krijgt (haar man zou vrouwen met overgewicht aantrekkelijk vinden). Door respect toe te kennen aan de keuzes van deze patiënte wordt de arts-patiënt relatie terug hersteld (19).

Volgens de focusgroep uit de studie van Hoof et al. is DZ minder geschikt voor acute medische problemen (17). Daarnaast waren enkele zorgverleners van mening dat de effectiviteit van het toepassen van DZ afhankelijk is van het soort probleem waar de patiënt mee te maken heeft. Aangezien dit onderzoek specifiek gaat over het toepassen van DZ bij toekomstige ouders met een lagere socio-economische status, wordt de kanttekening gemaakt dat de socio-economische status in principe geen invloed zou moeten hebben op de toepasbaarheid van DZ. Het is echter wel mogelijk dat bepaalde patiënten (o.a. mensen met een intellectuele achterstand) meer moeite hebben om over zichzelf te reflecteren. Daarnaast zijn er ook andere culturele verschillen die een invloed kunnen hebben op de effectiviteit van DZ (o.a. een alternatieve visie op de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg) (17).

Conclusie

Over het algemeen zijn de ervaringen van zowel zorgverleners als patiënten over PG en DZ positief. Er lijkt een toename te zijn van het werkplezier bij zorgverleners die PG en/of DZ toepassen (6, 11, 14, 16, 18, 20). Dit kan verklaard worden doordat dit een meer persoonsgerichte en holistische aanpak is, waarbij de autonomie van zowel patiënt als zorgverlener bewaard blijft (11, 12). De toename van het werkplezier zou mogelijks een deel van het antwoord kunnen bieden op het probleem van de stijgende burn-out cijfers bij (huis)artsen (11, 16). Daarnaast geven zorgverleners aan dat PG en DZ een perspectiefrijker consult kan opleveren waarbij nieuwe of aanvullende informatie over patiënten aan het licht kan komen (13, 18-20). Hierdoor is het soms gemakkelijker om het overzicht van de zorgnoden te bewaren waardoor er minder onverwachte zorgvragen zijn (12, 13, 17). Ook patiënten lijken tevreden over deze persoonsgerichte aanpak waarbij er meer aandacht is voor hun wensen en doelen (12, 14, 15, 18, 19). Hierdoor voelen patiënten zich meer gehoord en begrepen door de zorgverlener, wat bijdraagt tot een verbeterde relatie tussen zorgverlener en patiënt en een toename van het onderlinge vertrouwen (12, 17). Patiënten lijken over het algemeen een verbeterde zorgkwaliteit en tevredenheid over de zorgverlener te ervaren wanneer consultaties worden gevoerd door middel van PG en/of DZ (13, 17).

Daarnaast is het mogelijk dat PG en DZ resulteert in een afname van het aantal verwijzingen naar tweede lijn, het aantal voorschriften en de kostprijs en een stijging van medische techniciteiten in de huisartsenpraktijk (12-14). Enkele zorgverleners stellen zich de vraag of PG en DZ wel behoren tot het takenpakket van de huisarts, en niet beter zou worden gedelegeerd aan de praktijkverpleegkundige of de maatschappelijk werker omwille van de multidimensionele aard (13, 17). Bovendien wordt opgemerkt dat DZ niet altijd volstaat: het is mogelijk dat hierdoor een deel van de informatieve taak van de zorgverlener wegvalt (12, 17). Soms staat een taalbarrière of verminderde intelligentie van de patiënt in de weg van een kwalitatief doelgericht consult (17). Ook bij patiënten met een acute medische vraag kan het beter zijn om het oorzaak-gevolg model te gebruiken in de consultatie (17). Wanneer zorgverleners hun eigen grenzen niet bewaken en te veel meegaan in de (soms ongezonde en kortetermijns) visie van de patiënt zou het kunnen dat hierdoor de zorgkwaliteit en het werkplezier van de zorgverlener in het gedrang komt (12).

Om de implementatie van PG en DZ te faciliteren dient er meer tijd per consultatie te worden gecreëerd (6). In enkele Nederlandse huisartsenpraktijken werd de consultatieduur verlengd van 12 naar 15 minuten zodat er meer tijd is om samen met de patiënt diens gezondheidsvraag te exploreren (11, 14). Dit kan gerealiseerd worden door het aantal patiënten per huisarts (door het aannemen van meer artsen of ondersteunend personeel) te verminderen, de financiële prestatieprikkel weg te nemen (omschakeling van prestatiegerichte naar forfaitaire geneeskunde) en het zorgaanbod in de huisartsenpraktijk te begrenzen (verbetering van de triage) (6, 11, 14, 19). Daarnaast is het belangrijk dat er wordt ingezet op kwalitatieve opleidingen om huisartsen vertrouwd te maken met PG en de hierbij aansluitende doelgerichte communicatietechnieken (11-14, 19, 20). Als de missie en de visie van een huisartsenpraktijk nauw aansluit bij PG en DZ kan dit de implementatie faciliteren (6, 11). Het wordt bovendien aangeraden om het begrip PG en/of DZ op te nemen in de missie en visietekst van de praktijk tijdens de implementatiefase, om verwarring over het concept te voorkomen en alle zorgverleners op dezelfde lijn te krijgen (6, 11). Aangezien met PG de patiënt breder wordt bekeken, zijn er vaak meerdere disciplines van zorgverleners nodig om samen te werken aan de gezondheid van een patiënt (12, 14, 19). Het is daarom belangrijk om te investeren in de interdisciplinaire samenwerking (12, 14, 19).

Tot slot moeten zowel de zorgverlener als de patiënt interesse hebben en over de nodige vaardigheden beschikken om met PG of DZ aan de slag te gaan (12, 14, 17, 20).

In enkele artikels wordt de kanttekening gemaakt dat de positieve effecten van de implementatie van PG en/of DZ mogelijks (deels) worden verklaard door het verlagen van de werkdruk op de huisarts (11, 14, 17).

Het dient opgemerkt te worden dat, met uitzondering van de literatuurstudie door Boeykens et al., alle geïncludeerde artikels uit Nederland afkomstig zijn. Het lijkt dat de implementatie van PG en DZ dan ook vlotter verloopt in Nederland dan in België, wat kan verklaard worden door het feit dat het concept PG door dr. Huber, een Nederlandse huisarts, is ontwikkeld. Het is belangrijk om te beseffen dat de huisartsgeneeskunde in Nederland anders wordt georganiseerd dan in België. Zo is de gemiddelde consultatieduur in Nederland bijvoorbeeld slechts tien minuten, terwijl dit in België 15 minuten is (21), wat meer is dan het Europees gemiddelde (10,9 minuten) (21). Daarnaast verschilt ook het aantal patiënten per huisarts. In 2019 waren er gemiddeld 2095 patiënten per huisarts in Nederland (22) terwijl dit in Vlaanderen gemiddeld 1351 patiënten per huisarts is (23). Ook de taakverdeling van de huisarts verschilt tussen België en Nederland: zo moet men in België bijvoorbeeld nog steeds ziektebriefjes schrijven, terwijl dit in Nederland de taak is van de bedrijfsarts (24). In het handboek *Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk* adviseert dr. Huber om extra ondersteunend personeel (o.a. praktijkondersteuner somatiek, praktijkondersteuner geestelijke gezondheid en een praktijkassistent) aan te nemen in de huisartsenpraktijk om de werkdruk te verminderen. Hoewel in België al wel vaker wordt samengewerkt in de eerste lijn met verpleegkundigen en secretariaatsmedewerkers, bestaat een groot deel van de zorgverleners die dr. Huber beschrijft op de dag van vandaag nog niet in België (6).

Er is nood aan meer kwalitatief (internationaal) onderzoek over de effecten van de implementatie van PG en DZ binnen de huisartsgeneeskunde, waarbij zowel aandacht dient te worden besteed aan de effecten op de patiënt en zorgverlener als de eventuele secundaire outcomes (o.a. vermindering van kost, doorverwijzingen en medicatievoorschriften).

Bibliografie

1. Basic Documents. 49 edition: World Health Organization; 2020.
2. Giacaman R, Khatib R. What is health? The ability to adapt. The Lancet. 2009;373(9666):781.
3. Jadad AR, L. OG. How should health be defined? The BMJ. 2008;227(2900).
4. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011;343:d4163.
5. Positieve Gezondheid Institute for Positive Health; 2021 [Available from: https://www.iph.nl/].
6. Huber M, Jung H, van den Brekel-Dijkstra K. Handboek Positieve Gezondheid in de Huisartsenpraktijk. 1 ed. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2021.
7. Huber M. Positieve Gezondheid - de status anno 2019. Bijblijven. 2019;8:14.
8. Van Giel R. Gezondheidszorg 2.0. Huisarts Nu. 2018(2):2.
9. De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. Br J Gen Pract. 2012;62(600):e522-4.
10. Positieve Gezondheid België: Christelijke Mutualiteit; 2020 [Available from: https://www.mijnpositievegezondheid.be/].
11. Lemmen CHC, Yaron G, Gifford R, Spreeuwenberg MD. Positive Health and the happy professional: a qualitative case study. BMC Fam Pract. 2021;22(1):159.
12. Boeykens D, Boeckxstaens P, De Sutter A, Lahousse L, Pype P, De Vriendt P, et al. Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: A scoping review and concept analysis. PLoS One. 2022;17(2):e0262843.
13. Blom J, den Elzen W. Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive, goal-oriented, integrated care model in general practice for older people. A cluster randomised controlled trial: Integrated Systematic Care for older People--the ISCOPE study. Age Ageaing. 2016;45(1):11.
14. Peter-Jung H. Uitkomsten van het hanteren van Positieve Gezondheid in de praktijk. Bijblijven. 2019;8:10.
15. van den Brekel-Dijkstra K. Hoe Positieve Gezondheid bij kan dragen aan gezonde leefstijl. Bijblijven. 2019;35(8):10.
16. van den Brekel-Dijkstra K, Cornelissen M, van der Jagt L. De dokter gevloerd. Hoe voorkomen we burnout bij huisartsen? Huisarts en wetenschap. 2020:4.
17. Van Hoof A, Verkooijen K. A positive approach towards reducing health inequalities. Wageningen: Wageningen University; 2018.
18. Bannink F, Jansen P. Positieve Gezondheidszorg. Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk: Pearson; 2017.
19. Huber M, Jung HP. Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte en van gezondheid. 2015.
20. Van Steekelenburg E. Kersten I. Huber M. Positieve Gezondheid in Nederland. Wie, wat, waarom en hoe? ZonMw. 2016.
21. Deveugele M. Consultatieduur in de huisartsenpraktijk. Huisarts Nu. 2003;32(9):8.
22. van der Horst H. Hoogste tijd voor minder patiënten per huisarts. Huisarts en Wetenschap. 2018;3:2.
23. Ceulemans F. België heeft te weinig huisartsen. Huisarts Nu. 2019.
24. Kroneman M. Boerma W. van der Zee J. De Nederlandse huisarts in Europees perspectief. Huisarts en Wetenschap. 2004:6.

Hoofdstuk 3

Interviewstudie

Een kwalitatief descriptief onderzoek over de ervaringen van Vlaamse eerstelijnszorgverleners over doelgerichte zorg volgens het model van Positieve Gezondheid

Dr. Fien De Laet, dr. Emilie Leterme, Prof. Dr. Paul Van Royen, Mevr. Ann Morissens, Mevr. Astrid Luypaert.

Wat is gekend?

- Doelgerichte zorg (DZ) is een model waarbij men niet uitgaat van klachten of problemen, maar van de (levens)doelen van de patiënt.
- Positieve Gezondheid (PG) is een bredere kijk op gezondheid, uitgewerkt in zes dimensies. Hierbij wordt de nadruk gelegd op de autonomie en veerkracht van de patiënt en de mogelijkheden om een eigen regie te voeren.

In de praktijk

Doelgerichte zorg volgens het model van Positieve Gezondheid kan in de huisartsenpraktijk worden toegepast bij patiënten met psychische of klachten, chronische patiënten met multimorbiditeit of pijnproblematiek, tijdens een intakegesprek of preventieconsult, en eveneens bij patiënten waarbij zorgverleners het gevoel hebben vast te zitten.

Wat is nieuw?

Vlaamse zorgverleners geven aan dat het toepassen van dit model de werktevredenheid kan verhogen en de relatie zorgverlener-patiënt kan versterken.

Auteurs

- **Fien De Laet:** 3e jaars huisarts in opleiding
- **Emilie Leterme:** 3e jaars huisarts in opleiding
- **Paul Van Royen:** promotor en hoogleraar huisartsgeneeskunde, UAntwerpen
- **Ann Morissens en Astrid Luypaert**: copromotors en onderzoekers bij de studiedienst van de Christelijke Mutualiteit.

Inleiding

In de huisartsenpraktijk wordt er vaak gewerkt vanuit een ziekte- of probleemgerichte aanpak, waarbij men de pathogenese van aandoeningen onderzoekt (1). Patiënten presenteren zich met een specifieke klacht zoals acute hoest of dysurie bij een zorgverlener, die vervolgens de oorzaak hiervan en de bijhorende therapie bepaalt (1). Bij chronische, multifactoriële pathologieën, functionele klachten of psychische klachten is deze probleemgerichte aanpak echter niet altijd de beste benadering om patiëntgericht te werken (1). Hiervoor werd het begrip ‘doelgerichte zorg’ (DZ) geformuleerd. Daarbij wordt er minder

aandacht besteed aan de oorzaak van de medische problemen, en actief gefocust op een haalbaar doel op maat van de patiënt (1, 2).

Positieve Gezondheid

Positieve Gezondheid (PG) werd voor het eerst geformuleerd in 2011, door de Nederlandse huisarts Machteld Huber, om een alternatief te bieden aan de klassieke definitie van gezondheid door de WHO als 'een toestand van compleet lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken' (3). Dr. Huber omschrijft PG als 'het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven', en biedt daarbij een bredere kijk op de patiënt met de nadruk op diens autonomie en veerkracht, en mogelijkheden om een eigen regie te voeren (4). Het gaat verder dan het traditionele biopsychosociale model, in die zin dat het niet drie, maar zes verschillende dimensies omvat: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal en maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren. Deze zes verschillende dimensies van PG worden gevisualiseerd in het spinnenwebmodel (figuur 1 (4)).

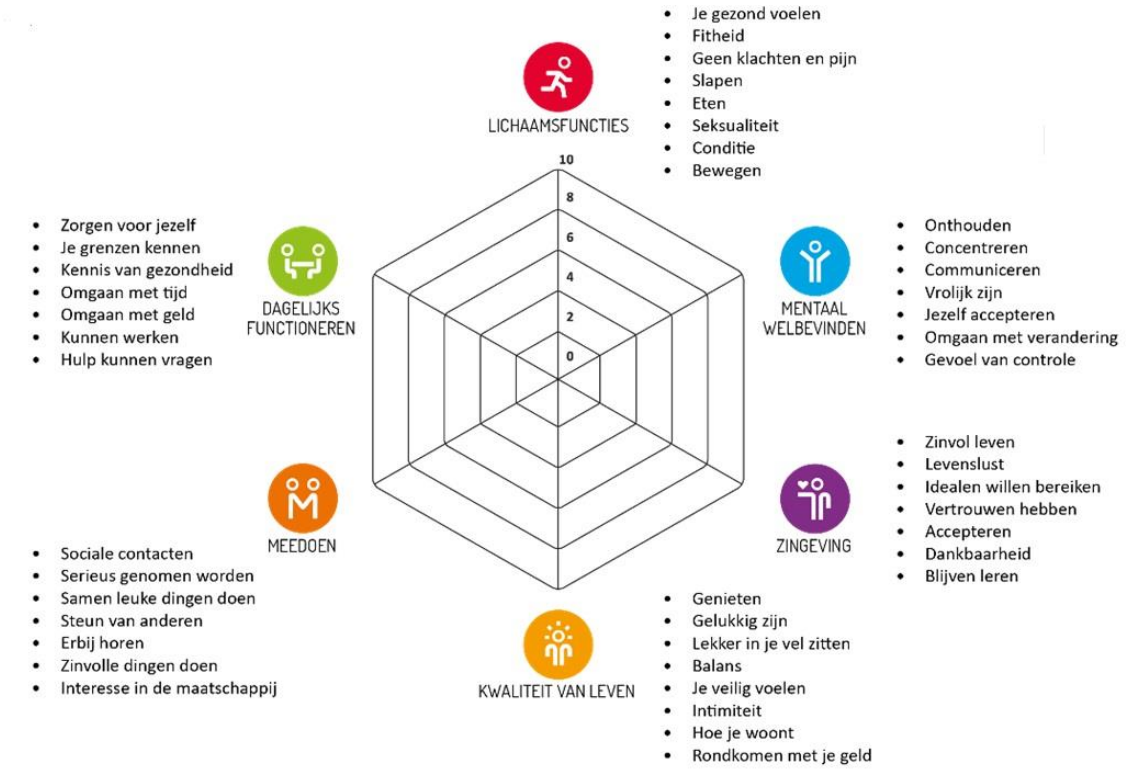
Via een online vragenlijst kunnen patiënten hun gezondheid aan de hand van het spinnenwebmodel in kaart brengen. Dit kan nadien samen met een zorgverlener tijdens de consultatie besproken worden door middel van doelgerichte gesprekstechnieken (4).

Meer informatie of aanbod aan opleidingen via: www.iph.nl (5) en https://positivehealth-international.com/ (6).

Er worden verschillende gesprekstechnieken genoemd om aan de slag te gaan met DZ tijdens de consultatie (1). Eén van deze methodieken betreft het model van Positieve Gezondheid (PG) (zie kader) (2, 4). Het afgelopen decennium heeft het begrip PG vooral in Nederland veel interesse en publiciteit gekregen. PG werd hierdoor geïmplementeerd in Nederlandse huisartsenpraktijken, curricula van geneeskunde-opleidingen en op gemeentelijk niveau (5, 8). Uit recent Nederlands onderzoek blijkt dat het werken met PG de werktevredenheid van zorgverleners kan verhogen (9-12). Enkele onderzoeken suggereren zelfs dat het werken met dit model het risico op burn-out bij zorgverleners kan verminderen (9, 11). Patiënten geven aan dat zij een verbeterde kwaliteit van zorg ervaren met een versterking van het vertrouwen in de zorgverlener en daardoor een verbetering van de zorgverlener-patiënt relatie (10, 13-15). Bovendien blijkt uit een Nederlands implementatieonderzoek dat het aantal patiëntencontacten significant daalt wanneer PG wordt geïmplementeerd, en dat er daardoor uiteindelijk een tijdswinst kan bereikt worden (10). Uit dit onderzoek bleek overigens dat ook het aantal verwijzingen naar tweede lijn, en het aantal medicatievoorschriften kan verminderen, wat kan leiden tot een totale daling van de uitgaven in de gezondheidszorg (7, 10, 13, 15).

Hoewel in België PG wel vernoemd wordt als één van de methodes om DZ toe te passen in de huisartsenpraktijk, valt op dat er verder weinig Belgische literatuur terug te vinden is over dit onderwerp (16, 17). Deze studie heeft tot doel om de ervaring met, en de toepassing van het model van PG in België verder te onderzoeken. In deze kwalitatieve studie wordt vertrokken vanuit twee onderzoeksvragen: 1) wat zijn de opvattingen en ervaringen van Vlaamse eerstelijnszorgverleners over de toepassing van het model tijdens consultaties in de huisartsenpraktijk? En 2) hoe verloopt de implementatie van DZ volgens het concept van

PG in de huisartsenpraktijk. Secundair werd ook gezocht naar belemmerende en faciliterende factoren voor deze implementatie.



Figuur 1: het spinnenwebmodel van Positieve Gezondheid volgens dr. Machteld Huber (4).

Methode

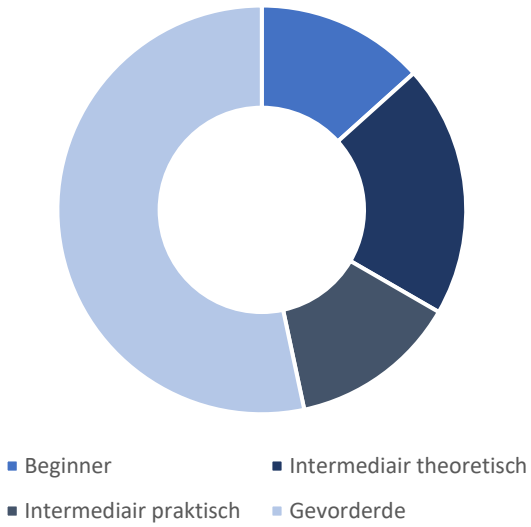
Deze studie betreft een kwalitatief descriptief onderzoek bij eerstelijns zorgverleners uit Vlaanderen die ervaring hebben met het toepassen van DZ volgens het model van PG. De zorgverleners werden gerekruteerd aan de hand van de sneeuwbalmethode, die vertrok vanuit het eigen professioneel netwerk van de twee huisartsen in opleiding. Nadien werden ook zorgverleners die een opleiding over PG[1] in 2022 hadden gevolgd gecontacteerd. 15 zorgverleners gaven aan geïnteresseerd te zijn om deel te nemen aan een semigestructureerd diepte-interview. Het script van deze interviews is gebaseerd op de resultaten van een eerdere literatuurstudie van de auteurs, en werd nadien getoetst tijdens een testinterview en nagekeken door de auteurs. Het onderzoek vond plaats tussen februari en juli 2023 in de huisartsenpraktijken van de betrokken zorgverleners (met uitzondering van interviews 13, 14 en 15 die online werden afgenomen). De interviews duurden gemiddeld 40 minuten (range van 31 – 58 minuten) en werden opgenomen, getranscribeerd, gecodeerd en geanalyseerd met behulp van het Nvivo softwarepakket. Data werden verzameld tot data sufficiency werd bereikt.

[1] Opleiding 'Positieve Gezondheid' in Vlaanderen via positivehealth-international.com

Beschrijving van de onderzoekspopulatie

In totaal werden 15 zorgverleners (tien huisartsen, vier verpleegkundigen en één psycholoog) uit zeven verschillende huisartsenpraktijken geïnterviewd (tabel 1). Het ervaringsniveau van de zorgverleners met betrekking tot doelgerichte zorg volgens Positieve Gezondheid werd objectief door de eerste twee auteurs vastgelegd aan de hand van twee criteria: namelijk het al dan niet hebben gevolgd van een gestandaardiseerde opleiding PG (5, 6), en in welke mate de zorgverleners het model reeds hadden toegepast in hun consultaties. Hierbij werd een verschil gemaakt tussen beginners (geen opleiding gevolgd, toegepast in minder dan vijf consultaties), intermediair theoretisch (opleiding gevolgd, toegepast in minder dan vijf consultaties), intermediair praktisch (geen opleiding gevolgd, toegepast in meer dan vijf consultaties) en gevorderde (opleiding gevolgd en toegepast in meer dan vijf consultaties). Slechts twee zorgverleners hadden een beginnend niveau, en twee andere zorgverleners een intermediair praktisch niveau (zie figuur 1). Bovendien hadden in de huisartsengroep zeven van de tien huisartsen een gevorderd niveau.

Figuur 1
Ervaringsniveau zorgverleners met doelgerichte zorg volgens Positieve Gezondheid



Tabel 1
Karakteristieken deelnemende huisartsenpraktijken

Praktijk	Locatie	Aantal patiënten	Inkomstenmodel
A	Stedelijk	> 4000 patiënten	Forfaitair
B	Stedelijk	2000 - 4000 patiënten	Forfaitair
C	Stedelijk	2000 - 4000 patiënten	Prestatiegericht
D	Stedelijk	> 4000 patiënten	Prestatiegericht
E	Randstedelijk	< 2000 patiënten	Forfaitair
F	Gemeentelijk	> 4000 patiënten	Forfaitair
G	Randstedelijk	< 2000 patiënten	Prestatiegericht

Resultaten

Deze interviews werden geanalyseerd met het oog op het in kaart brengen van zowel de ervaringen van de zorgverleners, als de wijze van implementatie van het model, inclusief de bijbehorende obstakels en bevorderende factoren.

Motivatie om met het model aan de slag te gaan

De meeste geïnterviewde zorgverleners hebben kennisgemaakt met DZ en PG via bijscholingen, artikels of via collega's die het model reeds toepasten. In de interviews werd

aangegeven dat de motivatie om met dit model aan de slag te gaan werd ingegeven door verschillende factoren, zoals het enthousiasme van collega's of het vastlopen op bepaalde consultaties en de wens om daar op een andere manier mee om te gaan. De respondenten gebruiken dit model onder meer bij de zogenoemde 'zuchtpatiënten': patiënten waarbij ze het gevoel hebben vast te zitten en niet goed weten hoe die patiënten het beste geholpen kunnen worden. Daarnaast geven enkele huisartsen aan dat ze op zoek waren gegaan naar een alternatieve wijze van praktijkvoeren omwille van burn-outgevoelens.

> *Voor mij was dat de vaststelling dat ik begon vast te lopen in mijn eigen praktijkvoeren,* […] *en dat uitte zich vooral in die contacten met mensen die vaak kwamen, met klachten die te maken hadden met het maatschappelijke, eenzaamheid, werksituatie, woonsituatie… Ik had daar op den duur geen antwoord meer op.*
>
> Huisarts, forfaitair, gevorderd ervaringsniveau, stedelijke praktijk

Twee praktijken hebben tijdens het oprichten van een nieuwe huisartsenpraktijk het centrale gedachtegoed van DZ en PG centraal verwerkt in hun missie en visietekst vanuit een gedeelde visie op gezondheid. In andere praktijken is PG gestart als praktijkproject om met enkele, of meerdere collega's aan te werken. Slechts in twee praktijken gingen zorgverleners afzonderlijk aan de slag. Bijna alle praktijken zijn begonnen met het implementeren van het model op het niveau van consultaties. Hierbij krijgt een patiënt het spinnenweb, een bijbehorende vragenlijst of brochure voorgelegd, dat vervolgens wordt besproken met behulp van doelgerichte gesprekstechnieken.

In één praktijk werd het model eerst in de wijk geïmplementeerd door met verschillende betrokken actoren (apothekers, diëtisten, psychologen, kinesisten, buurtbewoners) de bestaande sociale initiatieven in de buurt in kaart te brengen, en hen te laten kennismaken met het model van PG. Pas in een tweede fase werd dit model ook geïmplementeerd op consultatieniveau. De huisarts die werkzaam is in deze praktijk geeft aan dat ze doelbewust op deze manier aan de slag zijn gegaan, om het makkelijker te maken om patiënten door te verwijzen en de samenwerking te bevorderen.

> *Wij hebben Positieve Gezondheid gebruikt als model om met onze buurt na te denken over wat we zouden kunnen doen aan gezondheid in onze buurt. En dan hebben we die zes dimensies gebruikt om iedereen te laten nadenken over acties. Omdat ik dacht, als ik daar mee begin in een 1 op 1 gesprek, en mensen zouden in één of andere dimensie extra hulp willen, en ik heb daar geen aanbod in, dan zit ik nog altijd vast.*
>
> Huisarts, prestatiegericht, gevorderd ervaringsniveau, randstedelijke praktijk

Ervaringen met het model in de praktijk

De geïnterviewde zorgverleners zijn over het algemeen van mening dat het gebruik van DZ en PG hun werktevredenheid verhoogt. Door het spinnenweb en de bijhorende doelgerichte gesprekstechnieken toe te passen, ontstaat een andere dynamiek in de consultatie, waarbij wordt aangegeven dat patiënten vaker hun eigen gezondheid in handen nemen en zorgverleners een meer coachende rol opnemen. Meerdere respondenten geven aan dat ze minder energie investeren in het zoeken naar oplossingen, waardoor ze minder frustraties ervaren tijdens het consult. Enkele zorgverleners vertellen dat ze, doordat ze een

breder zicht krijgen in diens leefwereld, met een positievere en meer empathische blik naar de patiënt leren kijken.

> *Vooral die 'draining' consultaties, waarbij je voelt van ik smelt hier helemaal en er ligt dan zo een plasje gesmolten dokter onder de stoel. Daar kan het ([2]) echt de sfeer in de consultatie enorm keren.* […] *Doordat ik zicht krijg op die patiënt en echt begrip voel van, amai, dat is heavy wat die te dragen heeft.*
>
> Huisarts, forfaitair, gevorderd ervaringsniveau, gemeentelijke praktijk

Er wordt aangegeven dat patiënten zich empowered lijken te voelen en tijdens de consultatie zelf zoeken naar mogelijkheden om hun gezondheid te verbeteren. Een huisarts vertelt dat ze merkt dat dit vaak geen baanbrekende ideeën zijn, en ook niet altijd de adviezen die zij zelf als huisarts aan de patiënt zou geven, maar wel stappen op maat van de patiënt, waarmee een patiënt actief aan de slag kan gaan.

Enkele zorgverleners merken dat patiënten, door het visualiseren van hun eigen gezondheid met het spinnenweb, meer inzicht krijgen in hun eigen leefwereld en hier beter over kunnen reflecteren. Sommige patiënten lijken in te zien wat er wel goed gaat, in plaats van te focussen op klachten en problemen. Een verpleegkundige vertelt dat ze al heeft gemerkt dat dit voor een aantal patiënten helpt om hun gezondheidssituatie te aanvaarden. Dit kan zowel voor de zorgverlener als de patiënt een lichter en positiever consult opleveren.

> *Ik herinner mij een patiënt die het had ingevuld en zei: "ik scoor mezelf eigenlijk overal laag, ik heb die domeinen nog eens bekeken, ik zit in een moeilijk leven, dat is zo en voor mij is het oké hoe dat het is". Dat vond ik eigenlijk ook al een verlichting van de casus.*
>
> Verpleegkundige, forfaitair, intermediair theoretisch niveau, stedelijke praktijk

Het gebruik van het spinnenweb kan houvast bieden voor zorgverleners om gevoeligere onderwerpen bespreekbaar te maken met patiënten of om op gestructureerde wijze een overzicht te verkrijgen van de leefwereld van de patiënt. Zo gebruiken meerdere zorgverleners het spinnenwebmodel tijdens intakegesprekken met patiënten om op korte tijd veel informatie over patiënten te verzamelen. Enkele respondenten geven aan dat dit het ook voor patiënten kan vergemakkelijken om bepaalde thema's (zoals seksualiteit, financiële middelen, eenzaamheid) te bespreken tijdens de consultatie. Een verpleegkundige vertelt dat ze merkt dat ze hierdoor automatisch meer doorvraagt en aandacht heeft voor gezondheidsongelijkheden, waarmee ze doelt op de ongelijke verdeling van gezondheid bij patiënten volgens hun sociaaleconomische status. Patiënten lopen immers niet altijd te koop met hun socio-economische status en het gebruik van het spinnenweb kan zorgverleners daar meer inzicht in bieden.

Verschillende zorgverleners merken bovendien een positief effect op de zorgverlener-patiënt relatie, wat zou kunnen verklaard worden doordat de zorgverlener de patiënt op een andere manier leert kennen, en patiënten het op prijs stellen dat er interesse is in verschillende dimensies uit hun leven.

[2] Noot van de auteurs: het model van Positieve Gezondheid

Omdat je zelf milder en met meer respect naar uw patiënten kijkt en ze meer holistisch bekijkt, heb ik het gevoel dat dat ook wel binnenkomt bij de patiënten, en is dat gewoon een krachtige tool voor uw patiëntrelatie op te bouwen.

Huisarts, forfaitair, gevorderd ervaringsniveau, stedelijke praktijk

Factoren van invloed op de implementatie

Dat het niet zo eenvoudig is om DZ volgens het model van PG in Vlaamse huisartsenpraktijken te implementeren heeft volgens de respondenten met een aantal factoren te maken.

De vaakst genoemde barrière betreft het gebrek aan tijd tijdens consultaties. De meeste respondenten reserveren een dertigtal minuten om het spinnenweb goed te bespreken. Het probleem hierbij is echter dat er in de agenda vaak onvoldoende ruimte is om zoveel tijd te reserveren voor een patiënt, en dat patiënten vaak ook andere gezondheidsklachten wensen te bespreken als ze op consultatie komen.

Enkele zorgverleners bemerken dat de consultaties in Nederland gemiddeld 12 – 15 minuten duren, en dat daar PG toch vaker wordt toegepast. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit dat Nederlandse zorgverleners ondertussen al meer ervaring hebben opgebouwd, of met culturele verschillen tussen België en Nederland. Enkele zorgverleners vertellen dat ze de indruk hebben dat Nederlandse patiënten en zorgverleners mondiger zijn en op een andere manier communiceren, waardoor consultaties mogelijks sneller kunnen verlopen.

In Nederland gaan ze voor de open gesprekstechniek. Dus wat wil je veranderen? Bijvoorbeeld: Je wil meer gaan wandelen. Oké. Wat heb je nodig om te gaan wandelen? Een paar schoenen. Oké, waar kun je dat paar schoenen krijgen. Dat is zo heel praktisch. Ik merk dat als er hier iemand komt, en die zegt 'wat wil ik doen, ja ik zou toch meer willen gaan wandelen', dat er dan bij ons die vraag gesteld wordt: 'ah en waarom wil je meer gaan wandelen? Vanwaar komt die behoefte, en hoe kunnen wij ervoor zorgen dat het voor u makkelijk wordt?'

Verpleegkundige, forfaitair, gevorderd ervaringsniveau, randstedelijke praktijk

Hoewel het gebruik van het spinnenweb tijd in beslag neemt, hebben meerdere zorgverleners gemerkt dat patiënten minder vaak op consultatie komen nadat ze het spinnenweb hadden ingevuld. Zo vertelt een huisarts dat ze enkele patiënten had die erg frequent op consultatie kwamen met verschillende kleine klachten. Na het gebruik van DZ volgens het spinnenwebmodel merkte ze op dat deze patiënten minder afspraken hadden ingeboekt in de praktijk.

Een andere vaak genoemde barrière betreft het gebrek aan verwijsmogelijkheden. Na het bespreken van een spinnenweb melden patiënten vaak problemen zoals eenzaamheid, slechte woonomstandigheden, psychologische of financiële problemen, waarvoor een zorgverlener een patiënt best doorverwijst naar andere (sociale) instanties. De geïnterviewde zorgverleners geven echter aan dat ze (te) weinig kennis hebben over bestaande initiatieven in de wijk, of dat ze merken dat de mogelijkheden die er wel zijn weinig toegankelijk zijn voor patiënten. Een huisarts vertelt dat de subsidiëring van onder andere CAW's en sociale woningen de laatste jaren werd afgebouwd, waardoor ze het gevoel heeft dat meer patiënten met socio-economische problematiek in de

huisartsenpraktijk te rade gaan, maar dat zij deze patiënten met moeite doorverwezen krijgt. Als dit soort onderliggende problematiek uit een spinnenweb naar boven komt, kan het soms frustrerend voelen om patiënten niet verder te kunnen helpen. Om deze reden werd er in één huisartsenpraktijk gekozen om het model van PG eerst in de buurt te implementeren, alvorens er werd overgegaan tot de implementatie op consultatieniveau.

> *Het ding is vooral wat doe je dan met die bevindingen. Want dat is* […] *soms wel, ja, moeilijk om te weten waar kan ik met deze mensen goed terecht.*
>
> Huisarts, prestatiegericht, beginnend ervaringsniveau, stedelijke praktijk

Ook tijdens de consultatie zelf zijn er verschillende factoren van invloed op het al dan niet doen slagen van een doelgericht gesprek volgens het model van PG. Er wordt opgemerkt dat het moeilijker is om dergelijke gesprekken aan te gaan bij patiënten met taal- of culturele barrières, of beperkte gezondheidsvaardigheden (de vaardigheden die mensen nodig hebben om gezondheidsinformatie te begrijpen en toe te passen). Zelfs een vereenvoudigde versie van het spinnenweb, waarbij er met smileys in plaats van met een puntenscore moet worden geantwoord, kan voor verschillende patiënten nog steeds moeilijk zijn. Voor patiënten met weinig digitale vaardigheden zijn de online vragenlijsten vaak een drempel om het gesprek te voeren. Meerdere praktijken werken met een zelfgemaakte papieren versie van de vragenlijst, wat de drempel voor patiënten kan verlagen om het spinnenweb in te vullen. Enkele zorgverleners maken gebruik van een tolk of intercultureel bemiddelaar tijdens het voeren van dergelijke consultaties.

Bovendien hebben sommige patiënten geen interesse in het voeren van een dergelijk gesprek. Een verpleegkundige merkt op dat het voor veel patiënten een nieuwe manier van consultatievoeren is, die een goede introductie vereist. Het is van belang om het spinnenwebmodel goed te kaderen en de klachten van de patiënt niet te banaliseren opdat zij zich niet onbegrepen zouden voelen. In enkele praktijken wordt in de wachtzaal actief aandacht besteed aan het spinnenwebmodel van PG met behulp van posters, brochures of een introductiefilmpje[3] zodat patiënten goed geïnformeerd worden.

> *Ik denk wel dat je moet oppassen* […] *dat je niet de indruk geeft dat je niet meer begaan bent met de klacht waarvoor ze oorspronkelijk bij jou komen. Want, dat heb ik wel al eens ervaren, dat ze dan precies de indruk hebben dat je niet meer wil bezig zijn de chronische pijn of zo.*
>
> Huisarts, forfaitair, beginnend ervaringsniveau, stedelijke praktijk

Ook voor zorgverleners is het vaak een uitdaging om hun communicatiestijl te veranderen. Een verpleegkundige vertelt dat ze soms moeite heeft het thema ter sprake te brengen uit angst om niet au sérieux te worden genomen. Daarnaast geeft een huisarts aan dat ze het niet eenvoudig vindt om haar vaste consultatiestramien te doorbreken.

> *Dat ik het nog meer moet ontwikkelen en het eigen moet maken. Anders kom ik niet authentiek over. Daar zal zeker wat schroom van mijn kant zitten.*
>
> Huisarts, forfaitair, gevorderd ervaringsniveau, randstedelijke praktijk

De implementatie vergemakkelijkt als alle medewerkers in de praktijk op dezelfde golflengte staan. In verschillende praktijken wordt er tijd voorzien voor intervisiemomenten, waarbij collega's met elkaar van gedachten kunnen wisselen over moeilijkere casussen. Enkele

[3] Promotiemateriaal is onder andere te vinden via de website www.iph.nl.

huisartsen die het gevoel hebben dat ze door tijdsnood het spinnenweb niet kunnen bespreken, verwijzen de patiënt naar de verpleegkundige die meer ruimte in de agenda heeft. Een zorgverlener merkt op dat de implementatie wordt bemoeilijkt wanneer niet alle collega's op dezelfde lijn staan.

> *Maar het wordt ook niet gedragen door het hele team. Nu zit iedereen op zijn eigen eilandje te werken en ik heb het idee dat als iedereen vanaf dezelfde bril kijkt, dat dat wel positief is voor de patiënten.*
>
> Verpleegkundige, forfaitair, intermediair praktisch ervaringsniveau, gemeentelijke praktijk

Enkele zorgverleners geven aan dat het forfaitaire systeem hen geschikter lijkt voor de implementatie, door het multidisciplinaire karakter van de forfaitaire huisartsenpraktijken, en de voorziene tijd voor intervisiemomenten. Een bijkomend voordeel van het forfaitaire model is dat zowel patiënten als zorgverleners geen directe financiële gevolgen ervaren door de langere tijdsduur of de nood tot herconsultatie voor het spinnenweb. Opvallend is dat de zorgverleners die werkzaam zijn in prestatiegerichte praktijken dit niet zo ervaren. Een huisarts vertelt dat zij ook voor andere gesprekken die niet volgens het spinnenweb worden gevoerd (bv. psychosociale zorg, complexe problematiek) soms meer tijd nodig heeft. Een nomenclatuurnummer voor consultaties die meer tijd in beslag nemen (bv. psychologische consulten) zou hier in tegemoet kunnen komen.

Discussie

Uit dit verkennend onderzoek, blijkt dat het gebruik van DZ volgens het model van PG een bredere kijk biedt op de leefwereld en de daarbij horende (levens)doelen van een patiënt. Dit kan volgens de geïnterviewde zorgverleners leiden tot een verhoging van de werktevredenheid, een betere zorgverlener-patiënt relatie en empowerment van patiënten. Deze bevindingen bevestigen de resultaten van eerder uitgevoerde Nederlands onderzoeken die in de inleiding werden toegelicht (4, 7, 9, 10, 11).

Een van de meest genoemde barrières voor de implementatie is het gebrek aan tijd tijdens de consultaties. Nederlands onderzoek toont echter dat het gebruik van DZ volgens het model van PG op lange termijn kan leiden tot een vermindering van de duur en het aantal consultaties (9), en enkele geïnterviewde zorgverleners gaven ook aan dat ze merkten dat verschillende patiënten minder afspraken inboekten in de praktijk. Er is nog te weinig ervaring in Vlaanderen om grootschaligere objectieve effecten vast te kunnen stellen (zoals een invloed op tijdsinvestering of vermindering van de kostprijs). Bovendien is nog niet geweten wat de ervaringen zijn van Vlaamse patiënten, en wat de achterliggende reden is dat patiënten mogelijks minder vaak consulteren.

Een andere frequent genoemde barrière betreft het gebrek aan (toegankelijke) verwijsmogelijkheden naar nulde en eerste lijn. Eén geïnterviewde huisartsenpraktijk ontweek deze barrière door te starten met de implementatie op wijkniveau vooraleer het model in de consultatie werd geïmplementeerd. Ook uit onderzoek blijkt het belang van implementatie van PG in de wijk, en een goede samenwerking met eerstelijns en sociale actoren om patiënten gericht te kunnen doorverwijzen (4, 12).

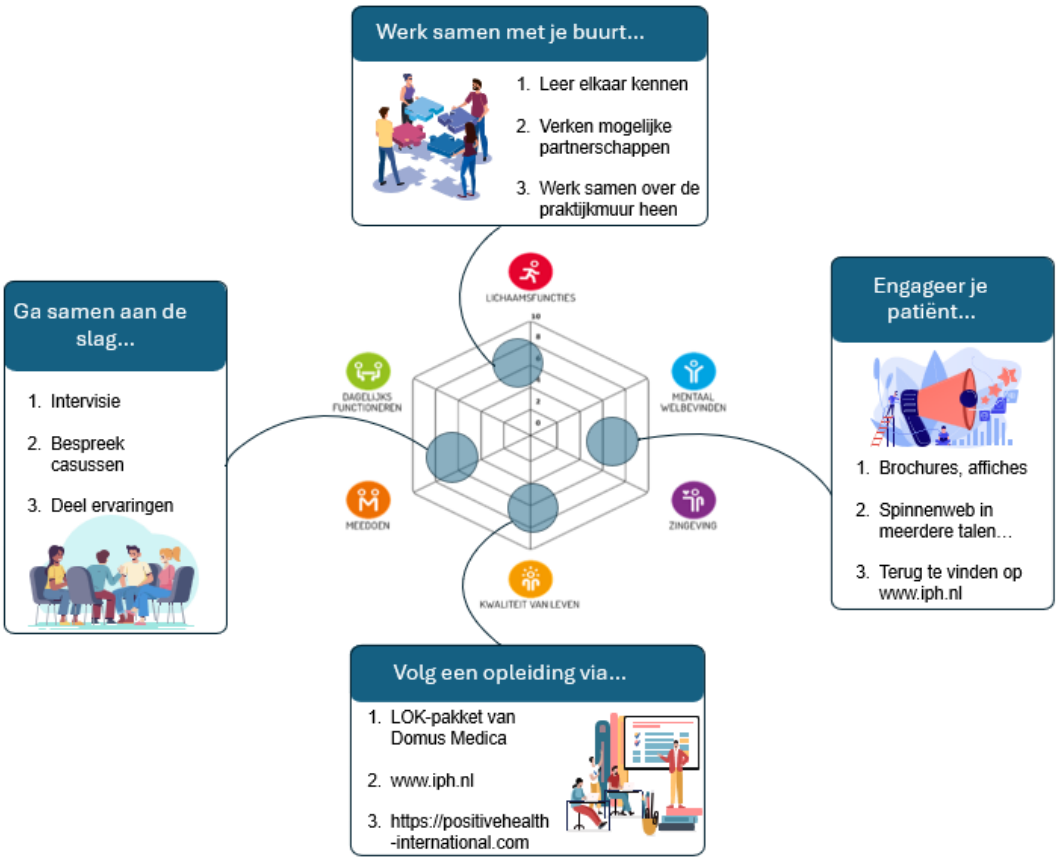
De geïnterviewde zorgverleners bespreken ook hoe de implementatie gefaciliteerd kan worden. Het wordt gemakkelijker om met PG volgens het model van DZ te werken door met meerdere collega's aan de slag te gaan, aandacht te besteden aan intervisiemomenten en

lokale wijkinitiatieven of actoren samen te brengen om patiënten gerichter te kunnen verwijzen. Om de implementatie in Vlaamse huisartsenpraktijken verder te zetten, is er echter bijkomend onderzoek nodig over de ervaringen van patiënten bij het toepassen van dit model, de objectieve gevolgen op lange termijn en de implementatie van het model op praktijk-, wijk- en nationaal niveau.

De bijdrage van dit onderzoek is belangrijk omdat voor het eerst in Vlaanderen werd gepeild naar ervaringen van zorgverleners met DZ volgens het model van PG. Zowel de eerste, als de tweede auteur zijn huisarts in opleiding met een beperkte wetenschappelijke achtergrond. Om tegemoet te komen aan deze beperking werd een literatuurstudie uitgevoerd om tot een dieper begripsniveau van het onderwerp te komen en om inspiratie te putten uit de reeds bestaande studiedesigns. Vervolgens werd het script opgebouwd in nauw overleg met de overige auteurs die allen gespecialiseerd zijn in wetenschappelijk onderzoek en de eerstelijnszorg. Ten slotte werd een testinterview uitgevoerd. Dit werd geëvalueerd door het volledige auteursteam waarna de nodige aanpassingen werden gemaakt aan het script. Voor de rekrutering van de respondenten werd de sneeuwbalmethode gebruikt waardoor het risico op selectiebias bestaat. Dit was noodzakelijk omdat er nog niet veel zorgverleners werken met DZ volgens het model van PG. Gezien de innovatieve aard van dit model was het doel van deze studie niet om de implicaties voor een brede implementatie in Vlaamse huisartsenpraktijken in kaart te brengen, maar eerder om de persoonlijke ervaringen van de zorgverleners die reeds met dit model aan de slag zijn gegaan te bestuderen. Er werden in totaal 15 zorgverleners geïnterviewd die hoofdzakelijk werkzaam waren in forfaitaire en stedelijke praktijken. Hoewel verschillende medische disciplines hierbij werden betrokken, was het grootste deel van de geïnterviewde zorgverleners huisarts. Hierdoor bestaat het risico op undercoverage bias.

Aanbevelingen

Op basis van de informatie uit de interviews hebben de onderzoekers enkele aanbevelingen opgesteld om de implementatie van DZ volgens het model van PG in de huisartsenpraktijk te vergemakkelijken (zie afbeelding). Om dit model op het nanoniveau van de consultatie verder te implementeren kunnen patiënten worden geëngageerd en geïnformeerd en kan de zorgverlener verder worden bijgeschoold in het thema DZ volgens het model van PG. Daarnaast is voor de implementatie ook belangrijk om op andere niveaus van implementatie in te zetten: op praktijkniveau (microniveau) kunnen intervisiemomenten in de praktijk worden georganiseerd zodat alle zorgverleners worden betrokken. Op wijkniveau (mesoniveau) wordt aanbevolen om de sociale partners te betrekken en de sociale kaart in kaart te brengen om gericht te kunnen doorverwijzen.



Figuur 1: aanbevelingen om de implementatie in de huisartsenpraktijk te faciliteren (18).

Er is echter meer nodig om DZ volgens het model van PG grootschalig te implementeren in Vlaanderen. Terwijl de traditionele geneeskunde de oorsprong onderzoekt van ziektes (pathogenese), kiest PG hierin immers een andere invalshoek, door te achterhalen hoe mensen veerkrachtig blijven en een zinvol leven kunnen leiden waarin ze hun eigen regie kunnen voeren. Hierbij wordt er aandacht geschonken aan het versterken van de determinanten die mensen gezond houden. Hiervoor ontwikkelde Aaron Antonovsky in 1979 het begrip ‘salutogenese’, waarin wordt onderzocht wat de oorsprong is van gezondheid (18). Om PG te implementeren is aldus een paradigma shift noodzakelijk van de huidige pathogene, naar een salutogene visie op gezondheid, waarbij wordt geïnvesteerd in die zaken die de bevolking gezond houdt (zoals preventie, gezonde voeding, mogelijkheden tot bewegen in een groene omgeving).

De brede implementatie van PG op consultatie, wijk- en nationaal niveau vereist aldus een alternatieve organisatie van de gezondheidszorg en een andere beleidsvisie waarin niet alleen meer wordt ingezet op een sterke eerste en sociale lijn, maar ook op die zaken die de bevolking gezond kunnen houden.

Bibliografie

1. VIVEL. Doelgerichte zorg 2023 [Available from: https://www.vivel.be/nl/doelgerichtezorg/].
2. Bannink F, Jansen P. Positieve Gezondheidszorg: Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk: Pearson; 2017.
3. World Health Organization. Basic Documents. 49e editie. 2020.
4. Huber M, Jung H, Van den Brekel-Dijkstra K. Handboek Positieve Gezondheid in de Huisartsenpraktijk. 1 editie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2021.
5. IPH. Positieve Gezondheid (Positive Health) 2021 [Available from: https://www.iph.nl/].
6. PHI. Positive Health International. 2023 [Available from: https://positivehealth-international.com/].
7. Domus Medica. Project doelgerichte zorg in de huisartsenpraktijk: de ontwikkeling van een LOK-traject 2023 [Available from: https://www.domusmedica.be/expertisedomein/chronische-zorg/project-doelgerichte-zorg-gaat-van-start].
8. Huber M. Positieve Gezondheid - de status anno 2019. Bijblijven. 2019;8.
9. Lemmen CHC, Yaron G, Gifford R, Spreeuwenberg MD. Positive Health and the happy professional: a qualitative case study. BMC Fam Pract. 2021;22(1):159.
10. Peter-Jung H, et al. Uitkomsten van het hanteren van Positieve Gezondheid in de praktijk. Bijblijven. 2019;8:10.
11. van den Brekel-Dijkstra K, Cornelissen, M., van der Jagt, L. De dokter gevloerd. Hoe voorkomen we burn-out bij huisartsen? Huisarts en wetenschap. 2020:4.
12. van Steekelenburg E, Kersten I, Huber M. Positieve Gezondheid in Nederland. Wie, wat, waarom en hoe? ZonMW. 2016.
13. Boeykens D, Boeckxstaens P, De Sutter A, Lahousse L, Pype P, De Vriendt P, et al. Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: A scoping review and concept analysis. PLoS One. 2022;17(2):e0262843.
14. Van Hoof A, Verkooijen, K. A positive approach towards reducing health inequalities. Wageningen: Wageningen University; 2018.
15. Blom J, den Elzen, W. et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive, goal-oriented, integrated care model in general practice for older people. A cluster randomised controlled trial: Integrated Systematic Care for older People--the ISCOPE study. Age Ageaing. 2016;45(1):11.
16. CM. Positieve Gezondheid België 2020 [Available from: https://www.mijnpositievegezondheid.be/].
17. Van Giel R. Gezondheidszorg 2.0. Huisarts Nu. 2018(2):2.
18. Afbeeldingen in figuur 1 via designed by vectorjuice - Freepik.com.
19. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 1996;11(1).

Hoofdstuk 4

Persoonlijke reflectie Fien

Verloop groepsproces en persoonlijk aandeel

Drie jaar geleden vertelde ik in mijn toenmalige seminarie-groep over een Huisarts en Wetenschap podcast die ik had beluisterd rond het topic ‘een lichter spreekuur’, en mijn idee om een thesis over het onderwerp Positieve Gezondheid te schrijven. Emilie die destijds ook in mijn seminarie-groep zat ging hier enthousiast op in. Zij bleek namelijk in een projectgroepje Positieve Gezondheid te zitten in haar opleidingspraktijk. Toevallig werkte zij net in Geneeskunde voor het Volk, waar ik mijn tweede HAIO-periode zou doorbrengen. We besloten om logischerwijs onze thesis samen te maken, en onze sterktes en connecties te bundelen.

Al vrij snel merkten we dat wij op verschillende manieren te werk gingen. Waar ik liefst zo snel mogelijk wou starten met het onderzoek en graag al lang voor de deadline iets af heb, werkt Emilie het beste naar een deadline toe. Het vroeg ons allebei wat aanpassingen aan onze werkstijl om hier een balans in te vinden. We besloten om het grootste deel van ons onderzoek samen uit te voeren. Het inlezen in de literatuur, het verzamelen van participanten, opstellen van een script, afnemen van interviews, transcriberen en coderen deden we zoveel mogelijk samen om de kwaliteit van onze thesis ten goede te komen.

We probeerden ook enkele taken te verdelen. Ik focuste mij het meeste op het schrijfwerk en het mailcontact met onze participanten, promotor, copromotoren en lezers. Emilie schoolde zich ondertussen bij in het opstellen van een kwalitatief interview en het gebruik van Nvivo. Tijdens Emilie haar zwangerschap en moederschapsrust deed ik het grootste deel van de analyse en het neerschrijven van de resultaten en de discussie.

Dat het thema mij nauw aan het hart gelegen is maakt dat ik het ook belangrijk vond om een kwalitatief eindproduct in te leveren, dat hopelijk is weggelegd voor een publicatie. Naast het schrijven van deze thesis heb ik ook mijn tijd gestoken in het organiseren van enkele workshops over doelgerichte zorg volgens het model van Positieve Gezondheid, die ik samen met Annelies Lonnee voorstelde op enkele LOK-bijeenkomsten, in twee huisartsenpraktijken en op een bijscholing van Jong Domus. Daarnaast spendeerde ik vele uren aan het nalezen van onze thesis en het nakijken van de feedback van onze geïnteresseerde lezers. Ik vermoed dat mijn enthousiasme over het onderwerp, en het moederschap van Emilie, ervoor hebben gezorgd dat ik meer tijd aan deze thesis heb gespendeerd. We zijn ons hier allebei van bewust en hebben dit met elkaar besproken.

Persoonlijke visie op consequenties voor het werkveld

De implementatie van doelgerichte zorg volgens het model van Positieve Gezondheid in België staat nog in zijn kinderschoenen. Langzaam maar zeker beginnen enkele praktijken met het introduceren van dit model in hun consultaties en praktijk. Ook ik merk tijdens mijn consultaties dat ik op een andere, meer ontspannen manier mijn rol als huisarts kan invullen tijdens een consultatie met doelgerichte zorg volgens het spinnenwebmodel. Het gewicht van de verantwoordelijkheid om alles tijdens een consultatie op te lossen, lijkt minder drukkend te worden. Bovendien biedt deze benadering de kans om mijn patiënten op een dieper niveau te leren kennen, wat mijn empathie versterkt. Hierdoor worden complexere

consulten aangenamer en merk ik dat dit een effect heeft op mijn werktevredenheid. Ik koester de hoop dat door het voeren van deze consultaties patiënten meer gaan reflecteren en hun eigen regie gaan voeren, zonder dat er altijd een consultatie bij een eerstelijns zorgverlener noodzakelijk is. Mogelijks zou dit op langere termijn inderdaad kunnen leiden tot een vermindering van de werkbelasting van huisartsen.

Hoewel individuen kunnen reflecteren over hun gezondheid, zijn ze vaak niet in staat om helemaal alleen stappen te ondernemen om hun gezondheid te verbeteren. Hiervoor is niet alleen een sterke nulde- en eerstelijnszorg nodig, maar zijn ook basisvoorzieningen essentieel, zoals kwalitatieve woon- en werkomstandigheden, voldoende aanbod aan sociale woningen en gezonde maaltijden op scholen. Jammer genoeg zullen we dit niet alleen als zorgverleners kunnen verwezenlijken, daarvoor is er nood aan een ander en socialer beleid om hieraan tegemoet te komen.

Alleszins blijf ik in mijn spreekkamer dit model af en toe toepassen, niet alleen om mijn eigen werkvreugde te vergroten, maar ook om mijn patiënten zich bewust te laten worden van die stappen die zij zelf kunnen zetten. Op deze manier hoop ik mijn bijdrage te leveren aan het verhogen van de zelfredzaamheid van mijn patiënten.

Hoofdstuk 5

Dankwoord

Een thesis schrijf je niet zomaar even in je eentje, of in ons geval: met z'n tweeën. We kunnen onze thesis dus niet afsluiten zonder verscheidene mensen te bedanken.

Vooreerst willen wij onze promotor prof. Paul Van Royen bedanken voor zijn begeleiding en zijn nuttige suggesties tijdens ons driejarig traject. Ook onze copromotors Astrid Luypaert en Ann Morissens hebben ons bijgestaan met hun feedback en hun aanmoedigingen tijdens het schrijven van onze thesis.

Zonder participanten hadden we uiteraard nergens gestaan: we zijn onze 15 zorgverleners dan ook zeer dankbaar voor de tijd die ze hebben vrijgemaakt om ons te woord te staan en hun ervaringen te delen.

Ook zijn wij onze huisartsenopleiders en collega's erg dankbaar die ons door dik en dun hebben gesteund tijdens dit schrijfproces. Annelies Lonnee met haar steeds aanwezige enthousiasme over Positieve Gezondheid. Nele Augustyns die telkens die laatste puntjes op de i kon zetten. Lieve Seuntjens met haar kritische blik in de laatste fase van het schrijfproces. Annelies Van Linden die vanwege haar enthousiasme over dit thema ook graag een meer dan 50 pagina's-tellende tekst wou nalezen.

Daarnaast ook bedankt aan Karolien van den Brekel, directeur van het internationale Institute of Positive Health, om vanuit haar ervaringen met een kritische pen ons schrijfwerk na te lezen.

We kunnen ook niet om Sonja Spee heen, die bereid was om verschillende keren een bundel papier te reviseren en te onderwerpen aan haar kritische inhoudelijke en taalkundige blik. Onuitputbare Laurent Desmet bleef tot op het allerlaatste moment met zijn frisse blik verbeterende suggesties geven.

Bijlage 1

Onderzoeksprotocol

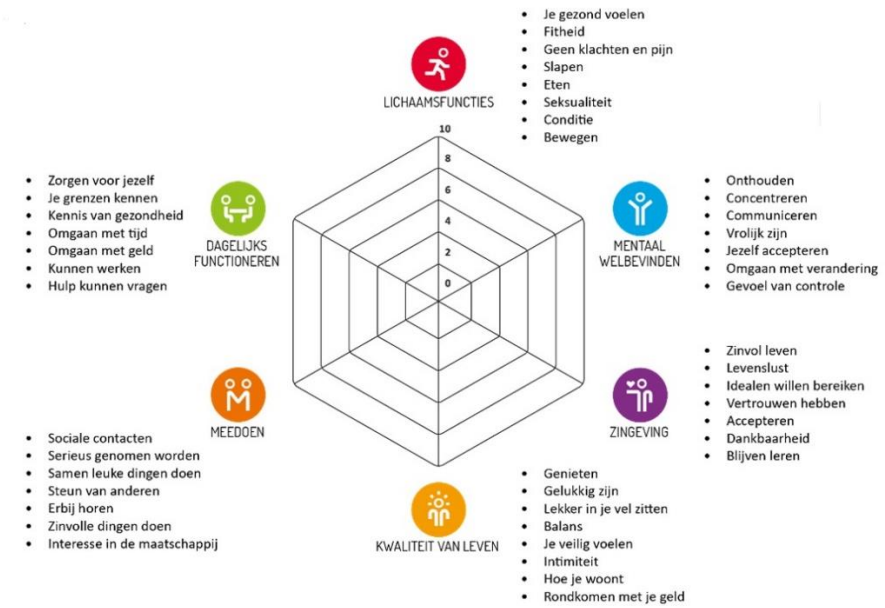
Implementatie van doelgerichte zorg volgens de principes van Positieve Gezondheid binnen de huisartsgeneeskunde

Inleiding

1. Probleemstelling

Het begrip Positieve Gezondheid (PG) werd voor het eerst geformuleerd in 2011, door de Nederlandse huisarts en onderzoekster dr. Machteld Huber, om een alternatief te bieden aan de definitie van gezondheid uit 1948 door de Wereldgezondheidsorganisatie (1). De WHO definieert gezondheid als ‘een toestand van compleet lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken’ (2). Hoewel deze definitie initieel met enthousiasme werd onthaald gezien het ambitieuze biopsychosociale karakter, werd de laatste jaren meer kritiek geleverd op deze formulering (3, 4). Vooral het begrip ‘compleet’ stuit op weerstand: dit impliceert namelijk dat mensen die met chronische ziektes leven, of mensen die te kampen hebben met maatschappelijke problemen ongezond zijn (1). Dr. Huber omschrijft PG als ‘het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven’ (1). Met deze dynamische definitie van gezondheid legt dr. Huber de nadruk op de autonomie en veerkracht van de patiënt, in plaats van op de afwezigheid van de ziekte zelf. Het concept PG gaat verder dan het klassieke biopsychosociale model, in die zin dat het niet drie (biologisch, psychisch en sociaal), maar zes verschillende dimensies omvat: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal en maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren (1, 5).

Deze zes verschillende dimensies van PG worden gevisualiseerd in het spinnenwebmodel, dat hieronder staat afgebeeld (*figuur 1*) (5).



Figuur 1: de zes dimensies van Positieve Gezondheid volgens het spinnenwebmodel (dr. Huber) (5).

Dit model van PG kan ingezet worden als hulpmiddel om met patiënten een doelgericht (of oplossingsgericht) gesprek aan te gaan waarbij er wordt getracht om met een brede blik te kijken naar de patiënt en meer aandacht te geven aan wat de patiënt zelf belangrijk vindt in zijn of haar leven (5). De focus wordt verlegd van de gezondheidsproblemen en de klachten van de patiënt, naar hoe de patiënt hiermee wenst om te gaan (5). Hierbij wordt aandacht geschonken aan de ideeën die de patiënt zelf heeft om zijn of haar gezondheidssituatie te verbeteren. In plaats van louter aandacht te besteden aan de oorzaak van medische problemen, wordt tijdens een doelgerichte consultatie actief gefocust op het vinden van haalbare oplossingen voor de patiënt in kwestie. Uit de literatuur blijkt dat doelgerichte zorg (DZ) en het model van PG kunnen worden gebruikt bij diverse patiëntencontacten, waaronder consultaties met betrekking tot chronische of psychische klachten, levensstijladvies en patiënten met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (5-7).

De voorbije jaren onderzochten verschillende Nederlandse deskundigen de invloed van PG en DZ binnen de eerste lijn. Over het algemeen lijken de ervaringen van zowel zorgverleners als patiënten over PG en DZ positief, met een toename van werkplezier bij zorgverleners, verbetering van de relatie tussen zorgverlener en patiënt, en een verhoogde tevredenheid over de geleverde zorg (7, 9-14). Er wordt vermoed dat PG en DZ kan resulteren in een afname van het aantal verwijzingen naar tweede lijn, het aantal voorschriften en de kostprijs en een stijging van medische techniciteiten in de huisartsenpraktijk (9, 10, 13). Daarnaast wordt opgemerkt dat DZ niet altijd volstaat: het is mogelijk dat hierdoor een deel van de informatieve taak van de zorgverlener wegvalt (7, 13). Tot slot staat een taalbarrière of verminderde intelligentie van de patiënt soms in de weg van een kwalitatief doelgericht consult (7).

De implementatie van PG en DZ lijkt bovendien niet altijd zo gemakkelijk te verlopen. Dr. Huber beschrijft in haar handboek *Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk* de diverse drempels waar men mee te maken heeft bij de implementatie, en de manieren om hiermee om te gaan (5). Zo dient er voldoende tijd per consultatie te zijn (5, 9, 11) en moeten zowel de zorgverlener als de patiënt interesse hebben en over de nodige vaardigheden beschikken om met PG of DZ aan de slag te gaan (5, 7, 13). Tot slot is het belangrijk om te investeren in interdisciplinaire samenwerking aangezien met PG de patiënt breder wordt bekeken, en er dus vaak meerdere disciplines nodig zijn om samen te werken aan de gezondheid van een patiënt (9, 13, 15).

Het valt op dat bijna alle onderzoeken die terug te vinden zijn in de literatuur werden uitgevoerd in Nederland. Het lijkt erop dat de implementatie van PG en DZ dan ook vlotter verloopt in Nederland dan in België, wat kan verklaard worden door het feit dat het concept PG door de Nederlandse dr. Huber is ontwikkeld. In de meest recente Belgische literatuur wordt PG wel vernoemd als één van de verschillende methodes om DZ toe te passen in de huisartsenpraktijk (13, 16, 17). Het spinnenwebmodel van dr. Huber zou binnen deze DZ kunnen worden gebruikt om de zorgbehoeftes van de patiënt beter te begrijpen, en om geschikte oplossingen te kunnen vinden voor deze zorgnoden. In 2020 heeft één van de Belgische mutualiteiten (de Christelijke Mutualiteit) de website *Positieve Gezondheid België* ontwikkelt, met als doel het concept PG verder uit te bouwen binnen het Belgische zorglandschap (17). Ook worden er de laatste jaren diverse trainingen in België georganiseerd om zorgverleners te laten kennis maken met PG en DZ (8, 17). Toch staat de implementatie van DZ en PG in de Vlaamse huisartsenpraktijk vandaag de dag nog in zijn kinderschoenen.

2. Onderzoeksvragen

Dit onderzoek heeft tot doel dieper in te gaan op een aantal vragen met betrekking tot de implementatie van DZ volgens de principes van PG in Vlaamse huisartsenpraktijken. Wat zijn de meningen en ervaringen van gezondheidsprofessionals uit de eerste lijn over DZ en PG? Hoe komt het dat de implementatie in de huisartsenpraktijk niet zo vlot verloopt en bestaan er mogelijkheden om deze implementatie te bevorderen?

Hiervoor werden twee onderzoeksvragen opgesteld die op een gestructureerde wijze worden weergegeven in een PICo-vraagstelling. Deze manier van formulering is gebruikelijk in kwalitatief onderzoek wanneer de ervaring van een bepaald fenomeen wordt onderzocht.

Onderzoeksvraag 1 *Wat zijn de ervaringen en opvattingen van Vlaamse eerstelijns zorgverleners over de toepassing van doelgerichte zorg volgens het concept Positieve Gezondheid tijdens consultaties in de huisartsenpraktijk?*	
	Vraagstelling
Population	Eerstelijns zorgverleners (huisartsen, verpleegkundigen) die bekend zijn met de concepten doelgerichte zorg en Positieve Gezondheid.
Phenomena of interest	Opvattingen en ervaringen met betrekking tot het toepassen van doelgerichte zorg volgens het spinnenwebmodel van Positieve Gezondheid tijdens de consultatie.
Context	Vlaamse huisartsenpraktijken

Onderzoeksvraag 2 *Hoe verloopt de implementatie van doelgerichte zorg volgens het concept Positieve Gezondheid in de consultaties in de huisartsenpraktijk volgens eerstelijnszorgverleners, en wat zijn bemoeilijkende en faciliterende factoren van deze implementatie?*	
	Vraagstelling
Population	Eerstelijnszorgverleners (huisartsen, verpleegkundigen) die bekend zijn met de concepten doelgerichte zorg en Positieve Gezondheid.
Phenomena of interest	Opvattingen met betrekking tot de implementatie van doelgerichte zorg volgens het spinnenwebmodel van Positieve Gezondheid in de consultaties in de huisartsenpraktijk.
Context	Vlaamse huisartsenpraktijken

Methodologie

1. Studieopzet

Deze studie betreft een descriptief kwalitatief onderzoek waarbij de data worden verzameld aan de hand van semigestructureerde interviews met eerstelijns zorgverleners. Het doel is om dieper in te gaan op de opvattingen en ervaringen van deze zorgverleners met betrekking tot de implementatie van DZ volgens het concept van PG in de huisartsenpraktijk.

2. Onderzoekspopulatie

2.1. In- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria
We includeren enkel eerstelijnszorgverleners die bekend zijn met de concepten van PG en/of DZ en werkzaam zijn in een Vlaamse huisartsenpraktijk.

Exclusiecriteria
We excluderen zorgverleners die niet binnen de eerste lijn in Vlaanderen werkzaam zijn.

2.2. Steekproefgrootte

Er wordt geschat dat er voor dit onderzoek 15 tot 25 interviews van zorgverleners zullen moeten afgenomen worden om tot kwalitatieve resultaten te komen, en een data sufficiency te bereiken. Om de vijf interviews zal er geëvalueerd worden of er voldoende data zijn voor data sufficiency.

Aangezien PG en DZ relatief nieuwe begrippen zijn binnen de Belgische gezondheidszorg, zijn nog niet alle eerstelijns zorgverleners bekend met deze concepten. Om deze reden werd gekozen voor een gestratificeerde, doelgerichte steekproef door middel van een sneeuwbalmethode. Hiervoor zal worden gestreefd naar een maximum variatie van de deelnemers op vlak van een aantal karakteristieken, zoals beroep (huisarts, verpleegkunde of andere), werkervaring, ervaring met PG en DZ binnen de consultatie en type huisartsenpraktijk (forfaitaire geneeskunde versus prestatiegerichte geneeskunde).

2.3. Ethische aspecten

Ethisch comité
De goedkeuring van het ethisch comité werd aangevraagd.

Informed consent
Elke participant zal voor het begin van de opnames een informed consent ondertekenen (*zie bijlage 1*). Alle deelnemers werken vrijwillig mee. Ze krijgen een introductie over het doel van onze studie. De onderzoeksgegevens worden anoniem verwerkt en kunnen niet herleid worden naar de deelnemers.

Belangen verschillende partijen
Er is geen opdrachtgever bij deze studie. Het onderwerp is gekozen door de onderzoekers en zij voeren deze studie uit in het kader van hun masterthesis voor hun master-na-master opleiding huisartsgeneeskunde. De onderzoekers hebben geen affiliatie met het Institute for Positive Health (iPH). Ze hebben geen financiering ontvangen voor het uitwerken van deze thesis. Mevrouw Astrid Luypaert en mevrouw Ann Morissens (copromotors) zijn werkzaam bij de Christelijke Mutualiteit maar hebben geen belangen bij deze masterproefthesis.

De participanten hebben geen belangen bij dit onderzoek, er zijn geen materiële voordelen verbonden aan het deelnemen aan deze studie. De deelnemers zullen tevens geen nadelige gevolgen kunnen ondervinden door deelname aan deze studie.

Werving van participanten
De werving gebeurt door middel van de sneeuwbalmethode. Voor de aanvang van dit onderzoek waren er al enkele zorgverleners die aangaven dat zij geïnteresseerd waren om mee te doen aan een studie over PG en DZ. Aan de geïnteresseerden zal de vraag worden

gesteld of zij andere zorgverleners kennen die ook interesse hebben in deelname. Wanneer er voldoende zorgverleners zich hebben opgegeven voor deelname, worden alle geïnteresseerden gemaild met informatie over het onderzoek en de vraag om een afspraak te maken voor het interview.

3. Datacollectie en -verwerking

Voorafgaand aan het onderzoek werd reeds een literatuuronderzoek uitgevoerd over de implementatie van DZ volgens de principes van PG in de huisartsenpraktijk. Hierdoor konden de onderzoekers bekend worden met de verschillende *sensitizing concepts* van dit onderwerp om in het verdere onderzoek theoretisch sensitief te werk kunnen gaan. Het is de bedoeling om in de uiteindelijke discussie van het onderzoek de verzamelde resultaten af te wegen ten opzichte van de uitkomsten van het uitgevoerde literatuuronderzoek.

3.1. Datacollectie

Er wordt gekozen voor het verzamelen van data voor het beantwoorden van de twee onderzoeksvragen aan de hand van semigestructureerde individuele face-to-face interviews. Individuele interviews hebben bij deze studie de voorkeur aangezien er individuele ervaringen worden besproken en mensen in een één op één contact meer ruimte hebben om persoonlijkere antwoorden te geven. Er wordt gekozen voor live interviews aangezien er hiermee meer diepgaande informatie kan verkregen worden. Op voorhand zal er een topiclijst worden opgesteld, die kan worden gebruikt als meetinstrument tijdens het interview. De vragen en subvragen zullen dus op voorhand vastliggen maar er is ruimte voor verdiepende vragen indien dit de onderzoekers relevant lijkt. Er wordt gekozen voor een semigestructureerd interview omdat de interviews door twee onderzoekers zullen worden geleid en er minder variabiliteit is bij een semigestructureerd interview dan bij een open interview. Daarnaast is er wel meer flexibiliteit mogelijk dan bij een volledig gestructureerd interview. Er zal worden gestart met een korte introductie en opfrissing van het concept DZ volgens de principes van PG. Nadien worden er enkele algemene vragen gesteld om de karakteristieken van de deelnemers in kaart te brengen. Aangezien er in dit onderzoek twee onderzoeksvragen zullen worden onderzocht wordt het interview ingedeeld in twee delen. Hierdoor zal achteraf de dataverwerking worden gefaciliteerd.

Het interview wordt tijdens een testfase een eerste keer geoefend op een testpubliek, dat enige kennis heeft over het onderwerp DZ volgens de principes van PG. Hierbij zal een video-opname gemaakt worden, die achteraf door de onderzoekers, de promotor en de copromotor zal worden bekeken. Zo kunnen onduidelijke vragen nog worden aangepast en is er ruimte voor eventuele verbeteringen van het interview. Er werd gekozen om tijdens de testfase gebruik te maken van een video-opname in plaats van een audiofragment, omdat er op deze manier ook feedback kan worden gegeven op de interactie en de non-verbale communicatie tussen de onderzoekers en de testparticipant.

De interviews zelf zullen worden georganiseerd in de huisartsenpraktijk van de deelnemers. Zo hoeven de deelnemers zich niet te verplaatsen naar een andere locatie, wat de barrière om deel te nemen aan het onderzoek vermindert. Tijdens het interview zal de eerste onderzoeker het eerste deel het interview leiden, terwijl de andere onderzoeker notities maakt van het interview. In het tweede deel wisselen de rollen om en zal de tweede onderzoeker het interview leiden, terwijl de andere onderzoeker notities maakt. Zo kan er een natuurlijke, maar ook duidelijke overgang worden gecreëerd tussen de twee onderzoeksvragen. Er wordt een audiobestand opgenomen zodat de onderzoekers naderhand het interview kunnen transcriberen. Om te voorkomen dat non-verbale reacties

verloren gaan, zal één van de onderzoekers tijdens het interview notities maken om bevindingen en non-verbale reacties te noteren. Er wordt gekozen voor een audiobestand in plaats van een videobestand om eveneens de drempel voor de deelnemers te verlagen. Er wordt verwacht dat het interview ongeveer 30 minuten zal duren.

3.2. Dataverwerking

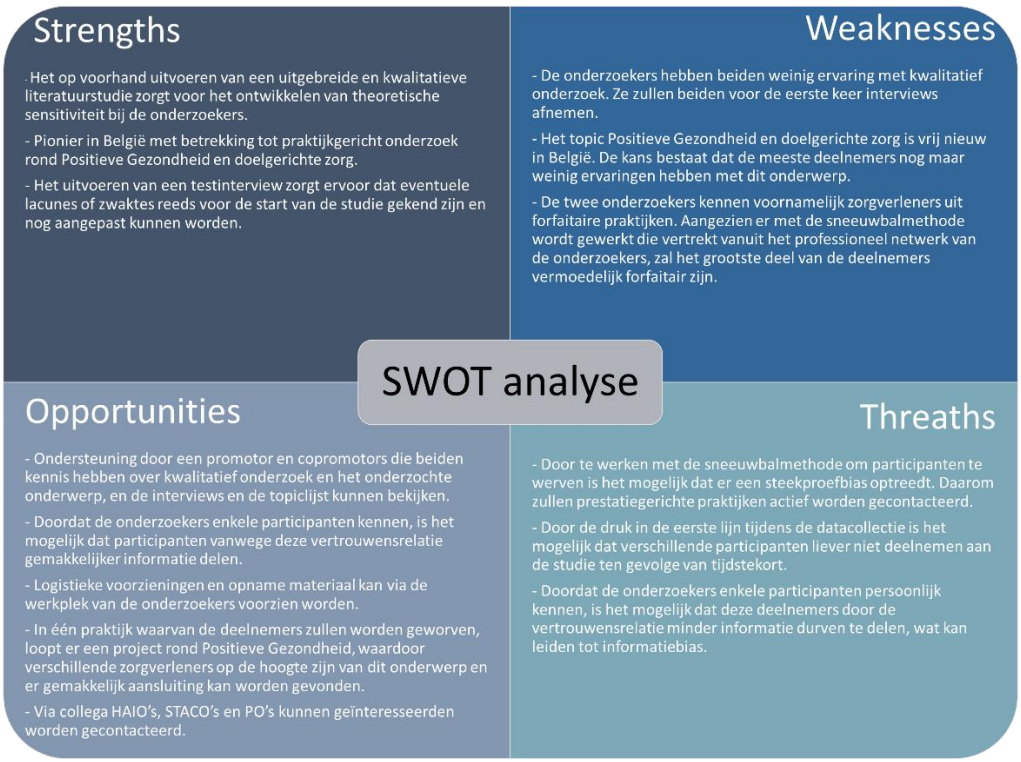
De ruwe data (geluidsmateriaal en veldnotities) zullen samen worden verwerkt tot één transcript. Hierbij zullen de audio-fragmenten letterlijk worden getranscribeerd. Nadien worden de transcripten geanalyseerd volgens de gefundeerde theoriebenadering waarbij in een eerste fase de gegevens worden uiteengerafeld en geordend in thema's. In deze tweede fase worden de thema's verder uitgewerkt. Er wordt in de interviews gezocht naar fragmenten die betrekking hebben op een thema. De fragmenten worden op verschillende momenten vergeleken om te controleren of ze daadwerkelijk over hetzelfde thema gaan. Na elke vijf interviews zullen de onderzoekers samenkomen om de thema's met elkaar te bespreken en te vergelijken. Dit geeft de mogelijkheid om de bevindingen die voortkomen uit een eerste analyse verder te bestuderen in de nieuwe dataverzameling. Zo kunnen eventuele nieuwe topics of nieuwe vragen worden toegevoegd aan de topiclijst. In een laatste fase zullen deze thema's worden vergeleken met de resultaten uit de literatuurstudie. Voor het verwerken van de data zal het softwareprogramma *Nvivo* worden gebruikt.

Resultaten

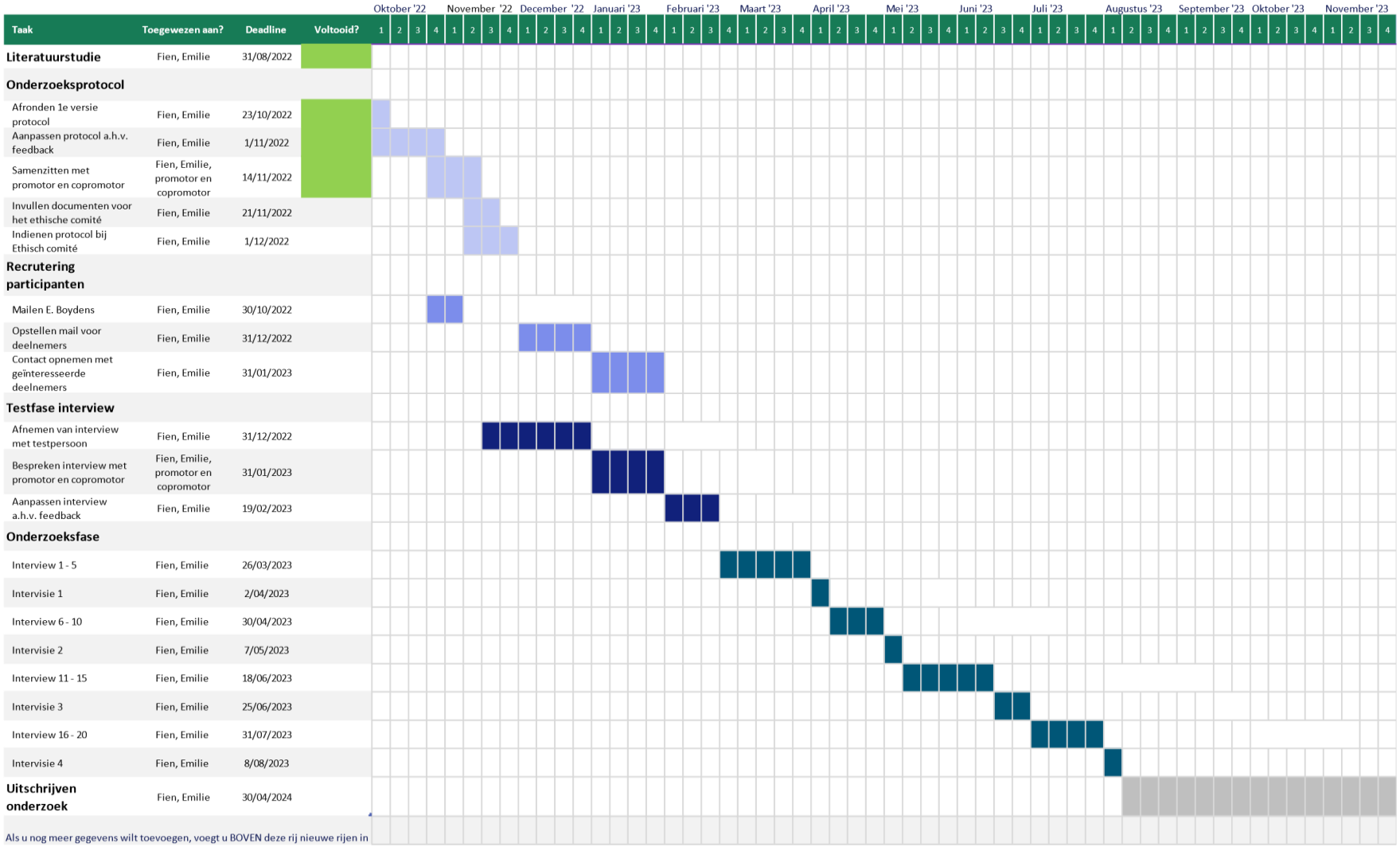
De resultaten en conclusies van deze studie zullen worden beschreven in de masterproef van de studentonderzoekers.

Discussie

1. SWOT-analyse



2. GANTT-chart



Taak	Toegewezen aan?	Deadline	Voltooid?
Literatuurstudie	Fien, Emilie	31/08/2022	
Onderzoeksprotocol			
Afronden 1e versie protocol	Fien, Emilie	23/10/2022	
Aanpassen protocol a.h.v. feedback	Fien, Emilie	1/11/2022	
Samenzitten met promotor en copromotor	Fien, Emilie, promotor en copromotor	14/11/2022	
Invullen documenten voor het ethische comité	Fien, Emilie	21/11/2022	
Indienen protocol bij Ethisch comité	Fien, Emilie	1/12/2022	
Recrutering participanten			
Mailen E. Boydens	Fien, Emilie	30/10/2022	
Opstellen mail voor deelnemers	Fien, Emilie	31/12/2022	
Contact opnemen met geïnteresseerde deelnemers	Fien, Emilie	31/01/2023	
Testfase interview			
Afnemen van interview met testpersoon	Fien, Emilie	31/12/2022	
Bespreken interview met promotor en copromotor	Fien, Emilie, promotor en copromotor	31/01/2023	
Aanpassen interview a.h.v. feedback	Fien, Emilie	19/02/2023	
Onderzoeksfase			
Interview 1 - 5	Fien, Emilie	26/03/2023	
Intervisie 1	Fien, Emilie	2/04/2023	
Interview 6 - 10	Fien, Emilie	30/04/2023	
Intervisie 2	Fien, Emilie	7/05/2023	
Interview 11 - 15	Fien, Emilie	18/06/2023	
Intervisie 3	Fien, Emilie	25/06/2023	
Interview 16 - 20	Fien, Emilie	31/07/2023	
Intervisie 4	Fien, Emilie	8/08/2023	
Uitschrijven onderzoek	Fien, Emilie	30/04/2024	

Als u nog meer gegevens wilt toevoegen, voegt u BOVEN deze rij nieuwe rijen in

Bibliografie

1. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011;343:d4163.
2. Basic Documents. 49 ed: World Health Organization; 2020.
3. Giacaman R, Khatib R. What is health? The ability to adapt. The Lancet. 2009;373(9666):781.
4. Jadad AR, L. OG. How should health be defined? The BMJ. 2008;227(2900).
5. Huber M, Jung H, Van den Brekel-Dijkstra K. Handboek Positieve Gezondheid in de Huisartsenpraktijk. 1 ed. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2021.
6. Bannink F, Jansen P. Positieve Gezondheidszorg. Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk: Pearson; 2017.
7. Van Hoof A, Verkooijen K. A positive approach towards reducing health inequalities. Wageningen: Wageningen University; 2018.
8. Positieve Gezondheid Institute for Positive Health; 2021 [Available from: https://www.iph.nl/].
9. Peter-Jung H. Uitkomsten van het hanteren van Positieve Gezondheid in de praktijk. Bijblijven. 2019;8:10.
10. Blom J, den Elzen W. Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive, goal-oriented, integrated care model in general practice for older people. A cluster randomised controlled trial: Integrated Systematic Care for older People--the ISCOPE study. Age Ageaing. 2016;45(1):11.
11. Lemmen CHC, Yaron G, Gifford R, Spreeuwenberg MD. Positive Health and the happy professional: a qualitative case study. BMC Fam Pract. 2021;22(1):159.
12. Van Steekelenburg E. Positieve Gezondheid in Nederland. Wie, wat, waarom en hoe? 2016.
13. Boeykens D, Boeckxstaens P, De Sutter A, Lahousse L, Pype P, De Vriendt P, et al. Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: A scoping review and concept analysis. PLoS One. 2022;17(2):e0262843.
14. van den Brekel-Dijkstra K, Cornelissen M, van der Jagt L. De dokter gevloerd. Hoe voorkomen we burnout bij huisartsen? Huisarts en wetenschap. 2020:4.
15. Huber M, Jung HP. Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte en van gezondheid. 2015.
16. De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. Br J Gen Pract. 2012;62(600):e522-4.
17. Positieve Gezondheid België: Christelijke Mutualiteit; 2020 [Available from: https://www.mijnpositievegezondheid.be/].

Bijlage 2

Toestemming van het ethisch comité

ETHISCH COMITE

Prof. dr. Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Prof. dr. Paul Van Royen

Family Medicine and Population Health

Dr. Fien De Laet

Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen UA

datum: 23/01/2023

Project ID 3697 - BUN: N/A

Project titel:

Implementatie van doelgerichte zorg volgens de principes van Positieve Gezondheid binnen de huisartsgeneeskunde. Onderzoeksprotocol.

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 23/01/2023

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

Document Type	File Name	Date	Version
Protocol	Protocol masterproef	23/10/2022	1
CV	FienDeLaet	23/10/2022	
GCP	FienDeLaet	18/01/2023	
GCP	GCP Emilie Leterme	18/01/2023	

CV	CV Emilie Leterme	23/10/2022	
CV	CV promotor	08/11/2022	
Questionnaire	Script semigestructureerd interview	08/11/2022	1
Accompanying letter	Begeleidende brief	08/11/2022	1
Default	Abstract masterproef	08/11/2022	1
Insurance	Verzekeringsattest 2022	21/12/2022	2
GCP	PaulVanRoyen	18/01/2023	
ICF	Informed consent TC	18/01/2023	2
ICF	Informed consent Clean	18/01/2023	2

De volgende opmerking werd nog gemaakt

- Zowel in het ICF als in het protocol dient nog vermeld te worden dat de opnames verwijderd zullen worden.

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste

voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem. Met vriendelijke

groeten



Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen