

Academie Voor
De Eerste Lijn

Inspirerende bijdragen voor een sterke eerste lijn in Vlaanderen

Conferentie Voor De Eerste Lijn op 18, 20 en 21 mei 2021

Roy Remmen, Emily Verté, Elien Colman, Sandra Martin,
Cil Leytens en Anouk Tuinstra (red.)

ASP Academic & Scientific Publishers



Academie
Voor De
Eerste Lijn

Dit werk werd verricht met de steun van het Fonds Dr. Daniël De Coninck, beheerd door de Koning Boudewijnstichting. Dank voor het engagement van alle consortium- en eerstelijnspartners.

Speciale dank aan iedereen die zich iedere dag inzet voor de Academie Voor De Eerste Lijn.
Namens het dagelijks bestuur: Roy Remmen, Emily Verté, Elien Colman, Cil Leytens, Sandra Martin en Anouk Tuinstra.

De Academie Voor De Eerste Lijn is een netwerk voor onderzoek en onderwijs gericht op de eerstelijnszorg in Vlaanderen en Brussel.
De Academie Voor De Eerste Lijn bestaat uit een consortium van 4 universiteiten en 6 hogescholen, in samenwerking met het Wit-Gele Kruis en Vlaams Patiëntenplatform.



Academie Voor
De Eerste Lijn

ASP Academic & Scientific Publishers

Door middel van academisch en praktijkgericht onderzoek ontwikkelt de Academie innovatieve instrumenten en actieplannen voor beleid, praktijk en opleiding van de eerste lijn. De Academie ontwikkelt vernieuwende didactische strategieën voor de opleidingen en de permanente vorming van professionals in de eerste lijn. Bovendien beoogt de Academie een permanente dialoog met en actieve betrokkenheid van Personen met een Zorg - en Ondersteuningsnood (PZON) en hun context, professionals en beleidsmakers. Deze participatieve aanpak versterkt de vaardigheden van de actoren in de eerste lijn en faciliteert de introductie van proactieve en persoonsgerichte eerste lijn in Vlaanderen en Brussel.

Gerealiseerd met de steun van

het Fonds Dr. Daniël De Coninck, beheerd door de Koning Boudewijnstichting.

Koning Boudewijnstichting
Samen werken aan een betere samenleving

Thuis in de eerste lijn
FONDS DR. DANIËL DE CONINCK

Voorwoord

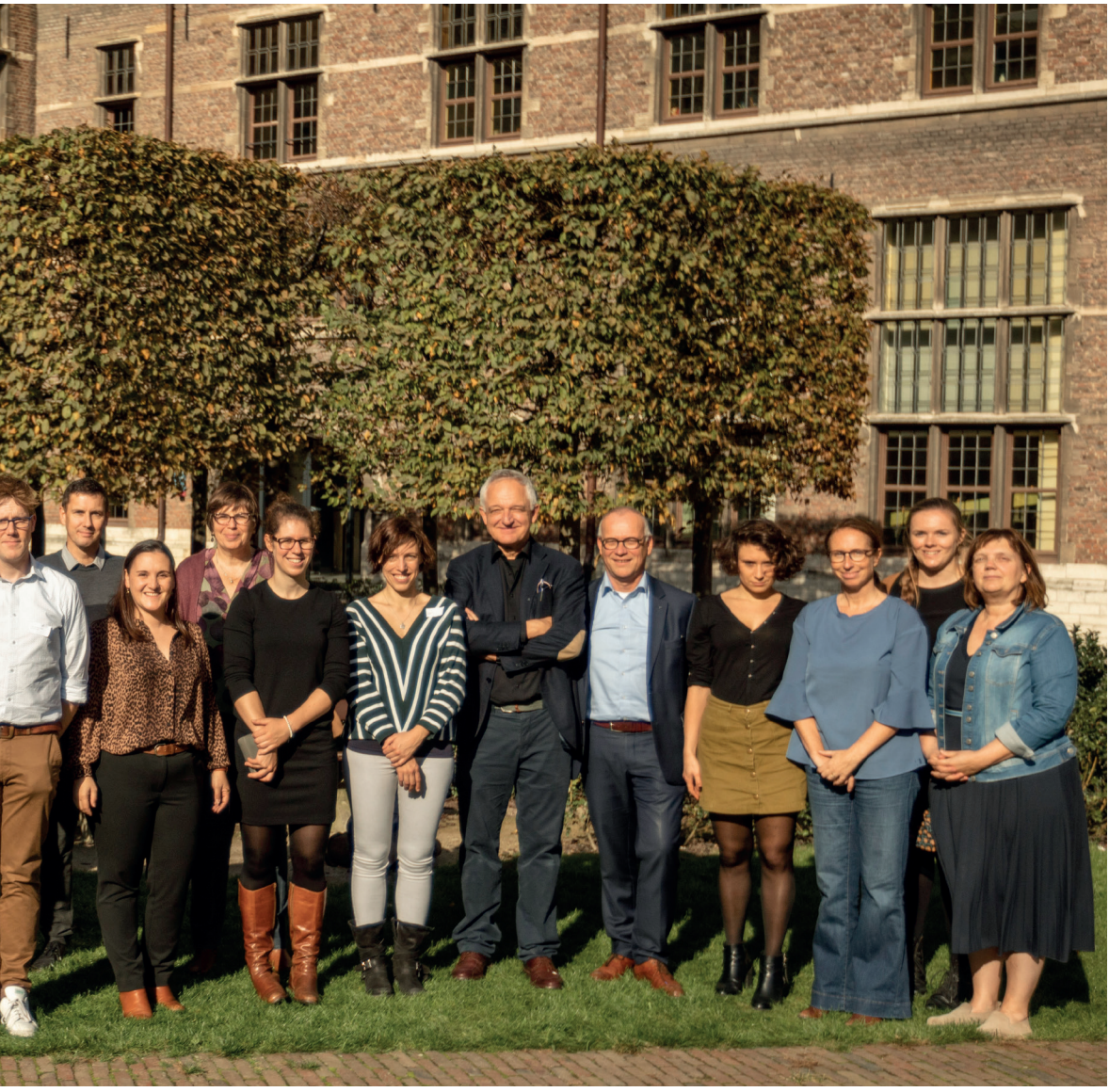
In deze publicatie leer je meer over de werkzaamheden van de leden van de Academie Voor De Eerste Lijn. Het is de weerslag van een online conferentie, de Conferentie Voor De Eerste Lijn, dat samen met de leden van de Franstalige leerstoel Be.Hive op 18, 20 en 21 mei 2021 werd georganiseerd.

Een sterke eerste lijn leidt tot betere gezondheidsuitkomsten, en maakt de zorg efficiënter en goedkoper. Burgers die in hun woonomgeving verzorgd worden, zijn meestal ook heel tevreden over die zorg. Het werk van de leden van de Academie en hun grote netwerk draagt bij tot zo'n sterke eerste lijn.

Namens de redacteurs, de auteurs en de leden van de Academie wens ik u veel leesplezier!

Roy Remmen,
gewoon hoogleraar huisartsgeneeskunde
en voorzitter van de Academie Voor De Eerste Lijn





Inhoud

DEEL 1: INTRODUCTIE 17

DEEL 2: ABSTRACTS EN 'HET THEMA UITGELICHT' 27

Thema: behoeften van de actoren van de eerste lijn 29

HET THEMA UITGELICHT

'Futureproof' eerste lijn? Twee jaar werk in de onderzoeksafdeling 'behoefteonderzoek in de eerstelijnszorg'. Lessons learned 30

Thema: interprofessionele samenwerking 37

Op weg naar een toolkit om interprofessionele samenwerking en integratie in de eerstelijnszorg te faciliteren 38

HET THEMA UITGELICHT

Op weg naar een toolkit om interprofessionele samenwerking en integratie in de eerstelijnszorg te faciliteren 40

[ABSTRACT]

Implementeren van interprofessionele samenwerking in de eerste lijn 44

HET THEMA UITGELICHT

Implementeren van interprofessionele samenwerking in de eerste lijn 46

Thema: doelgerichte zorg 51

[ABSTRACT]
'Wat is doelgerichte zorg?' – identificeren van attributen, antecedenten en consequenties 52

[ABSTRACT]
Doelgerichte zorg: van een conceptueel model naar een interventie voor de eerstelijnszorg 54

HET THEMA UITGELICHT
Wegwijzers naar doelgerichte zorg 56

[ABSTRACT]
De ontwikkeling van een generiek kader voor patiëntendoelen in doelgerichte zorg 61

HET THEMA UITGELICHT - IN WORDING 63

Thema: zelfmanagement 65

[ABSTRACT]
Een focusgroepsstudie over de uitdagingen, succesfactoren en valkuilen van de implementatie van zelfmanagement-ondersteuning in de eerstelijnszorg 66

HET THEMA UITGELICHT
Een focusgroepsstudie over de uitdagingen, succesfactoren en valkuilen van de implementatie van zelfmanagement-ondersteuning in de eerstelijnszorg 68

[ABSTRACT]
Wat is goede eerstelijnszorg? Inzichten van patiënten en hun mantelzorgers 72

HET THEMA UITGELICHT
Wat is goede eerstelijnszorg? Inzichten van patiënten en hun mantelzorgers 74

Thema: onderwijs 83

[ABSTRACT]
Doelgerichte zorg als gemeenschappelijke visie in eerstelijnszorg: de ontwikkeling van een trainingspakket 84

HET THEMA UITGELICHT
Doelgerichte zorg als gemeenschappelijke visie in eerstelijnszorg: de ontwikkeling van een trainingspakket 86

[ABSTRACT]
Doelgerichte zorg, zelfmanagement en interprofessionele samenwerking in de eerstelijnscontext in opleidingsprogramma's en opleidingsonderdelen in het Vlaamse hoger onderwijs 90

HET THEMA UITGELICHT
Doelgerichte zorg, zelfmanagement en interprofessionele samenwerking in de eerstelijnscontext in opleidingsprogramma's en opleidingsonderdelen in het Vlaamse hoger onderwijs 92

Thema: theorie in de praktijk brengen (implementatie en evaluatie) 95

[ABSTRACT]
Implementatiewetenschap: het gebruik van modellen en kaders 96

HET THEMA UITGELICHT
Implementatie en kwaliteit binnen de eerstelijnszorg in België 98

DEEL 3: ABSTRACTS BE.HIVE [ENG] 103

Thema: Interprofessionele Samenwerking 105

[ABSTRACT]
Conducting research on interprofessional practices in primary care during a health crisis: methodological issues of a collective interdisciplinary survey 106

[ABSTRACT]
Primary care institutions in the covid period: the case of nursing homes 108

[ABSTRACT]
Use of interprofessional collaboration tools by primary care workers during the covid-19 pandemic 110

[ABSTRACT]
"And if you try, professional and vulnerable group link's during the Covid-19 1st wave" 112

[ABSTRACT]
The complexities of chronic pain: a patient's perspective 114

[ABSTRACT]
Access to primary care for vulnerable people 116

[ABSTRACT]
Three situations to appreciate practical ethics in care relationship and subsequent well-being of professionals in nursing homes during Covid- 19 crisis 118

Thema: Doelgerichte Zorg 121

[ABSTRACT]
The hospital-at-home programs: the perceptions of home and hospital caregivers 122

Thema: Zelfmanagement 125

[ABSTRACT]
Care trajectories as a tool for exploring the coordination needs of people with chronic wounds and living in complex situations 126

Thema: Onderwijs 129

[ABSTRACT]
Teaching communication in health care with digital storytelling 130

Thema: Geografische structuur in de eerste lijn 133

[ABSTRACT]
From integrated care as a buzzword to improving primary care centred local system integration 134

[ABSTRACT]
A qualitative study investigating perceived strengths and weaknesses in the Walloon primary care during the Covid-19 pandemic 137

ABSTRACT]
Community health principles in primary care centres: a status report of implementation 140

[ABSTRACT]
Configuration of primary care practices 142

Thema: Theorie in de praktijk brengen (implementatie en evaluatie) 145

[ABSTRACT]
Quality improvement programmes in primary healthcare centres 146

DEEL 4: SLOTWOORD 149

Doel en structuur van deze publicatie

Deze publicatie is het resultaat van twee en een half jaar onderzoek door de Academie Voor De Eerste Lijn met de steun van het Fonds Dr. Daniël De Coninck, beheerd door de Koning Boudewijnstichting.

Deze publicatie heeft als hoofddoel om tussentijdse onderzoeksresultaten van de Academie Voor De Eerste Lijn (verder als 'Academie') aan het brede publiek voor te stellen. De Academie verspreidt de opgebouwde kennis in samenwerking met de collega's van Be.Hive onder de vlag van onze gezamenlijk georganiseerde conferentie, die plaatsvond in mei 2021.

Belangrijke thema's die u in de publicatie zult terugvinden zijn:
1. behoeften van de actoren van de eerste lijn;
2. interprofessionele samenwerking;
3. doelgerichte zorg;
4. zelfmanagement;
5. onderwijs;
6. theorie in de praktijk brengen (implementatie en evaluatie).

Deze publicatie bestaat uit meerdere delen.

Deel 1 introductie laat u kennismaken met beide interdisciplinaire leerstoelen Academie Voor De Eerste Lijn en Be.Hive en geeft u meer inzicht in de samenwerking tijdens de Conferentie Voor De Eerste Lijn.

In **Deel 2** worden de **resultaten van het onderzoek en de presentaties vanop de Conferentie Voor De Eerste Lijn** op een toegankelijke manier aan u voorgesteld in de rubriek 'het thema uitgelicht'. Wie interesse heeft in onderzoek kan ook telkens het bijhorende abstract raadplegen.

Deel 3 omvat de **abstracts van de Franstalige collega's van Be.Hive** die op de Conferentie Voor De Eerste Lijn werden gepresenteerd.

In **Deel 4 slotwoord** vindt u de belangrijkste lessen van twee en een half jaar onderzoek door de Academie Voor De Eerste Lijn en Be.Hive.

DEEL 1

Introductie

Conferentie voor de eerste lijn

Om de ontwikkeling van een visie, het onderzoek en de innovatie in de eerste lijn te bevorderen, financiert het Fonds Dr. Daniël De Coninck twee interdisciplinaire leerstoelen bestaande uit universiteiten en hogescholen, één in Vlaanderen en één in Wallonië-Brussel. Dat zijn respectievelijk de Academie Voor De Eerste Lijn en Be.Hive. Dit gebeurde in samenwerking met het Wit-Gele Kruis Vlaanderen en het Vlaams Patiëntenplatform.

Deze leerstoelen stimuleren het verwerven en het delen van kennis over de eerste lijn. Op de volgende pagina's vindt u de beschrijving van beide leerstoelen. Het Fonds achtte een nauwe samenwerking tussen verschillende kennisinstellingen en andere belangrijke actoren op het terrein een essentiële voorwaarde voor ondersteuning van de eerste lijn.

Op 18, 20 en 21 mei 2021 vond online (wegens COVID-19-maatregelen) de eerste gezamenlijke conferentie plaats van de twee interdisciplinaire leerstoelen. Dit online event bracht de stakeholders op het gebied van eerstelijnsonderzoek in België samen, maakte het mogelijk om de eerste tussentijdse resultaten van onderzoek van de leerstoelen te delen en bracht het debat naar de politieke besluitvormers en het maatschappelijke middenveld.

De conferentie vond plaats over drie dagen. De eerste dag stond in het teken van de presentatie van het Fonds Dr. Daniël De Coninck en de visie van twee van de drie regionale ministers belast met gezondheid en welzijn, gevolgd door vier parallelle academische sessies. De tweede dag vonden 's avonds twee parallelle sessies plaats. De derde dag was gewijd aan een presentatie van een Europese studie, gevolgd door een academische zitting. Ten slotte sloot de federale minister van Volksgezondheid de conferentie af. Elke lezing werd gevolgd door een schriftelijke vraag- en antwoordsessie. De conferentie was onderverdeeld in vijf thema's:

- interprofessionele samenwerking;
- doelgerichte zorg;
- zelfmanagement;
- onderwijs;
- theorie in de praktijk brengen (implementatie en evaluatie).

Beoefenaars, managers, leden van de administratie en onderlinge maatschappijen, politieke leiders en onderzoekers uit verschillende disciplines, instellingen en geografische regio's namen deel en waardeerden de simultaanvertalingen enorm die de debatten konden verrijken dankzij de bijdragen van de beoefenaars en de onderzoekers van de twee gemeenschappen.

Deze publicatie bevat de presentaties van de onderzoekers: in het Nederlands en in het Engels voor de abstracts van de collega's van Be.Hive. De lezer vindt er ook QR-codes voor de opnames van de conferentie, gevolgd door een samenvatting. Het stelt de lezer in staat om zich onder te dompelen in deze interessante thema's en om de conclusies die uit deze verschillende uitwisselingen worden getrokken beter te begrijpen. Ze moeten uitnodigen tot verder onderzoek, onderwijs en kennisdeling om de eerstelijnszorg en hulpverlening in België beter te informeren en te ondersteunen.



Verwelkoming
door Mevrouw Patricia Adriaens,
voorzitster van het Fonds Dr. Daniël De Coninck
[FR-NL]



Introductie
door Wouter Beke,
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding
[NL]



De heer Alain Maron,
Brusselse minister onder meer belast met sociale actie en gezondheid
[FR-NL]



Pistes om de eerste lijn te versterken in de toekomst
door Frank Vandenbroucke,
vicepremier en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
[NL]



Keynote
door professor Julie MacInnes,
onderzoekster aan de Universiteit van Kent
[ENG]

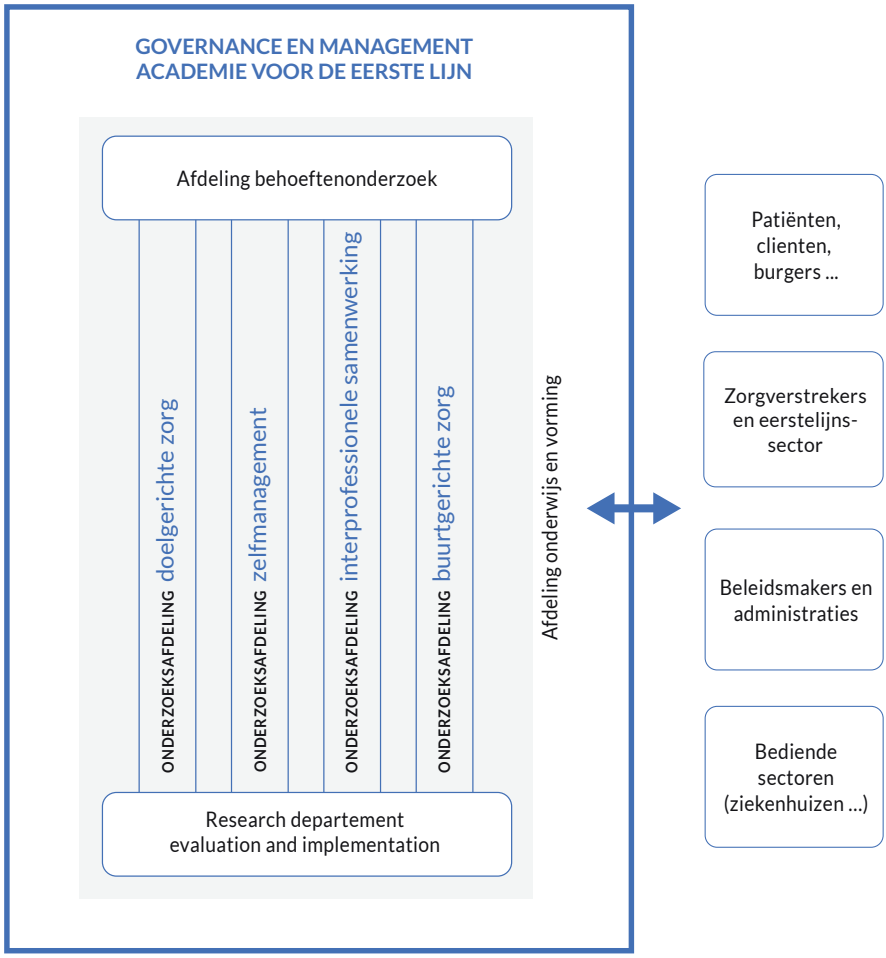
Academie voor de eerste lijn

Sinds januari 2019 bundelen vier universiteiten (Universiteit Antwerpen, Vrije Universiteit Brussel, Universiteit Gent, Katholieke Universiteit Leuven), zes hogescholen (Hogeschool Gent, Arteveldehogeschool, Vives Hogeschool, Karel De Grote Hogeschool, Thomas More Hogeschool en UC Leuven-Limburg), het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen en het Vlaams Patiëntenplatform hun krachten, middelen, onderzoekscapaciteit en kennis in de Academie Voor De Eerste Lijn, een netwerk voor innovatief onderzoek en onderwijs gericht op de uitbouw van een sterke eerstelijnszorg in Vlaanderen en Brussel. De Academie Voor De Eerste Lijn kwam tot stand dankzij de steun van het Fonds Dr. Daniël De Coninck, beheerd door de Koning Boudewijnstichting.

De centrale doelstellingen van de Academie Voor De Eerste Lijn zijn:

- Een netwerk uitbouwen van lesgevers en onderzoekers in de eerstelijnszorg
- Instrumenten ontwikkelen in de domeinen doelgerichte zorg, zelfmanagement en interdisciplinaire samenwerking
- Capaciteit bouwen bij hulpvragers en (in)formele zorgverleners in functie van een sterke eerstelijnszorg: het potentieel versterken en benutten door participatieve (onderzoeks)processen en professionalisering.

De Academie Voor De Eerste Lijn onderzoekt, ontwikkelt en implementeert innovatieve instrumenten en strategieën voor proactieve en persoonsgerichte eerstelijnszorg, gebaseerd op de principes van doelgerichte zorg, zelfmanagement en interdisciplinaire eerstelijnszorgnetwerken ingebed in de gemeenschap. Het project is gestructureerd in een set van acht werkpakketten (waarvan zes onderzoekspakketten, een afdeling onderwijs en vorming en de governance en management van de Academie; *zie figuur*).



De onderzoeksactiviteiten van de Academie

Wereldwijd groeit het aantal mensen met complexe en langdurige zorgbehoeften. Dit effect is voornamelijk te wijten aan gelijktijdige chronische aandoeningen, functionele en cognitieve stoornissen, geestelijke gezondheidsproblemen en sociale kwetsbaarheid (Barnett et al., 2012; Kuluski et al., 2017). Dat brengt grote uitdagingen met zich mee voor ons zorgsysteem. De Academie Voor De Eerste Lijn gaat op zoek naar antwoorden op deze uitdagingen. Daartoe identificeert de Academie de

behoeften in de eerstelijnszorg, en onderzoekt, ontwikkelt en implementeert ze innovatieve instrumenten en strategieën voor proactieve en persoonsgerichte eerstelijnszorg die tegemoetkomen aan deze noden. We baseren ons op de principes van doelgerichte zorg, zelfmanagement en interdisciplinaire eerstelijnszorgnetwerken ingebed in de gemeenschap/buurt. Bijzondere aandacht gaat naar de vertaling van de verworven wetenschappelijke kennis naar bruikbare, concrete acties en veranderingen binnen de eerstelijnszorg.

De eerste resultaten van de onderzoeksactiviteiten van de Academie worden in dit boekje gebundeld, alsook de resultaten van de Franstalige leerstoel Be.Hive, Chaire Interdisciplinaire de la première ligne en bijdragen van andere onderzoekers die ook actief zijn in de eerste lijn. Meer informatie over de onderzoeksactiviteiten vindt u terug op de website.

Onderwijs en training

De eerstelijnszorg in België evolueert zeer snel. Toch zijn bepaalde kennis en vaardigheden in de eerstelijnszorg een basis voor elke student. Deze basis is al aanwezig in de opleiding voor gezondheids- en welzijnsberoepen en wordt regelmatig aangepast aan de huidige situatie.

Met de Academie gaan we een stapje verder. We ontwikkelen inhouden die verdiepen in de eerstelijnszorg. De Academie heeft gekozen voor een verdieping in doelgericht werken, zelfmanagement en interdisciplinaire samenwerking in de eerstelijnszorg, waarvoor we vernieuwende krachtige leeromgevingen en -activiteiten ontwikkelen.

Governance van de Academie

Roy Remmen is de voorzitter van de Academie. Hij wordt bijgestaan door Emily Verté, covoorzitter en algemeen coördinator van de Academie. Zij vormen samen met Sandra Martin, coördinator Onderwijs in de eerste lijn, en Anouk Tuinstra, valorisatie- en communicatiemanager, het dagelijks bestuur van de Academie. Zes onderzoeksmanagers leiden de onderzoeksafdelingen van de Academie Voor De Eerste Lijn en

garanderen de wetenschappelijke leiding van hun onderzoeksdomein. Alle geledingen vormen samen met het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen en het Vlaams Patiëntenplatform de stuurgroep, het beslissingsorgaan van de Academie Voor De Eerste Lijn. Zij worden ook bijgestaan door een adviesgroep, waarin de cruciale eerstelijnsstakeholders vertegenwoordigd zijn.

De Academie Voor De Eerste Lijn stelt als netwerkorganisatie samenwerking en het voeren van een constructieve dialoog centraal. In dit licht richt ze 'Vrienden van de Academie' op waarbij strategische partnerschappen afgesloten kunnen worden met relevante stakeholders in het werkveld. Meer informatie is terug te vinden op deze webpagina, waar u zich ook als organisatie kunt registreren om 'Vriend van de Academie' te worden.



Be.Hive

Drie universiteiten, drie hogescholen, vertegenwoordigers van zorggebruikers en burgers, professionals, managers en de overheid bundelen de krachten, middelen, kennis en onderzoekscapaciteit binnen de Franstalige Interdisciplinaire Leerstoel in de Eerstelijnszorg (Be.Hive), eveneens opgericht dankzij het Fonds dr. Daniël De Coninck. Dat moet bijdragen aan het ontstaan van een sterke eerstelijnszorg in Franstalig België, die een grote impact kan hebben voor zowel individuen (patiënten of niet) als voor de samenleving.

De eerste doelstelling van Be.Hive is het ondersteunen van en het bijdragen aan de verbetering van de eerstelijnszorg als onderdeel van zijn missies: onderzoek, onderwijs en kennisdeling, in lijn met de huidige uitdagingen op het gebied van persoonlijke en maatschappelijke gezondheid. Daarvoor hebben we vanuit de eerste lijn een gemeenschappelijke en gedeelde visietekst opgesteld, met alle stakeholders (burgers, zorg- en dienstverleners en overheid). Deze tekst, het Witboek van de Eerste Lijn,

is gebaseerd op een grootschalig onderzoek dat tijdens het eerste projectjaar plaatsvond en werd gepubliceerd in februari 2020. Het maakte het mogelijk om niet alleen de belangrijkste elementen te identificeren die zouden kunnen bijdragen aan de versterking van de eerste lijn, maar ook om de activiteiten van Be.Hive in het kader van zijn opdrachten te oriënteren, volgens de aspiraties, de capaciteiten en de behoeften van het veld.
Drie richtlijnen begeleiden het werk van Be.Hive: (1) een nauwe samenwerking met alle stakeholders, in een logica van lokaal bestuur van de eerstelijnsgezondheidszorg; (2) de evolutie naar hoogwaardige eerstelijnszorg voor mensen met complexe zorgbehoeften en hun families en (3) de versterking van de vaardigheden van huidige en toekomstige eerstelijnszorgprofessionals, met name in samenwerkingspraktijken met inbegrip van de patiënt als partner in de zorg.

Informatie over lopend onderzoek vindt u op de website www.be-hive.be. Naast de onderzoeksthema's staan er ook contactgegevens van onderzoekers en oproepen tot deelname, afhankelijk van het tempo en de actualiteit van het onderzoek.

DEEL 2

Abstracts en ‘Het thema uitgelicht’

THEMA

Behoeften van de actoren van de eerste lijn

HET THEMA UITGELICHT

‘Futureproof’ eerste lijn? Twee jaar werk in de onderzoeksafdeling ‘behoefteonderzoek in de eerstelijnszorg’. Lessons learned

2021... ondertussen zijn we twee jaar na de start van de Academie Voor De Eerste Lijn. Hoog tijd om terug te blikken naar wat we gerealiseerd hebben in de onderzoeksafdeling ‘Behoefteonderzoek in de eerstelijnszorg’. Zoals u eerder al kon horen en lezen, focust de Academie op drie topics: doelgerichte zorg, zelfmanagement en interprofessionele samenwerking. In onze onderzoeksafdeling realiseerden we een omgevingsscan en maakten we een stand van zaken op over de mate waarin personen met een zorg- en ondersteuningsnood (PZON), hun mantelzorgers en de zorgverleners, maar ook het onderwijs klaar zijn voor de eerste lijn van de toekomst.

Na intense voorbereiding van protocollen, aanvragen van een ethisch comité om onderzoek te doen, en het klaarstomen van de onderzoekers, startten we begin januari 2019 met een reeks boeiende interviews met personen met een zorg- en ondersteuningsnood en hun mantelzorger, hielden we focusgroepen met zorgverleners en lanceerden we zowel een survey voor zorgverleners als een enquête in het onderwijs. Kortom, een hele boterham... In afwachting van de wetenschappelijke publicaties van de resultaten, geven wij alvast een voorsmaakje. Elke studie vindt u ook verder in deze publicatie terug.

Wat is goede eerstelijnszorg? Een medaille met twee kanten of toch niet?

Om een sterke eerste lijn uit te bouwen moet die afgestemd zijn op zowel de gebruikers, namelijk de personen die de eerste lijn nodig hebben, als

de aanbieders, zij die erin werken. Een sterke eerste lijn kan dus maar tot stand komen als we een goed zicht hebben op ieders wensen en noden, maar ook op ieders sterktes en zwaktes. Bovendien is ook een prima kijk op de organisatorische elementen belangrijk.

We verzamelden daarom een waaier aan verhalen, enerzijds van de personen met een zorg- en ondersteuningsnood en hun mantelzorger en anderzijds van de zorgverlener. We leerden vooral hoe belangrijk het is om in een zorgrelatie gezien en behandeld te worden als een mens. Er is meer dan de 'zorgvraag', er is ook de mens die wil leven en een betekenisvolle invulling wil geven aan dit leven. Uit onze resultaten bleek dat er op verschillende manieren betekenis wordt gezocht: in betekenisvolle activiteiten en een zinvolle daginvulling, in relaties met de sociale omgeving, partners, kinderen, vrienden maar ook met de zorgverlener. De personen met een zorg- en ondersteuningsnood en hun centrale mantelzorger gaan 'samen' op zoek naar een balans tussen een zinvolle levensinvulling met betekenisvolle en essentiële activiteiten en de begeleiding en zorg die daarvoor noodzakelijk is. Zij en hun mantelzorger verwachten van de zorgverlener de nodige vaardigheden om hun wensen en noden te beluisteren. Tijdens de interviews kwam die 'technische' expertise heel sterk aan bod. We constateerden dat er opnieuw een balans moest worden gezocht, maar nu tussen de vaardigheden om wensen en noden te beluisteren en de theoretische kennis in het kader van eventuele interventies. De zorgverlener ziet zichzelf als een gids op de tocht met de personen met een zorg- en ondersteuningsnood en hun mantelzorger. Een tocht waarin de persoon met de hulpvraag de route bepaalt. Het vergt een inspanning om deze rol als gids op te nemen. Intensieve samenwerking is daarom ook een must, met het hele (zorg)team. Geen enkele discipline kan het immers alleen oplossen. Communicatie tussen alle betrokkenen blijkt daarom de sleutel tot succes voor deze tocht. Een goede voorbereiding waarin de doelen en wensen van de personen met een zorg- en ondersteuningsnood worden beluisterd, leidt tot een draagbare rugzak onderweg.

Opvallend, 'in theorie' blijken de verschillende betrokkenen (personen met een zorg- en ondersteuningsnood en mantelzorgers versus zorgverleners) niet zo veel te verschillen van mening. Ze zijn het verbazend eens met elkaar over hoe goede zorg eruit moet zien. De zorgverleners

zien ook het belang in om de personen met een zorg- en ondersteuningsnood te ondersteunen in hun autonomie door bijvoorbeeld het nastreven van betekenisvolle activiteiten. Ze geven aan dat betekenisvolle activiteiten aandacht moeten krijgen in het zorgplan. Ook het betrekken van de sociale omgeving is vanzelfsprekend voor hen, al is dat op praktisch vlak vaak een hele uitdaging. Het vraagt een inspanning om iedereen samen rond de tafel te brengen en alle stemmen te beluisteren. Centraal volgens de zorgverleners is communicatie tussen alle betrokkenen, ook met die personen die minder rechtstreeks betrokken zijn in de zorg voor de personen met een zorg- en ondersteuningsnood. De basis van een degelijke communicatie is een vertrouwensrelatie tussen personen met een zorg- en ondersteuningsnood, mantelzorgers en zorgverleners.

Met andere woorden, de verschillen observeerden we eerder in de uitvoering in de praktijk, waarbij heel wat obstakels gemeld worden, zoals de organisatie van het werk en met voorspong op nummer 1 de prestatiegerichte financiering. Zorgverleners schenken aandacht aan de personen met een zorg- en ondersteuningsnood als mens maar de tijdsdruk die ze ervaren maakt dat erg moeilijk.

In 10.000 stappen naar een geïntegreerde eerstelijnszorg

Op 2 juni 2020 hebben we als Academie Voor De Eerste Lijn een online survey gelanceerd bij eerstelijnsprofessionals in Vlaanderen, om de mate van doelgerichte zorg, de focus op het ondersteunen van zelfmanagement en de interprofessionele samenwerking in beeld te brengen. Daarnaast wilden we ook de werkomstandigheden in de eerste lijn in kaart brengen. Op 30 september 2020 en na deelname van 1279 eerstelijnszorgverleners hebben we een eerste analyse van de data uitgevoerd. Aangezien alle gebruikte schalen zijn gevalideerd, hebben we de resultaten van de Vlaamse eerstelijnszorgverleners kunnen vergelijken met onderzoeken in andere regio's of instellingen. Wat blijkt nu?

Eerst en vooral zijn niet alle beroepsgroepen even sterk vertegenwoordigd in onze enquête. Zo maken uiteraard verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, huisartsen en kinesitherapeuten een groot deel

uit van de steekproef, maar ergotherapeuten, podologen, psychologen, logopedisten, apothekers veel minder. Dat komt vrij goed overeen met de situatie op het terrein, waarbij bepaalde beroepsgroepen niet aanwezig zijn in de eerste lijn of zichzelf niet vinden behoren tot die eerste lijn. De zorgverlener uit de eerste lijn scoort over het algemeen lager op het vlak van jobengagement, jobtevredenheid en joberkenning dan de gemiddelde Belgische werknemer, al zien we sterke verschillen tussen de verschillende types zorgverleners. We gingen ook na in welke mate de eerste lijn de expertise van de personen met een zorg- en ondersteuningsnood maar ook van de mantelzorger erkent en aanwendt, in welke mate er samengewerkt wordt ander disciplines, of er op een correcte manier wordt geëvalueerd en gerapporteerd, en in welke mate professionele kennis en vaardigheden aanwezig zijn. Over het algemeen scoort de eerste lijn lager ten opzichte van de zorgverleners tewerkgesteld in de tweede lijn. Wat het ondersteunen van zelfmanagement van de personen met een zorg- en ondersteuningsnood betreft scoren de Vlaamse eerstelijnszorgverleners hoger dan in een voorgaande studie, die uitgevoerd was bij alleen verpleegkundigen in de tweede lijn. Ten slotte gingen we ook na hoe het gesteld was met de interprofessionele samenwerking in de eerste lijn. Daarvoor hadden we geen vergelijkingsmateriaal voorhanden, maar we zagen wel grote verschillen tussen de beroepsgroepen. Uitzoeken hoe dat komt en wat we eraan kunnen doen is voer voor ons volgende werkjaar.

Onderwijs – voorloper of volger?

In onze onderwijsenquête gingen we na in welke mate doelgerichte zorg, zelfmanagement en interdisciplinaire samenwerking voorkomen in de hogeronderwijsopleidingen in Vlaanderen. Vijfennegentig opleidingen van 22 instellingen gaven antwoord, maar wat blijkt? De thema's komen nog niet zo heel veel aan bod, en zelfmanagement nog het minst. Bovendien worden de thema's weinig expliciet in officiële vakbeschrijvingen (de zogenaamde ECTS-fiches) vermeld. Meer dan de helft van de geregistreerde vakken behandelt de onderwerpen trouwens slechts op een 'inleidend' niveau.

Wat hebben we nu geleerd?

Zelfmanagement wordt door de personen met een zorg- en ondersteuningsnood en hun mantelzorgers benoemd als belangrijk en met name 'rolmanagement' komt prominent naar voren. Rolmanagement betekent het managen van belangrijke levensrollen door zich te engageren in betekenisvolle activiteiten zodat de maatschappelijk participatie verhoogt, ondanks de aandoening en geassocieerde effecten. Dat vraagt een doelgerichte aanpak met oog voor de prioriteiten die de personen met een zorg- en ondersteuningsnood zélf aangeven. Professionals hebben daarvoor een zekere expertise nodig om die prioriteiten helder te krijgen, namelijk aandacht voor de personen met een zorg- en ondersteuningsnood en hun mantelzorger en hen betrekken bij het bepalen van doelen en behandelingen. Een interprofessionele (of zelfs een transdisciplinaire) aanpak én communicatie is daarbij uitermate belangrijk. Een *futureproof* eerste lijn heeft 'T-shaped professionals' nodig, die zowel over een diepe inhoudelijke vakkennis beschikken als over de vaardigheden om te kunnen samenwerken met andere disciplines. *T-shaped professionals* hebben dus een diepgaande toewijding, specialistische kennis en vaardigheden in hun eigen expertise maar daarnaast bezitten ze vaardigheden en competenties om te verbinden met mensen uit andere disciplines. En al gaan de professionals daarmee 'theoretisch akkoord', er is echter 'room for improvement' door de mogelijkheden die het huidige zorgsysteem biedt. Op de meeste vlakken scoort de eerste lijn immers minder dan de tweede lijn. Bovendien is er in het onderwijs nog veel winst te boeken, zo bleek uit onze onderwijsenquête. We moeten hiervoor samenwerken met het 'veld', met alle stakeholders, de personen met een zorg- en ondersteuningsnood, mantelzorgers, zorgverleners, aanbieders – in een optimale cocreatie zodat onderwijs kan bieden wat het veld nodig heeft. Het onderwijs en de onderzoekswereld mogen ook niet bang zijn om voorloper te zijn en nieuwe inzichten te bieden op basis van wetenschappelijk bewijs. De opleiding van nu is immers belangrijk voor de zorg van morgen. En laat dat nu nét dat zijn dat onze Academie Voor De Eerste Lijn beoogt.

Auteurs en contactgegevens
Patricia De Vriendt, patricia.devriendt@arteveldehs.be
Dagje Boeykens, dagje.boeykens@ugent.be
Sam Pless, sam.pless@ucll.be
Maja Lopez Hartman, maja.lopezhartmann@kdg.be
Mustafa Sirimsi, muhammedmustafa.sirimsi@uantwerpen.be
Lotte Timmermans, lotte.timmermans@kuleuven.be
Veerle Buffel, veerle.buffel@uantwerpen.be
Lies Lahousse, lies.lahousse@ugent.be
Dominique Van de Velde, dominique.vandevelde@ugent.be

THEMA

Interprofessionele samenwerking

Op weg naar een toolkit om interprofessionele samenwerking en integratie in de in de eerstelijnszorg te faciliteren

Inleiding

Eerstelijnszorgverleners worden geconfronteerd met een verhoogde werklast, waardoor ze alsmaar meer kiezen voor een samenwerking met andere zorgverleners. Om deze zorgverleners te ondersteunen zijn we gestart met het ontwikkelen van een toolkit om intra- en interprofessionele samenwerking en integratie in de eerste lijn te faciliteren.

Methode

Om deze pilot-toolkit te ontwikkelen hebben we een kwalitatieve, descriptieve studie uitgevoerd, bestaande uit elf diepte-interviews en acht focusgroepen met zorgverleners uit huisartspraktijken en (geestelijke) gezondheidszorg-organisaties. Daaropvolgend hebben we een *scoping review* uitgevoerd om strategieën en methoden te identificeren die interprofessionele samenwerking in de eerste lijn faciliteren. Onze zoektocht leverde 1816 artikels op, waarvan 34 geschikt werden bevonden voor onze studie. Vier workshops werden georganiseerd om data uit de beide studies te bespreken.

Resultaten

Gebaseerd op de kwalitatieve studie, de *scoping review* en de workshops, hebben we psychologische veiligheid en Sociocratie 3.0 gekozen als hoofdthema's in de pilot-toolkit. Daarnaast worden deze componenten ondersteund door tools en methoden om de samenwerking van de teams te evalueren.

Discussie

We hebben gekozen voor de ontwikkeling van een toolkit waarin concepten werden geïntegreerd die niet eerder in de gezondheidszorg werden toegepast. Daarnaast werden meetinstrumenten toegevoegd om de samenwerking van de teams te meten en op te volgen. Deze follow-up kan een voordeel bieden voor zowel de zorgteams als onze onderzoeksgroep.

Conclusie

Deze toolkit helpt zorgverleners om hun silo's te verlaten door de communicatie en coördinatie tussen zorgverleners te verbeteren. Voorts zou deze toolkit een persoons- en populatiegerichte zorgaanpak kunnen faciliteren.

Trefwoorden

Eerstelijnszorg – Interprofessionele samenwerking – Geïntegreerde zorg

Auteurs en contactgegevens

Muhammed Mustafa Sirimsi, muhammedmustafa.sirimsi@uantwerpen.be
Hans De Loof, hans.deloof@uantwerpen.be
Kris Vandenbroeck, kris.vandenbroeck@uantwerpen.be
Kristel De Vliegher, kristel.de.vliegher@vlaanderen.wgk.be
Peter Van Bogaert, peter.vanbogaert@uantwerpen.be

HET THEMA UITGELICHT

Op weg naar een toolkit om interprofessionele samenwerking en integratie in de eerstelijnszorg te faciliteren

Het toenemende aantal chronische patiënten met meer complexe zorgnoden doet de eerste lijn in de richting van interprofessioneel samenwerken bewegen, en stimuleert professionals tot een samenwerking met andere zorgverleners in mono- en multidisciplinaire groepspraktijken. Deze manier van werken biedt nieuwe mogelijkheden voor zorgcontinuïteit en -coördinatie. Ons literatuur- en veldonderzoek wijst uit dat er meerdere types teams bestaan én nodig zijn, en dat men ook efficiënt kan samenwerken zonder zich onder één dak te bevinden. Tegelijk zien we dat samenwerken ook heel wat uitdagingen met zich meebrengt.

Op basis van ons onderzoek ontwikkelden we een toolkit om eerstelijnszorgverleners in deze uitdagingen te ondersteunen en om te komen tot een meer geïntegreerde samenwerking en zorgverlening aan het bed van de patiënt en zijn/haar mantelzorger. Hierna beschrijven we hoe we onze toolkit hebben ontwikkeld, en lichten we onze plannen toe om die uit te testen in eerstelijnspraktijken. Na deze testfase zullen we waar nodig de toolkit aanpassen aan de noden en behoeften van het terrein, alvorens de finale toolkit breed te lanceren.

Onderzoeksmethoden

Voorafgaand aan de ontwikkeling van de toolkit hebben we zowel een kwalitatieve studie als een literatuurstudie uitgevoerd. De kwalitatieve studie omvatte elf diepte-interviews en acht focusgroepen met zorgverleners uit zes huisartspraktijken en vier (geestelijke) gezondheidszorg-organisaties. Met de literatuurstudie (*scoping review*, 34 in aanmerking genomen papers uit 1816) identificeerden we strategieën en

methoden om interprofessionele samenwerking en integratie in de eerste lijn te faciliteren. Voorts organiseerden we over een periode van twee jaar vier workshops met experten om onze bevindingen te bespreken en de toolkit vorm te geven.

Wat hebben deze studies ons geleerd?

Tijdens de interviews gaven zorgverleners aan dat zij interprofessionele samenwerking associëren met het bieden van integrale zorg en het garanderen van een betere follow-up van de patiënt. Door meerdere disciplines voor een patiënt beschikbaar te stellen, kan ook aandacht besteed worden aan het welzijn van de patiënt, bovenop de reguliere aandacht voor de zorgnoden. De zorgverleners komen op deze manier meer te weten over de noden, de behoeften en de situatie van de patiënt. Als er info wordt uitgewisseld, leidt een vlakke organisatiestructuur eerder dan een hiërarchische structuur tot een open debatcultuur en laagdrempelige interactie. Over het algemeen kan een positieve attitude voor interprofessionele samenwerking de kwaliteit van de geleverde zorg verhogen.

> *‘Bijvoorbeeld als ik een fout maak, dan moet ik dat altijd kunnen zeggen, gelijk tegen wie, gelijk wat ik heb gedaan, dat is een basisvoorwaarde van goede zorg.’*

Verder blijkt dat de zorgverleners psychologische veiligheid zien als een voorwaarde om tot een goede samenwerking te komen en die te onderhouden.

Als een psychologisch veilige omgeving verzekerd is, worden teamleden aangemoedigd om hun ideeën en gedachten zonder gevoel van angst te uiten, presteren teamleden beter voor hun individuele taken, halen ze meer voldoening uit hun werk en denken ze meer innovatief.

Naar de patiënt toe zijn de zorgverleners in onze studie van mening dat ze meer betrokken moeten worden in het zorgproces. Daarbij moet aandacht worden besteed aan de gezondheidsvaardigheden van de patiënt in het kader van zijn/haar wens om meer betrokken te worden, en voorts

moet men zich afvragen of de patiënt in staat is om de eigen zorg in handen te nemen. Als zorgverlener is het ook belangrijk om de noden van de patiënt als uitgangspunt te nemen voor het opstellen van een zorgplan.

De literatuurstudie (34 artikels) zoomde in op vijf hoofdthema's: (i) *attitude en bereidheid van zorgverleners rond samenwerking*, (ii) *handelen als een team en niet als een individu*, (iii) *communicatiestrategieën en gezamenlijke besluitvorming*, (iv) *zorgcoördinatie* en (v) *optimale integratie van vaardigheden en competenties van zorgverleners*.

Toolkit

De 'prototype toolkit' is een gestructureerde gids die zorgverleners hulpmiddelen (tools) aanreikt met het oog op het verhogen van de efficiëntie van het teamwerk, alsook om de interprofessionele samenwerking en integratie in de eerste lijn te faciliteren. Dit houdt in dat we zorgverleners ondersteunen bij het communiceren en coördineren van zorg met en tussen verschillende actoren (o.a. patiënten, (in)formele zorgverleners, mantelzorgers, families...).

De toolkit bestaat uit acht onderdelen, waaruit een team, op basis van de eigen noden en behoeften, diverse strategieën kan kiezen ter ondersteuning en ter versterking van de samenwerking: (i) een zelfevaluatietool, (ii) een team voorbereiden op het gebruik van een toolkit, (iii) psychologische veiligheid bevorderen, (iv) overlegtechnieken, (v) gezamenlijke besluitvorming, (vi) een team (werkgroep) samenstellen rond een specifiek probleem (vii) persoons- en populatiegericht werken, en (viii) een nieuw teamlid integreren. De teams worden telkens stapsgewijs meegenomen in een methode of krijgen praktische tips aangereikt om hun werking te verbeteren.

We bouwden de toolkit op basis van ons literatuuronderzoek, ons kwalitatief onderzoek en de workshops met experts. Bovendien integreerden we concepten en methodieken uit Sociocratie 3.0 (S3), een bestuursvorm die uitgaat van de gelijkwaardigheid van individuen. Besluiten worden hier genomen aan de hand van 'consent'. Dit betekent dat een besluit

genomen kan worden als er geen bezwaren zijn bij de teamleden tegen het nemen van dat besluit. Indien er wel beargumenteerde bezwaren zijn, wordt het voorstel aangepast tot de bezwaren verholpen zijn. 'Consent' voorkomt zo de valkuil van de consensus, waarbij iedereen akkoord moet gaan met een besluit. En in tegenstelling tot een democratische bestuursvorm waar het idee van de minderheid kan worden onderdrukt, worden bij sociocratie alle ideeën mee in overweging genomen.

S3 kreeg een prominente plaats in de ontwikkeling van de toolkit en zal verder uitgebreid worden tijdens het onderzoeksproces.

Besluit

Deze toolkit beoogt zorgverleners te helpen om efficiënter samen te werken en een persoons- en populatiegerichte zorgaanpak te faciliteren.

Auteurs en contactgegevens
Muhammed Mustafa Sirimsi, muhammedmustafa.sirimsi@uantwerpen.be
Hans De Loof, hans.deloof@uantwerpen.be
Kris Vandenbroeck, kris.vandenbroeck@uantwerpen.be
Kristel De Vliegher, kristel.de.vliegher@vlaanderen.wgk.be
Peter Van Bogaert, peter.vanbogaert@uantwerpen.be

[ABSTRACT]

Implementeren van interprofessionele samenwerking in de eerste lijn

Inleiding

Interprofessionele samenwerking (IPS) tussen zorg- en welzijnsprofessionals is essentieel in geïntegreerde eerstelijnszorg. Betere samenwerking verlangt een gedeeld begrip van IPS en interprofessioneel onderwijs (IPE). Wij introduceerden 'de vijf bouwstenen van IPS' als een raamwerk om een gezamenlijk begrip van interprofessionele samenwerking voor eerstelijnszorg en welzijnsprofessionals te faciliteren.

Methode

Early adopters in interprofessionele samenwerking werden geïdentificeerd en geïntroduceerd tot het raamwerk. In een survey vroegen we respondenten om IPS-opleidingen te delen aan de hand van het raamwerk. Via online interviews exploreerden we respondenten hun perspectieven over het raamwerk.

Resultaten

Respondenten vonden de vijf bouwstenen geschikt als een gemeenschappelijke taal in interprofessionele samenwerking. Niet alle respondenten waren zich ervan bewust dat zij aan IPS deden. De bouwstenen hielpen hen om interprofessionele samenwerking in hun team zichtbaar te maken. Respondenten verlangden meer ondersteuning in het begrijpen en toepassen van de bouwstenen om hun maat van IPS te evalueren. Daarom ontwikkelden we een animatie en screeningstool.

Discussie

Meer inzicht is nodig in het perspectief van welzijnsverstrekkers over de werkbaarheid van de bouwstenen. Aanvullend onderzoek naar de validiteit van (de screeningtool van) de bouwstenen is noodzakelijk.

Conclusie

De bouwstenen kunnen fungeren als een gemeenschappelijke taal in interprofessionele samenwerking in de eerste lijn. Het kader is herkenbaar en toegankelijk, maar vereist verdere wetenschappelijke onderbouwing.

Trefwoorden

Interprofessioneel – Eerste lijn – Onderwijs

Auteurs en contactgegevens
Giannoula Tsakitzidis, giannoula.tsakitzidis@uantwerpen.be
Emy Kool, emy.kool@domusmedica.be

HET THEMA UITGELICHT

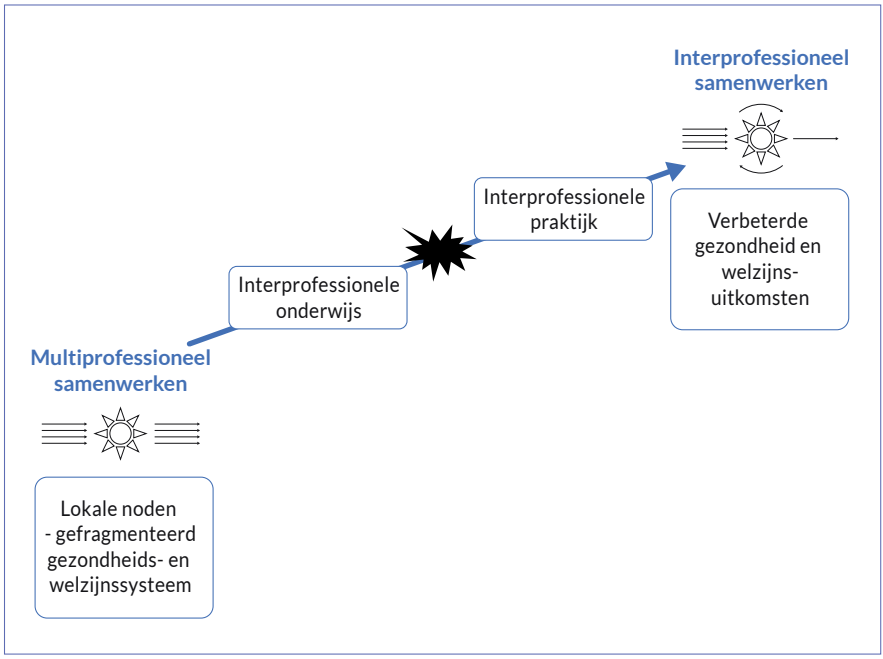
Implementeren van interprofessionele samenwerking in de eerste lijn

Inleiding

Interprofessionele samenwerking is essentieel om de steeds complexere zorgnoden op te vangen bij een groeiende groep patiënten. Maar dat loopt vaak niet zo vlot. Personen met complexe zorgvragen kloppen aan bij meerdere zorg- en welzijnsverstrekkers en brengen daar telkens opnieuw hun verhaal. De geconsulteerde zorgverleners kijken vervolgens elk met hun eigen bril naar de zorgvraag, wat resulteert in een gefragmenteerde en niet optimaal afgestemde zorg. Daarnaast kennen de betrokken hulpverleners elkaars expertise onvoldoende en weten zij elkaar niet altijd makkelijk te vinden voor overleg of verwijzing. Niet verwonderlijk dat afspraken tussen zorgverleners onderling en met patiënt/cliënt niet of onvoldoende worden nageleefd (1). Implementeren van interprofessioneel samenwerken in de eerste lijn vraagt om een gemeenschappelijk begrip van wat interprofessioneel samenwerken is en identificeert wat er in de samenwerking goed loopt, en waar het misloopt.

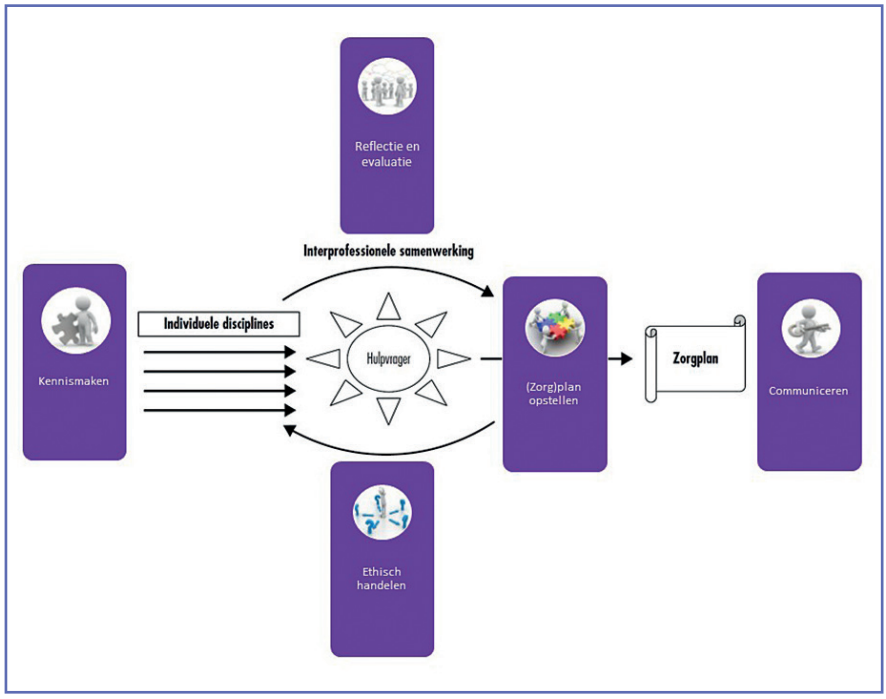
Wat is interprofessioneel samenwerken?

Persoonsgerichte en geïntegreerde zorg is het vertrekpunt, waarbij de persoon met zijn/haar zorg- en ondersteuningsnoden centraal staat. Om te komen tot verbeterde gezondheids- en welzijnsuitkomsten zijn er meer interprofessionele praktijken nodig en steeds meer interprofessioneel onderwijs (2) (zie figuur 1).



Figuur 1: van gefragmenteerde zorg naar verbeterde interprofessionele zorg.

Interprofessioneel samenwerken is een proces waarbij hulpverleners met elkaar in interactie gaan om persoons- en doelgerichte hulp te kunnen bieden (3) (zie figuur 2). Vijf bouwstenen helpen om dat niveau van interprofessioneel samenwerken te bereiken: kennismaken, zorgplan opstellen, reflectie en evaluatie, ethisch handelen en communicatie.



Figuur 2: interprofessioneel samenwerken op basis van vijf bouwstenen.

BOUWSTEEN 1.

Kennismaken – Wie is de ander en wie ben ik?

De persoon met een zorgnood en de betrokken hulpverleners moeten van elkaar weten wie tot het zorgteam behoort en wat ieder kan bijdragen. In de eerstelijnszorg is 'het netwerk' niet zichtbaar en vanzelfsprekend. Op zich klinkt 'kennismaken' eenvoudig, maar niets is minder waar. Hoe houd je overzicht over het zorgnetwerk? Welke hulpverleners komen in beeld? Wie komt en gaat? Wat past in de mogelijkheden van de hulpvrager?

BOUWSTEEN 2.

Plan opstellen – Hoe zorgen wij samen voor een patiënt/cliënt?

Persoonsgerichte zorg op maat veronderstelt coördinatie en planning om de afgesproken zorgdoelen te bereiken. Wat is goede zorg in deze situatie en hoe vertalen we dat in een gezamenlijk zorgplan? Het is belangrijk om het doel van de zorg te kennen en blijvend voor ogen te

houden. Dan pas kunnen de rollen verdeeld worden: 'wie doet wat' en liefst ook 'waarom'. Om dan de procedures af te spreken: 'Hoe gaan wij het aanpakken?'.

BOUWSTEEN 3.

Reflectie en evaluatie – Vergeet de teamzorg niet!

Stilstaan en overzicht houden op de steeds veranderende situatie is noodzakelijk om de zorg te evalueren en bij te sturen. Loopt alles (nog) zoals gepland? Kan elke zorgprofessional de taken naar behoren uitvoeren? Wat loopt goed, en wat minder? Wordt de persoon met zorgnoden voldoende gehoord? Hoe gaan wij als zorgprofessionals met elkaar om? Daar expliciet aandacht aan geven is zorgen voor je team, naast zorgen voor je patiënt. Conflicten en onbegrip tussen zorgverleners onderling en met de betrokken patiënt of mantelzorger(s) zijn een bekend verschijnsel. Als team reflecteren vanuit concrete situaties draagt bij tot een meer collaboratieve of geïntegreerde manier van werken (4).

BOUWSTEEN 4.

Ethisch handelen – Hoe nemen wij beslissingen in moeilijke of routinesituaties?

Ethische dilemma's kun je niet alleen aanpakken, want moeilijke beslissingen vragen een perspectief met verschillende keuzeopties. Hoe nemen we als team beslissingen in moeilijke situaties? Gebruiken we daarvoor een methode? Ethiek zit ook vervat in dagelijkse zorgroutines. Wanneer een bewoner van een woonzorgcentrum aangeeft graag koffie met een beetje melk te drinken, is het fijn dat daarmee rekening wordt gehouden. Maar blijf je tot in het oneindige die koffie met een beetje melk geven of vraag je gaandeweg of haar wensen veranderd zijn? Ethisch handelen gaat ook over vragen stellen en het doorbreken van 'routine' en vanzelfsprekendheden (5).

BOUWSTEEN 5.

Communiceren – Registreren en delen

Tot slot, communicatie hoort bij een goede samenwerking: welke informatie delen binnen en/of buiten het team en op welke wijze? Enerzijds gaat het over hoe vaak en wanneer er (formeel) wordt overlegd. Anderzijds komt ook de teamcultuur van communiceren in beeld: de aanspreekcultuur, het interpreteren van boodschappen en gepast reageren. Heel

concreet: hoe registreer je en communiceer je informatie voor andere disciplines? Het blijkt niet eenvoudig om de juiste informatie op het juiste moment te verkrijgen. Zeker tussen de eerste- en de tweedelijnszorg ligt het niet voor de hand om elkaar te vinden en informatie te delen.

Hoe interprofessioneel werk jij samen?

Een checklistscreening van interprofessioneel samenwerken koppelt de niveaus van beroepsbekwaamheid (weten, weten hoe, laten zien en doen) aan de vijf kernvragen van interprofessioneel samenwerken. Zo wordt meteen duidelijk waar de zorgkwaliteit als team interprofessioneler kan en op welke wijze dat kan gebeuren. Met dit inzicht kan het zorgteam gericht op zoek gaan naar een opleiding of coaching die de bekwaamheid van het team verhoogt (https://www.vivel.be/wp-content/uploads/2021/05/bijlage5.IPS-checklist_def-1.pdf).

Hoe herkenbaar zijn de bouwstenen in het veld?

Met behulp van een korte peiling en door interviews af te nemen bij collega's uit het werkveld en het onderwijs, hebben wij kunnen vaststellen dat de bouwstenen herkenbaar, laagdrempelig en inzichtgevend zijn. Toch krijgen niet alle bouwstenen voldoende expliciete aandacht in interprofessioneel onderwijs en wordt dat ook niet altijd direct herkend in de praktijk. Samengevat kunnen de vijf bouwstenen fungeren als een gemeenschappelijke taal in interprofessioneel samenwerken die welzijn en gezondheid in de eerste lijn zichtbaar verbindt. De checklist maakt deze gemeenschappelijke taal concreter en faciliteert meer interprofessionele samenwerking.

Auteurs en contactgegevens
Giannoula Tsakitzidis, giannoula.tsakitzidis@uantwerpen.be
Emy Kool, emy.kool@domusmedica.be

THEMA

Doelgerichte zorg

[ABSTRACT1]

‘Wat is doelgerichte zorg?’ – identificeren van attributen, antecedenten en consequenties

Inleiding

Eerstelijnshulpverleners bieden meestal curatieve zorg wat tegenstrijdig kan zijn met wat patiënten met een chronische aandoening belangrijk vinden. Een alternatieve manier van zorg aanbieden is doelgerichte zorg (DGZ) waarbij zorg wordt afgestemd op de doelen van de patiënt.

Er is echter onduidelijkheid over hoe doelgerichte zorg begrepen moet worden zodat hulpverleners die beter kunnen toepassen in hun praktijkvoering. Het doel van deze studie was om beter begrip te krijgen van doelgerichte zorg.

Methode

Een conceptanalyse (Walker & Avant) is gebruikt om op een systematische manier de literatuur te doorzoeken. Deze analyse bestaat uit acht iteratieve stappen: concept selecteren, doel bepalen, attributen identificeren, voorbeeldcasus schrijven, tegengestelde casus schrijven, antecedenten en consequenties identificeren en empirische referenten definiëren.

Resultaten

De analyse van 37 artikels toonde dat doelgerichte zorg een dynamisch en iteratief proces is, bestaande uit drie stappen (verkennend gesprek, doelbepaling en evaluatie) die onderbouwd worden door patiëntwaarden. Om doelgerichte zorg toe te passen, moeten zowel de hulpverleners

als patiënten voorbereid worden. Doelgerichte zorg kan de tevredenheid en het welzijn voor patiënten verhogen, de relatie met de hulpverlener verbeteren en kostenreducerend zijn voor het zorgsysteem.

Discussie

Een conceptueel model werd ontwikkeld, maar verder onderzoek is nodig om dit model te vertalen naar praktische handvatten zodat hulpverleners deze benadering kunnen toepassen in hun praktijkvoering.

Conclusie

Doelgerichte zorg is voorgesteld als een proces, maar kan niet volgens dit lineaire protocol toegepast worden. Het moet beschouwd worden als een voortdurende interactie waarin de patiëntwaarden de rode draad vormen.

Trefwoorden

Doelgerichte zorg – Eerstelijnszorg – Chronische aandoeningen

[ABSTRACT2]

Doelgerichte zorg: van een conceptueel model naar een interventie voor de eerstelijnszorg

Inleiding

Het gezondheidszorgsysteem focust op ziektegerichte richtlijnen die niet langer tegemoetkomen aan de uitdagingen voor personen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit. Een shift naar een doelgerichte benadering kan voordelig zijn voor zowel patiënten, hulpverleners als beleidsmakers. Op dit moment bestaat er echter nog geen interventie om deze shift te faciliteren. Het doel van deze studie is het ontwikkelen van een doelgerichte zorginterventie vanuit een theoretische onderbouwing die in het verdere verloop verder afgestemd wordt met verschillende stakeholders uit de eerstelijnszorg.

Methode

De ontwikkeling van doelgerichte zorginterventie is gebaseerd op de ontwikkelingsfase van het Medical Research Council Framework. Deze fase bestaat uit drie stappen: bewijs verzamelen over doelgerichte zorg, ontwikkeling van een geschikte theorie en dit proces verder verfijnen en uitkomsten bepalen.

Resultaten

Stap 1 bestond uit een conceptanalyse waaruit een conceptueel model van doelgerichte zorg ontstond, bestaande uit verschillende fases: verkennend gesprek, doelbepaling en evaluatie onderbouwd door patiëntwaarden. In stap 2 werden focusgroepen afgenomen met hulpverleners uit de eerste lijn om inzicht te krijgen in hoe zij doelgerichte zorg beschrijven en toepassen in hun praktijk. Tot slot werd het hele proces vormgegeven door inzichten van patiënten en hulpverleners om zo de volledigheid van de interventie te vatten.

Discussie

Huidig onderzoek includeert de inzichten van eerstelijnsstakeholders, maar verdere afstemming met de verschillende perspectieven is noodzakelijk om een succesvolle implementatie te garanderen.

Conclusie

Aan de ene kant is doelgerichte zorg een inherente basishouding die stakeholders in zich hebben, aan de andere kant is het een proces waarvoor zorgorganisaties in de nodige middelen moeten voorzien.

Trefwoorden

Doelgerichte zorg – Eerstelijnszorg – Interventieontwikkeling

HET THEMA UITGELICHT

Wegwijzers naar doelgerichte zorg

Als je op de pechstrook van het leven belandt…

…kun je maar beter in goede handen zijn. Voor die 'goede handen' kom je eerst terecht in de eerstelijnszorg waarbij je op een laagdrempelige manier de juiste zorg krijgt toegediend. Juiste zorg. Klinkt vanzelfsprekend, toch? Ja, tenminste als je enkel met het zorgsysteem in aanraking komt die ene keer per jaar in het griepseizoen. Het ligt al veel minder voor de hand als het gaat over het behandelen van verschillende aandoeningen. Nochtans is dat laatste de realiteit voor ongeveer één op de drie Belgen die dagelijks geconfronteerd worden met de gevolgen van een of meer chronische aandoeningen. Die controleren dag in dag uit het leven van personen met een zorg- en ondersteuningsnood (PZON): medicatie niet vergeten in te nemen, klachten onder controle houden, afspraken vastleggen bij hulpverleners of op zoek gaan naar die ene behandeling die wel zou werken… geen gemakkelijke opgave. Al helemaal niet als je door die aandoeningen geen tijd of energie meer overhebt om te doen wat je graag wilt doen; bijvoorbeeld een wandeling aan zee met je vrienden die je weer moet afzeggen door de pijn. Geven en nemen, keuzes maken – wat wel, wat niet – iedere dag. Hebben we dan niet graag dat er rekening gehouden wordt met dat wat we graag doen, waaruit we voldoening halen? En hebben we dan niet graag iemand die ons bijstaat in het leren leven mét de aandoeningen en dat deze aandoeningen niet bepalen wat we moeten doen? Dat kan, met doelgerichte zorg.

Zorg aanbieden op basis van wensen en doelen van de personen met een zorg- en ondersteuningsnood. Klinkt interessant. Dat dachten ook onderzoekers, beleidsmakers, hulpverleners uit de eerstelijnszorg, de personen met een zorg- en ondersteuningsnood zelf en hun mantelzorgers. Doelgerichte zorg wordt daarnaast in de hervormingen van de Vlaamse eerstelijnszorg als een belangrijke pijler naar voren geschoven. Een mooie stap vooruit, maar… Wat is doelgerichte zorg eigenlijk?

Hoewel het duidelijk lijkt dat de wensen en doelen van de personen met een zorg- en ondersteuningsnood de rode draad vormen in dit verhaal, omvat doelgerichte zorg meer dan dat. Om zowel beleidsmakers, hulpverleners als personen met een zorg- en ondersteuningsnood te ondersteunen in het verder verspreiden van doelgerichte zorg is – behalve een sterkere bewustwording – meer kennis over dit veelbelovende concept nodig. Inzicht krijgen in wat doelgerichte zorg betekent, is een eerste belangrijke stap voor duurzame verankering in de gezondheidszorg.

… kun je maar beter een eigen pad bewandelen…

…door aan te geven waar je als persoon met één of meerdere aandoeningen naartoe wilt. Dat bleek ook toen we in gesprek gingen met de personen met een zorg- en ondersteuningsnood, mantelzorgers en hulpverleners uit de eerste lijn; en wordt tevens bevestigd in de huidige wetenschappelijke literatuur. Op het eerste gezicht drie verschillende brillen, maar wel met de blik in dezelfde richting: 'hulpverlening vertalen naar datgene wat belangrijk is voor de PZON waarbij die PZON de weg wijst aan de hulpverlener op basis van zijn of haar wensen en doelen'. Als je dan toch op de pechstrook staat, kun je dat maar beter doen aan de zijde van iemand die met jou je pad wil bewandelen.

De persoonlijke doelen zijn de wegwijzers op het pad van de personen met een zorg- en ondersteuningsnood. Om die persoonlijke doelen te weten te komen is het belangrijk dat zowel de personen met een zorg- en ondersteuningsnood als de hulpverleners vertrouwd zijn met doelgerichte zorg en dat zij zich deze benadering in zorg eigen maken. Dat is niet vanzelfsprekend. Om de juiste richting aan te wijzen, werden verschillende methodieken of stappenplannen ontwikkeld die als kompas kunnen dienstdoen.

Duidelijk, toch? Op stap met een kompas in de hand kun je niet verloren lopen. Helaas, doelgerichte zorg is complexer dan dat. Het blijkt een dynamisch geheel te zijn van verschillende wegen die met elkaar verbonden zijn. Tijdens de eerste stappen op (een van) deze wegen is het belangrijk dat de personen met een zorg- en ondersteuningsnood en de hulpverleners vertrouwen krijgen in elkaar en een gelijkwaardige relatie

opbouwen. Daarvoor is het belangrijk om tijd te nemen en te spreken over het dagelijks leven van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Dit verkennende gesprek gidst de PZON en de hulpverlener in de juiste richting. In de tweede stap gaan ze in gesprek over de wensen en doelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, vaak uitgedrukt in de vorm van betekenisvolle activiteiten en waarden zoals 'Ik wil graag iets doen voor het goede doel, ik wil graag iets betekenen voor een organisatie door dekentjes te haken' of 'Ik wil met mijn partner een concert bijwonen van onze favoriete artiest'. Voor sommige personen met een zorg- en ondersteuningsnood is het helemaal niet moeilijk om deze doelen te bepalen en ze kunnen dat perfect alleen, anderen hebben baat bij enige hulp of ondersteuning. In ieder geval delen de personen met een zorg- en ondersteuningsnood en hulpverleners hun eigen expertise; de ene die vanuit het leven met een of meerdere aandoeningen heel wat levenservaring heeft opgebouwd en de andere die medische kennis kan inbrengen. Met inbreng van beiden kan er samengewerkt worden naar dat ene doel. Het is daarbij steeds belangrijk dat het voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de hulpverlener duidelijk is waarom naar een bepaald doel wordt toegewerkt en wat de achterliggende waarden van dat doel zijn. Denk daarbij aan iemand die met de auto wil blijven rijden omdat het een gevoel van vrijheid geeft.

Zodra deze doelen bepaald zijn en een weg gekozen is, volgt de grote hindernis om deze doelen te vertalen naar een plan van aanpak. Voor zowel de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood als de hulpverlener kan het voordelig zijn om dit doel te bespreken met andere hulpverleners. Op deze manier kunnen de verschillende wegen op elkaar afgestemd worden en kunnen zo de krachten gebundeld worden om toe te werken naar dat ene doel. Indien er, voor eender wie, onderweg verwarring zou ontstaan, is het steeds mogelijk om een paar stappen terug te zetten en eerder verkende wegen opnieuw te bewandelen. Tot slot mag er niet vergeten worden om tijdens de verkenning van de verschillende wegen regelmatig rustpauzes in te lassen. Rustpauzes die dienen om eventueel nieuwe doelen te bepalen, nieuwe wegen in te slaan; blijven wandelen, blijven wegen verkennen.

… met een stevige rugzak…

… vol kaarten om die wegen te verkennen. Het lijkt niets nieuws om de wegwijzers van persoonlijke doelen te volgen, maar toch is het niet eenvoudig. Om doelgerichte zorg te verlenen of te ontvangen, kost het personen met een zorg- en ondersteuningsnood en hulpverleners heel wat energie om de bekende wegen te verlaten. Personen met een zorg- en ondersteuningsnood hebben moeite om richting te geven aan het gesprek met de hulpverlener; hulpverleners daarentegen hebben nood aan stafkaarten om hen te begeleiden richting de persoonlijke doelen van de PZON.

Om met de juiste voorbereidingen op pad te vertrekken, lijkt het noodzakelijk dat personen met een zorg- en ondersteuningsnood en hulpverleners aan de start over voldoende voorraad beschikken, die tijdens de tocht verder wordt aangevuld. Een rugzak die al gevuld is met levens- en leerervaringen – én met nog extra ruimte voor nieuwe ervaringen – is belangrijk om doelgerichte zorg aan te bieden of te ontvangen.

… vol vertrouwen in de nieuwe weg…

…, een weg die potentieel naar heel wat voordelen leidt. In het geval dat personen met een zorg- en ondersteuningsnood en hulpverleners met de juiste rugzak vol vaardigheden op stap zijn gegaan en de juiste bewegwijzering hebben gevolgd, lijkt doelgerichte zorg een nieuwe weg in te slaan met vele voordelen. Er is sprake van een verbeterde relatie tussen beiden, grotere tevredenheid bij beiden, grotere therapietrouw bij de personen met een zorg- en ondersteuningsnood, betere samenwerking tussen de hulpverleners én zelfs potentieel minder gezondheidskosten door het minder voorschrijven van diagnostische testen.

… met hier en daar nog onbekende wegen…

… door een onduidelijke bewegwijzering. Hoewel de richting van doelgerichte zorg al meer duidelijkheid heeft gekregen, lijkt het niet eenvoudig om te weten over welke doelen het gaat.

Daarnaast kunnen de verschillende wegen in doelgerichte zorg een duidelijk plan voorstellen, maar blijft het een uitdaging om deze wegen te vertalen naar duidelijke stafkaarten of methodieken. Dat zal noodzakelijk zijn om zo veel mogelijk personen met een zorg- en ondersteuningsnood en hulpverleners het pad van doelgerichte zorg te laten bewandelen. Op dit pad moet ook nog duidelijk worden welke vruchten hulpverleners onderweg kunnen plukken.

Er zijn nog verschillende obstakels te overwinnen. Tijd en middelen (financieel, personeel) om verschillende wegen te bewandelen zijn noodzakelijk voor een succesvolle tocht. Daarnaast is het belangrijk om via training over een rugzak vol vaardigheden te beschikken om de route naar de doelen te bepalen, sámen met andere hulpverleners. Personen met een zorg- en ondersteuningsnood moeten op zoek gaan naar manieren om hun eigen hindernissen te overwinnen. Praten over persoonlijke doelen is niet gemakkelijk; dat vraagt inzicht in de eigen situatie en reflectie over dat wat ze belangrijk vinden. Daarnaast spelen gezondheidsvaardigheden een grote rol in het bepalen van doelen, maar die kunnen tijdens de tocht aangeleerd worden.

De eerste stappen zijn gezet en de weg, met nog enkele hindernissen, ligt open...

Naar doelgerichte zorg

Auteurs en contactgegevens
Dagje Boeykens, dagje.boeykens@ugent.be
Pauline Boeckxstaens, pauline.boeckxstaens@ugent.be
An De Sutter, an.desutter@ugent.be
Lies Lahousse, lies.lahousse@ugent.be
Peter Pype, peter.pype@ugent.be
Patricia De Vriendt, patricia.devriendt@arteveldehs.be
Dominique Van de Velde, dominique.vandevelde@ugent.be

[ABSTRACT]

De ontwikkeling van een generiek kader voor patiëntendoelen in doelgerichte zorg

Inleiding

Doelgerichte zorg vraagt om een shift van ziektegerichte zorg naar zorg die vertrekt vanuit de doelstellingen van de patiënt. Hulpverleners die de zorg vanuit de doelstellingen van de patiënt willen starten, missen een kader om dat in de praktijk te realiseren. Dit onderzoek richt zich op de ontwikkeling van een kader voor patiëntendoelen om hulpverleners te ondersteunen in het implementeren van doelgerichte zorg in de praktijk.

Methode

De methode is opgebouwd uit drie verschillende datacollecties. Als eerste stap werd een internationaal literatuuronderzoek uitgevoerd met betrekking tot 'treatment goal setting for complex patients'. In de volgende stap gebeurde een documentanalyse van de achtergronddocumenten van de Vlaamse tools voor doelgerichte zorg. Om dit kader verder te ontwikkelen en te toetsen aan de praktijk werden twaalf eerstelijnshulpverleners getraind om met hun patiënten in gesprek te gaan over hun persoonlijke doelen. Deze gesprekken werden opgenomen en geanalyseerd.

Resultaten

Berntsen et al. (2015) en Vermunt et al. (2018) bieden een eerste aanzet tot een kader voor patiëntendoelen door die te definiëren als persoonlijke of fundamentele doelen. Overigens blijkt uit het literatuuronder-

zoek dat waarden een fundamentele bouwsteen voor patiëntendoelen zijn. De documentanalyse bevestigt dit belang van waarden. Daarnaast voegt de documentanalyse nieuwe elementen van een patiëntendoel toe: gezondheid; activiteiten; sociale context; verleden, heden en toekomst; en de positieve formulering van patiëntendoelen. De patiëntendoelen die de hulpverleners in de doelgerichte gesprekken formuleerden bevatten deze elementen. Om de patiëntendoelen te detecteren is het belangrijk om de waarde en de betekenis van een doel duidelijk te krijgen.

Conclusie

Een duidelijk kader over patiëntendoelen zal hulpverleners handvatten geven om doelgerichte zorg te implementeren in de praktijk.

Trefwoorden

Doelgerichte zorg – Patiëntendoelen – Doelgericht gesprek

HET THEMA UITGELICHT

Dit onderzoek wordt nog verder uitgewerkt. Voor meer informatie, neem contact op met: Lotte Vanneste (lotte.vanneste@ugent.be)

THEMA

Zelfmanagement

[ABSTRACT]

Een focusgroepsstudie over de uitdagingen, succesfactoren en valkuilen van de implementatie van zelfmanagementondersteuning in de eerstelijnszorg

Inleiding

Om zelfmanagement bij chronisch zieken te ondersteunen wordt ingezet op innovatieve technieken in de zorgpraktijk. Helaas slagen veel zorginterventies er niet in op lange termijn effectief te blijven. Wat ontbreekt, is de mening van de zorgprofessional voorafgaand aan de ontwikkeling van deze interventies.

Methode

Deze studie is een kwalitatieve analyse van focusgroepen met zorgprofessionals uit Vlaanderen, waarbij uitdagingen, succesfactoren en valkuilen worden geformuleerd bij de ondersteuning van zelfmanagement in de zorgpraktijk. Deelnemers werden gerekruteerd door een maximale-variatiesteekproef. Voor de analyse van de focusgroepgesprekken werd inspiratie gehaald uit het framework van Attride-Stirling.

Resultaten

Drie focusgroepen werden georganiseerd. Volgens de zorgprofessionals is zelfmanagementondersteuning idealiter afgestemd op de mogelijkheden en behoeften van elke individuele patiënt. Communicatie lijkt de sleutel tot succes. Mogelijke ondersteuningsstrategieën zijn coachingtechnieken, informatieoverdracht en peersupport. Of een methode

effectief is, is persoonsafhankelijk en moet worden nagegaan via intensieve follow-up.

Discussie

Omdat zelfmanagement persoonsafhankelijk is, bestaat er ook geen generiek concept voor de ondersteuning. Luisteren naar de behoeften van de patiënten verhoogt hun motivatie. Door moeilijkheden met de evaluatie van zelfmanagement gaan zorgverleners op zoek naar alternatieve manieren om ondersteuning op te volgen, zoals het gebruik van de terugvraagmethode.

Conclusie

Er bestaat geen generiek concept in zelfmanagementondersteuning. De weg naar succes is een groeiproces waarbij ondersteuning moet worden aangepast aan de individuele behoeften van de patiënt.

Trefwoorden

Eerstelijnszorg – Zelfmanagement – Chronische aandoening

HET THEMA UITGELICHT

Een focusgroepsstudie over de uitdagingen, succesfactoren en valkuilen van de implementatie van zelfmanagementondersteuning in de eerstelijnszorg

Het begrip zelfmanagement

We gingen in gesprek met zorgprofessionals over de zorg in Vlaanderen. We ontmoetten huisartsen, apothekers, psychologen, thuisverpleegkundigen, sociaal werkers, verantwoordelijken van zorgorganisaties en lotgenotenverenigingen, enzovoort. Ze gaven aan voor de uitdaging te staan om patiënten meer te betrekken in het zorgproces. Ze hebben het dan over 'zelfmanagement'. Daarmee verwijzen ze naar de mogelijkheid van patiënten om een of meer chronische ziekten een plaats te geven in het dagelijkse leven. Als je chronisch ziek bent, helpt zelfmanagement je om te gaan met de gevolgen van je ziekte en de aanpassingen aan je levensstijl. In tegenstelling tot wat de term zelfmanagement lijkt aan te geven, staat een chronische patiënt er gelukkig niet alleen voor. De bedoeling is dat de patiënt zelf de regie over zijn of haar leven in handen houdt, maar dat gebeurt zo veel mogelijk in samenwerking met familie, vrienden en zorgprofessionals.

> *'Zelfmanagement is een onderdeel van een traject van een persoon die chronisch ziek is, waar die in ondersteund wordt en ook in begeleid wordt.'*
>
> Directeur patiëntenorganisatie

Wat is nodig om aan zelfmanagement te kunnen doen

Iedereen kan aan zelfmanagement doen. Iedere chronisch zieke patiënt is in staat om minstens een stukje zelfregie op te nemen. In welke mate en op welke manier, dat verschilt uiteraard sterk van patiënt tot patiënt. Zelfmanagement is geen bekwaamheid waarover iemand van nature beschikt. Voor elke chronische patiënt is het omgaan met zijn of haar ziekte en de inpassing in het dagelijkse leven een leerproces. De zorgprofessional neemt daarbij de rol van coach of educator op. Zelfmanagement aanleren gaat niet vanzelf. Hoe meer iemand over zijn of haar ziekte weet, hoe concreter zelfmanagement in het leven van die patiënt kan worden. Het begrijpen van zorg en de nodige behandeling is een eerste voorwaarde om mee beslissingen te kunnen nemen en keuzes te kunnen maken. Om daarbij te helpen brengen zorgprofessionals de leefsituatie en mogelijkheden van een patiënt in kaart. Verder is de aanwezigheid van een netwerk een belangrijke vereiste. Zelfmanagement is namelijk een groepsproces waarin patiënten niet alleen staan. Een stevig persoonlijk netwerk vormt een onmisbare ondersteuning in de zorg. Essentieel is ook dat patiënten zorg willen dragen voor zichzelf. Hoewel iedereen in de mogelijkheid is om een stukje zelfregie op te nemen, gaat dat bij patiënten die zich daarvoor ook openstellen, net iets vlotter. Bovendien gaat het aanleren van zelfmanagement hand in hand met het aanleren van verschillende vaardigheden. Een voorbeeld daarvan is het kunnen hanteren van hulpmiddelen en technieken die bijdragen aan het zelf managen van de chronische ziekte. En ten slotte is er ook een belangrijke rol weggelegd voor communicatie. Zorgprofessionals lijken zelfs communicatie te zien als 'de sleutel tot succes in zelfmanagement'. Voor een chronische patiënt is een goed gesprek met het zorgnetwerk over wensen en verwachtingen, moeilijkheden en onzekerheden van onschatbare waarde.

> *'Ik denk dat wij de rol van coach moeten leren oppakken.'*
>
> Thuisverpleegkundige

Moeilijkheden die patiënten ervaren bij zelfmanagement

Het is niet vanzelfsprekend om patiënten te betrekken in hun eigen zorgproces. Zorgprofessionals zijn zich daarvan bewust en stellen zich voort-

durend de vraag wat de hindernissen zijn bij het opnemen van dat stukje zelfregie. Wie in de zorg werkt, weet maar al te goed dat er een groep patiënten is die geen netwerk heeft om op terug te vallen. Dat blijkt dan ook een niet te onderschatten hindernis te zijn om aan zelfmanagement te kunnen doen. Verder is het voor patiënten vaak niet gemakkelijk om een stukje zelfzorg toe te laten. Soms staan ze er niet voor open om uit het klassieke zorgsysteem te stappen waarin de lichamelijke zorg onder een strakke regie van de zorgverlener op de voorgrond staat. Daarnaast geven zorgprofessionals aan dat patiënten het soms moeilijk vinden om hun ziekte en alles wat daarbij komt kijken, bespreekbaar te maken. Patiënten komen er dan niet toe om aan te geven wat hun wensen en verwachtingen, moeilijkheden en onzekerheden zijn. Ook tijdsdruk speelt een rol. Hulpverleners hebben vaak te weinig tijd om zelfmanagement te ondersteunen en aan te leren. Bovenop het tijdsaspect blijken er ook financiële barrières te zijn die de ondersteuning belemmeren. Zonder voldoende financiële mogelijkheden kunnen chronische patiënten niet aan zelfmanagement doen.

> *'Wat dat goed is voor patiënt A, is niet even goed voor patiënt B.'*
>
> Apotheker

Ondersteuning van zelfmanagement door zorgprofessionals

We schreven het al: zelfmanagement is een leerproces. In dit proces moet rekening worden gehouden met de mogelijkheden, noden en vragen van de patiënt. Er bestaan verschillende manieren om dit proces te ondersteunen. Een sleutelrol is weggelegd voor de zorgprofessionals. Zij vinden het belangrijk dat patiënten gaandeweg vaardigheden aanleren en zich daarbij ook laten aansturen. Zo kunnen patiënten deze vaardigheden actief inoefenen in de dagelijkse zorgpraktijk, onder het toeziend oog van de zorgprofessional. Het spreekt voor zich dat gebruik van multimedia en internet dit leerproces kan ondersteunen. Vele zorgprofessionals voelen zich geroepen om als coach op te treden in het zorgproces. Een persoonlijke een-op-eenbegeleiding vinden zij een duidelijke meerwaarde. Deze individuele begeleiding is onvervangbaar, maar daarnaast willen zorgprofessionals ook volop inzetten op de kracht van groepsdynamiek. Door ervaringen te delen kunnen pati-

enten leren van lotgenoten. Patiëntenverenigingen spelen daarbij een cruciale rol. Deze verenigingen brengen lotgenoten samen en vormen een opvangplek. Niet alleen patiënten kunnen van elkaar leren, ook zorgprofessionals halen voordeel uit samenwerking met elkaar. Deze multidisciplinaire samenwerking zet in op verschillende talenten van zorgprofessionals en heeft zo een positieve invloed op de patiënt. Bij dat alles blijft de patiënt centraal staan en gaat heel veel aandacht naar zijn of haar veerkracht. Zonder veerkracht kan de mens niet openstaan voor vernieuwing en verandering. Praten met patiënten over wensen en verwachtingen, moeilijkheden en onzekerheden is cruciaal in de begeleiding van het zelfmanagementproces.

> *'Zelfmanagement ondersteunen gaat niet alleen over informatie in groep geven, maar ook over leren van elkaar.'*
>
> Maatschappelijk werker

Wat leren we

Zelfmanagement is duidelijk een complex gegeven en brengt heel wat uitdagingen met zich mee. Daarom is het enorm belangrijk om in te zetten op de ondersteuning. Daarbij moeten we er ons steeds bewust van zijn dat er geen algemeen geldend recept bestaat in deze ondersteuning. Zelfmanagement hangt namelijk sterk samen met het ziektebeeld en het karakter van elke patiënt. Het is een groeiproces waarin chronisch zieke patiënten in nauwe samenwerking met hun zorgprofessionals gaandeweg leren om hun ziekte in te passen in het dagelijkse leven.

Auteurs en contactgegevens
Lotte Timmermans, lotte.timmermans@kuleuven.be
Peter Decat, peter.decat@UGent.be
Veerle Foulon, veerle.foulon@kuleuven.be
Ann Van Hecke, ann.vanhecke@UGent.be
Mieke Vermandere, mieke.vermandere@kuleuven.be
Birgitte Schoenmakers, birgitte.schoenmakers@kuleuven.be



[ABSTRACT]

Wat is goede eerstelijnszorg? Inzichten van patiënten en hun mantelzorgers

Inleiding

Het toenemend aantal chronische patiënten vraagt om een reorganisatie van het huidige gezondheidszorgsysteem om aan de behoeften van patiënten te voldoen. Voorgaand onderzoek baseerde zich voornamelijk op een-op-eeninterviews, maar onderzoek met zowel de patiënt en de mantelzorger als duo is zelden uitgevoerd. Deze studie onderzoekt de noden, voorkeuren, faciliterende en belemmerende factoren van deze duo's tegenover eerstelijnszorg.

Methode

Deze fenomenologisch-hermeneutische studie bestaat uit semigestructureerde interviews met duo's. Een interviewgids met open vragen werd gehanteerd om de ervaringen van dyades met betrekking tot eerstelijnszorg te ontdekken. Duo's werden gerekruteerd met behulp van een selecte, maximale-variatiesteekproef.

Resultaten

Zestien patiënt-mantelzorgerduo's definiëren goede zorg als 'luisteren naar de patiënt, aandacht geven aan wat de patiënt wil zodat de autonomie gegarandeerd wordt in een ondersteunend netwerk van professionele hulpverleners, mantelzorgers, familie en vrienden'.

Discussie

Deze studie focust op het brede scala van noden in de eerstelijnszorg in plaats van één zorgaspect. Daarnaast werden duo-interviews uitgevoerd waarin de aanwezigheid van de mantelzorger als ondersteunend werd ervaren en bijdroeg aan een waardevol gesprek.

Conclusie

Om aan de behoeften van duo's te voldoen moet maximaal ingezet worden op zelfmanagement gekaderd in een interprofessionele omgeving waarin de patiënt als gelijke partner wordt beschouwd. Deze bevindingen kunnen leiden tot een verandering in de praktijk: aandacht voor kwaliteiten van de patiënt, hun behoeften en tot slot samenwerking in een interprofessioneel team.

Trefwoorden

Eerstelijnszorg – Chronische aandoening – Mantelzorgers

Auteurs en contactgegevens
Dagje Boeykens, dagje.boeykens@ugent.be
Muhammed Mustafa Sirimsi, muhammedmustafa.sirimsi@uantwerpen.be
Lotte Timmermans, lotte.timmermans@kuleuven.be
Maja Lopez Hartmann, maja.lopezhartmann@kdg.be
Dominique Van de Velde, dominique.vandevelde@ugent.be
Patricia De Vriendt, patricia.devriendt@arteveldehs.be

HET THEMA UITGELICHT

Wat is goede eerstelijnszorg? Inzichten van patiënten en hun mantelzorgers

In gesprek met personen met een chronische aandoening en hun mantelzorger

Wist je dat zo'n 11% van de Vlamingen officieel erkend is als een persoon met een chronische aandoening? Hoewel een goede gezondheid voor velen onder ons vanzelfsprekend is, ligt dat voor hen veel minder voor de hand. Het is bovendien ook bekend dat een chronische aandoening een grote impact heeft op het dagelijks leven en de levenskwaliteit van deze personen. Dat treft niet alleen hen maar ook hun naasten. Maar liefst één op de vijf Vlamingen fungeert als 'erkend' mantelzorger en ondersteunt iemand in het dagelijks leven. De persoon met een chronische aandoening en de mantelzorger vormen een onlosmakelijk duo dat op bepaalde momenten echter ook in aanraking komt met verschillende hulpverleners uit de eerste lijn. De thuisverpleegkundige, familiezorg, de huisarts... allemaal maken zij daar deel van uit. Die eerstelijnszorg is een belangrijke toegangspoort naar laagdrempelige en rechtstreekse hulp. Door de verwachte toename van het aantal personen met een chronische aandoening komt deze eerstelijnszorg voor grote uitdagingen te staan. Daardoor rijzen vragen over de organisatie van een goede eerstelijnszorg: Wat is goede eerstelijnszorg? Dat kunnen we leren van de leef- en leersituatie van personen met een chronische aandoening en zijn of haar mantelzorger. Deze inzichten kunnen ons helpen de eerstelijnszorg verder vorm te geven.

Wanneer we de persoon met een chronische aandoening en zijn of haar mantelzorger vroegen wat goede zorg was, ging het niet meteen over goede medische of technische zorg (dat kwam pas later aan bod), maar het ging over hoe 'goede zorg hen in staat moet stellen om goed te leven'.

Voor de persoon met een chronische aandoening betekende dit 'handvatten aangereikt krijgen om zo normaal mogelijk te leven, ondanks zijn/haar aandoening'. Voor de mantelzorger was het belangrijk dat die werd ondersteund in de zorg of de hulp die hij/zij de persoon met een chronische aandoening bood. Maar dat is niet alles.

In dit stuk bieden we u inzicht in wat personen met een chronische aandoening en hun mantelzorgers zélf als goede zorg benoemen. En misschien paradoxaal: het ging niet over excellente medische en technische kennis, maar wél over het belang van een persoonlijke benadering in de zorg.

Van eigen regie tot vereenvoudiging van administratieve procedures

Denk even terug aan wat u vandaag gedaan heeft. Waren die activiteiten al lang van tevoren gepland of maakte u onverwachts een wandeling met een vriendin? 's Morgens opstaan en gaan en staan waar je wilt, het lijkt voor de meesten onder ons iets vanzelfsprekends. Helaas is dat niet altijd het geval voor de personen met een chronische aandoening en hun mantelzorgers. Voor hen is regie in eigen handen houden en autonomie bewaren de belangrijkste wens. Dat biedt hen namelijk de garantie om hun persoonlijkheid te kunnen behouden

> *'Ik ben iemand die altijd zelfstandig is geweest, alles zelf bepaalde en nooit hulp vroeg. Nu voel ik dat allemaal wegglippen en dat is moeilijk... heel moeilijk.'*
>
> Persoon met chronische aandoening

Autonomie betekende voor hen dat ze controle konden behouden over de invulling van hun dag; 'ja' kunnen zeggen tegen die vriendin.

Voor de persoon met een chronische aandoening en de mantelzorger had die wandeling een dubbele waarde. Enerzijds kon die de fysieke gezondheid versterken, anderzijds kreeg die betekenis door het sociale contact met die vriendin of door het verkennen van een nieuwe omgeving. Dat laatste – betekenis vinden in en geven aan activiteiten – bleek

voor personen met een chronische aandoening en hun mantelzorger cruciaal om met positieve gevoelens de dag door te komen. Het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten, zoals ook 'een wekelijks etentje met kinderen en kleinkinderen' of 'jezelf verliezen in de fantasiewereld van een goed boek' bleek pivotaal in het leven van de personen met een chronische aandoening en hun mantelzorger:

> *'Iedere dag probeer ik op zoek te gaan naar iets om me af te leiden van mijn ziekte, dan probeer ik wat in mijn tuin te werken of timmer ik iets in elkaar voor mijn kinderen. Dat geeft me het gevoel dat ik toch nog iets kan, ik krijg daar veel voldoening uit.'*
>
> Persoon met chronische aandoening

De invulling van betekenisvolle activiteiten was voor iedereen anders en dus zeer persoonlijk. Bovendien was het ook afhankelijk van de beperkingen waarmee ze geconfronteerd werden. Sommige personen met een chronische aandoening en mantelzorgers behielden dezelfde betekenisvolle activiteiten als in het leven voor de chronische aandoeningen en ervaarden nog steeds dezelfde mate van voldoening. Anderen zagen zich genoodzaakt op zoek te gaan naar nieuwe, haalbare activiteiten en moesten zich als het ware 'heruitvinden':

> *'Mijn man en ik blijven ons voortdurend aanpassen aan mijn situatie. Hij kookt nu bijvoorbeeld vaker zodat ik wat kan rusten ondertussen of toch nog iets leuks kan doen zoals een korte wandeling.'*
>
> Persoon met chronische aandoening

In deze zoektocht naar nieuwe activiteiten groeiden de personen met een chronische aandoening en mantelzorgers soms heel sterk naar elkaar toe, al was dat niet bij iedereen het geval. Bij anderen was het voornamelijk voor de mantelzorgers moeilijk om bestaande betekenisvolle activiteiten te behouden. Zij besteedden het grootste deel van hun tijd en energie aan de zorg voor de persoon met een chronische aandoening. Op zoek gaan naar een eigen manier om met die chronische aandoeningen om te gaan en betekenisvolle activiteiten op maat vinden vroeg tijd en energie.

Naast het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten bleken dagelijkse of essentiële activiteiten, zoals wassen of aankleden, van groot belang. Ook daarbij droegen mantelzorgers hun steentje bij. Sommige mantelzorgers namen een deel van deze (huishoudelijke) taken op zich en hielpen de persoon met een chronische aandoening bijvoorbeeld tijdens het ochtendtoilet of het bereiden van maaltijden. Ter ondersteuning van de mantelzorgers deden personen met een chronische aandoening ook een beroep op hulpverleners – zoals de thuisverpleegkundige, de huisarts, de kinesitherapeut, de verzorgende – die er – dankzij hun hulp – voor zorgden dat de persoon met een chronische aandoening meer energie overhield om de dag door te komen:

> *Drie keer per week krijgen we ondersteuning bij het huishouden. Dan doen ze de was, maken ze pudding en zorgen ze ervoor dat het hier wat proper ligt. Als we dat nog zelf zouden moeten doen, blijft er helemaal geen tijd of energie meer over om iets van onze dag te maken.'*
>
> Persoon met chronische aandoening

Het netwerk van de persoon met een chronische aandoening bestond niet enkel uit hulpverleners en mantelzorgers, maar ook de sociale omgeving – familie, vrienden, buren – waren van groot belang. De mate waarin deze sociale omgeving voor afleiding zorgde en ondersteuning bood was sterk individueel afhankelijk:

> *Mijn vrouw valt regelmatig en als dat gebeurt als ik niet thuis ben, kan ze gelukkig de buren bereiken die haar weer recht helpen of bij haar blijven tot er extra hulp is. Weten dat we op hen kunnen rekenen, is een hele geruststelling.'*
>
> Echtgenoot van persoon met chronische aandoening

Verminderde mobiliteit, moeite hebben met inspanningen, slechte toegankelijkheid in openbare gebouwen... dat alles kan leiden tot minder sociale contacten en meer frustraties. Gelukkig konden personen met een chronische aandoening en hun mantelzorgers hun frustraties ventileren bij lotgenoten. Lotgenotencontact bood bovendien de nodige

afleiding van de dagelijkse realiteit en een plek om ervaringen te delen en tips uit te wisselen:

> *Ik heb een heel goed contact met een mede-MS-patiënte. Ik nodig haar regelmatig uit om even te ontspannen in de tuin om te praten over cultuur waar we allebei in geïnteresseerd zijn. Over MS wordt er zelden gesproken.'*
>
> Persoon met chronische aandoening

Het werd door de gesprekken duidelijk dat het leven met een chronische aandoening ondersteuning vraagt; ondersteuning door onder meer de mantelzorger, hulpverleners en lotgenoten. Maar hoe moet volgens de personen met een chronische aandoening die ondersteuning worden ingevuld? Welke activiteiten en eigenschappen verwachten zij van de hulpverleners die bij hen over de vloer komen? Ze vonden dat hulpverleners moesten beschikken over verschillende vaardigheden zoals enerzijds 'menselijke' vaardigheden zoals luisteren, empathie tonen... maar anderzijds moesten ze ook beschikken over een gedegen theoretische kennis. Een balans tussen professionele en persoonlijke sociale vaardigheden leek de sleutel te zijn om het vertrouwen te winnen van de persoon met een chronische aandoening en de mantelzorger. Een dialoog tussen de persoon met een chronische aandoening en de hulpverlener, een tweerichtingsverkeer, met eerlijke en open communicatie is daarvoor de basis:

> *Het belangrijkste voor mij is dat ik vertrouwen krijg ik in mijn hulpverlener. Dat is volgens mij niet mogelijk als hij of zij geen empathie toont of laat zien dat hij ook gewoon een mens is. Natuurlijk zijn professionalisme en kennis belangrijk, maar het is de combinatie die voor mij van iemand een goede hulpverlener maakt.'*
>
> Persoon met chronische aandoening

De persoon met een chronische aandoening wil vooral benaderd worden als een individu, als een autonoom persoon met een eigen wil.

Uit de voorgaande beschrijving kunnen we concluderen dat de hulpverlener over heel wat vaardigheden moet beschikken. Maar de persoon met een chronische aandoening en zijn of haar mantelzorger ziet goede zorg nog ruimer. Een goede samenwerking tussen alle hulpverleners vinden ze namelijk cruciaal. De vraag stelt zich ook hoe alle hulpverleners rondom dezelfde tafel te krijgen. Hoe zorgen we ervoor dat de thuisverpleegkundige doorgeeft aan de huisarts dat die nieuwe wonde toch niet helemaal geneest zoals verwacht? Hoe brengen we de kinesitherapeut op de hoogte van het veranderde medicatieschema dat invloed kan hebben op de therapie? Samenwerking tussen alle hulpverleners, personen met een chronische aandoening en mantelzorgers uit het netwerk is noodzakelijk om de zorg op elkaar af te stemmen en effectief gehoor te geven aan de noden van de persoon met een chronische aandoening. Volgens de personen met een chronische aandoening en de mantelzorgers is er nog heel wat werk aan de winkel op het vlak van samenwerking:

> *‘Hulpverleners moeten voor mij verder kijken dan hun eigen discipline. Ze moeten openstaan voor contact met andere hulpverleners en hun gedachten uitwisselen. Dan moet ik zelf niet telkens mijn verhaal opnieuw vertellen en kan ik enkel maar vooruitgaan en niet blijven stilstaan.’*
>
> Persoon met chronische aandoening

De persoon met een chronische aandoening en de mantelzorger hadden dus een hele verlanglijst om het leven met een chronische aandoening zo goed mogelijk te maken. Helaas is dat niet zo vanzelfsprekend. Personen met een chronische aandoening en mantelzorgers zien dat er nog verschillende hindernissen op de baan liggen om dat allemaal mogelijk te maken. Om maar één aspect te noemen: om de nodige ondersteuning te krijgen, doorlopen personen met een chronische aandoening en mantelzorgers een wirwar van administratieve procedures die eerder afschrikken dan hoop geven op een comfortabeler leven. Het stroomlijnen van alle aanvragen, regeltjes en terugbetalingen is een van de grote domeinen met groeipotentieel voor de toekomst.

Van een leven geleid door chronische aandoeningen naar een leven met chronische aandoeningen

Wat hebben we nu geleerd van de persoon met een chronische aandoening en de mantelzorger? Wat zijn belangrijke elementen voor een goede eerstelijnszorg?

'Goede zorg' werd door de personen met een chronische aandoening en hun mantelzorger gedefinieerd als: 'luisteren en aandacht geven aan wat de persoon met een chronische aandoening wil, zodat de autonomie en het behoud van eigen regie gegarandeerd kan worden.'

Laat het duidelijk zijn, een persoon met een chronische aandoening is meer dan zijn of haar chronische aandoening. Om mens te 'zijn' en mens te 'blijven', moeten we steeds op zoek gaan naar zingeving, naar de onderliggende betekenis die gevonden kan worden in activiteiten en relaties. De sleutel naar een meer persoonlijke benadering in de zorg ligt in handen van de hulpverleners. Er dient meer aandacht geschonken te worden aan persoonlijke vaardigheden en aan een dialoog tussen de persoon met een chronische aandoening en de hulpverlener. Zo kan het menselijke aspect meer op de voorgrond geplaatst worden en kan er 'goede zorg' verleend worden. Dat alles moet gebeuren met de nodige ondersteuning van het volledige netwerk van hulpverlener, mantelzorgers, familie en vrienden. Alleen dan zijn we op weg naar een positieve toekomst voor diegenen bij wie de confrontatie met beperkingen van chronische aandoeningen dagelijkse realiteit is.

Hoe zijn we dat te weten gekomen?

Voor deze studie hebben we zestien duo's geïnterviewd – steeds een combinatie van een persoon met een chronische aandoening en de mantelzorger Deze duo's werden zorgvuldig gerekruteerd om een zo groot mogelijke verscheidenheid aan respondenten te includeren. Op deze manier kregen we een representatief beeld voor mensen in een soortgelijke situatie. Aan de hand van semigestructureerde interviewgidsen gaven deze duo's ons een inkijk in hun dagelijkse leef- en zorgsituatie met een of meer chronische aandoening(en). De onderzoekers en de

auteurs van deze tekst vormen een bonte mix met verschillende professionele achtergronden en hebben samen de gegevens geanalyseerd.

Auteurs en contactgegevens
Dagje Boeykens, dagje.boeykens@ugent.be
Muhammed Mustafa Sirimsi, muhammedmustafa.sirimsi@uantwerpen.be
Lotte Timmermans, lotte.timmermans@kuleuven.be
Maja Lopez Hartmann, maja.lopezhartmann@kdg.be
Dominique Van de Velde,dominique.vandevelde@ugent.be
Patricia De Vriendt, patricia.devriendt@arteveldehs.be

THEMA

Onderwijs

[ABSTRACT]

Doelgerichte zorg als gemeenschappelijke visie in eerstelijnszorg: de ontwikkeling van een trainingspakket

Inleiding

Doelgerichte zorg vraagt om een shift van ziektegerichte zorg naar zorg die vertrekt van de doelstellingen van de patiënt. In Vlaanderen werden verschillende methodieken en strategieën voor doelgerichte zorg ontwikkeld. Hulpverleners en beleidsmakers die doelgerichte zorg willen implementeren in de praktijk rapporteren echter onduidelijkheid over hoe deze verschillende methodieken en strategieën zich tot elkaar verhouden. Ze missen een generieke leidraad voor opleiding en implementatie van doelgerichte zorg in de praktijk.

Methode

In een cocreatieproces met het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn en zes experten doelgerichte zorg werden een gemeenschappelijke visie en bouwstenen van doelgerichte zorg geïdentificeerd en vertaald in een trainingspakket voor doelgerichte zorg dat geïmplementeerd kan worden in de eerste lijn.

Resultaten

Er werd een breed toegankelijke onlinetraining ontwikkeld waarmee elke geïnteresseerde burger zich kan informeren over de basisprincipes van doelgerichte zorg. Daarnaast werd een interprofessionele training voor hulpverleners uit de eerste lijn opgezet als pilot waarin hulpverleners worden ondersteund om doelgerichte zorg te implementeren als

gemeenschappelijke visie op zorg in hun lokale eerstelijnsnetwerk. De kennis en expertise met betrekking tot de verschillende methodieken en strategieën voor doelgerichte zorg werden ingebed in beide vormingen.

Discussie

Het cocreatieproces identificeerde dat de implementatie van doelgerichte zorg niet louter afhangt van het gebruik van concrete methodieken, maar bovenal steunt op het aanmeten van een basishouding vanuit doelgerichte zorg.

Conclusie

Bestaande expertise in doelgerichte zorg werd vertaald naar een trainingspakket doelgerichte zorg voor zowel burgers, patiënten, mantelzorgers en hulpverleners uit de eerste lijn dat door beleidsmakers geïmplementeerd zal worden in de Vlaamse context.

Trefwoorden

Doelgerichte zorg – Interprofessioneel samenwerken – Training

Auteurs en contactgegevens
Pauline Boeckxstaens, pauline.boeckxstaens@ugent.be
Reini Haverals, reini.haverals@ugent.be

HET THEMA UITGELICHT

Doelgerichte zorg als gemeenschappelijke visie in eerstelijnszorg: de ontwikkeling van een trainingspakket

Het huidige gezondheidszorgsysteem staat zowel in België als buiten de landsgrenzen voor een aantal uitdagingen. Er is niet alleen de vergrijzende bevolking, ook bij jongere mensen stijgt het aantal personen met een combinatie van chronische ziekten en psychosociale problemen. Daardoor worden zorgaanbieders steeds vaker geconfronteerd met personen met complexe noden aan zorg en ondersteuning. De eerstelijnszorg staat in de frontlinie om deze stijgende vraag naar zorg en ondersteuning op te vangen. Momenteel wordt zorg nog vaak aangeboden vanuit richtlijnen die gefocust zijn op afzonderlijke ziekten en problemen. Voor personen met chronische en complexe zorgnoden dreigt deze ziekte- en probleemgeoriënteerde zorgvisie echter voorbij te gaan aan de behoeften van deze personen. Behandelingen die worden aangeboden vanuit ziektespecifieke richtlijnen sluiten immers niet altijd aan bij de wensen van de persoon. Daarom is er voor deze personen nood aan een aanpak waarin de persoon meer centraal komt te staan.

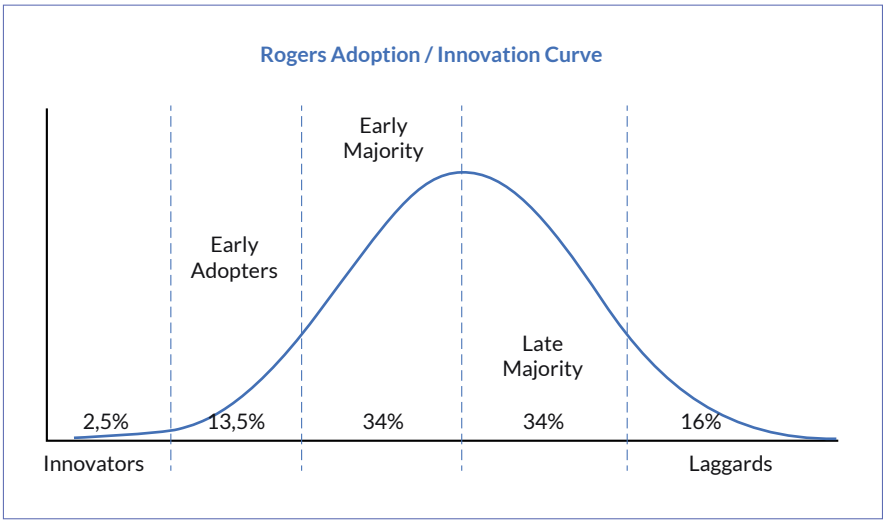
Doelgerichte zorg betekent het verlenen van zorg en ondersteuning die vertrekt van de persoon zelf en wat die graag wil bereiken. Het gaat om een positieve benadering van gezondheid waarbij wordt gestreefd naar het hoogst mogelijke niveau van gezondheid van de persoon. Wat dit niveau van gezondheid betekent, wordt bij doelgerichte zorg door de persoon zelf gedefinieerd. Bij doelgerichte zorg wordt gestart vanuit de persoonlijke doelen van de hulpvrager. Doelgerichte zorg vergt bepaalde vaardigheden bij zowel de zorgaanbieder als de persoon zelf. In de eerste plaats moet de persoon weten wat voor hem/haar belangrijk is en moet hij/zij dat kunnen bespreken met zijn zorgaanbieders. Daarnaast moeten de zorgaanbieders voldoende vaardigheden hebben om met de

persoon in gesprek te gaan over zijn persoonlijke doelen zodat de zorg en de ondersteuning daarop kunnen worden afgestemd. Om doelgerichte zorg waar te maken is er dus nood aan ondersteuning voor zowel de hulpvragers als de zorgaanbieders.

Zowel in Vlaanderen als Nederland zijn er heel wat initiatieven om de implementatie van doelgerichte zorg in de praktijk te ondersteunen. Voorbeelden daarvan zijn Doelzoeker van het Vlaams Patiëntenplatform, Zorg-Esperanto van Familiezorg West-Vlaanderen en CLEVER van de Arteveldehogeschool. Zorgaanbieders die doelgerichte zorg via deze hulpmiddelen in hun praktijk wensen toe te passen, geven echter aan dat het gebruik en hoe deze hulpmiddelen zich tegenover elkaar verhouden, onduidelijk is. Er is volgens hen nood aan een leidraad die zorgaanbieders en hulpvragers ondersteunt en opleidt in de implementatie van doelgerichte zorg.

Vanuit het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL) kwam de vraag om de nodige ondersteuning te ontwikkelen voor hulpvragers en zorgaanbieders zodat zij doelgerichte zorg als gemeenschappelijke visie op zorg en welzijn in de eerste lijn kunnen toepassen. Het Instituut ging daarvoor samen met het lerend netwerk doelgerichte zorg en Universiteit Gent aan de slag voor de ontwikkeling van een trainingspakket dat zal bijdragen aan de implementatie van doelgerichte zorg in de eerste lijn.

In de ontwikkeling van het trainingspakket werd er gewerkt volgens de *diffusion of innovation theory* van Rogers. Deze theorie stelt dat je steeds vertrekt van een kleine groep van experten (de innovators) die een sterke overtuiging heeft over een interventie, bijvoorbeeld doelgerichte zorg in dit geval. Vervolgens zullen deze experten hun overtuiging doorgeven aan een kleine groep zorgaanbieders (de early adopters) die interesse hebben om de interventie mee te nemen naar het werkveld. Een voorstelling van het model met de positie van innovators en early adopters wordt weergegeven in figuur 1.



Figuur 1: 'diffusion of innovation theory' (Rogers, 1995).

In het project werden een aantal innovators in beeld gebracht die al hulpmiddelen ontwikkelden voor doelgerichte zorg. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de innovators uit het project.

Tabel 1: overzicht innovators en hulpmiddelen in doelgerichte zorg.

Innovator	Hulpmiddel voor doelgerichte zorg
Vlaams Patiëntenplatform vzw	Doelzoeker
Coaching Dubois en Van Rij	Trainingen Doelgerichte zorg 2.0
Arteveldehogeschool	CLEVER
Familiezorg West-Vlaanderen	Zorg-Esperanto
LCM / Positieve gezondheid	Positieve Gezondheid
HOGENT – Onderzoekscentrum 360° Zorg & Welzijn	Samenspraakfiche

Vanuit een samenwerking tussen VIVEL, de innovators, early adopters en het team doelgerichte zorg aan Universiteit Gent werd een trainingspakket doelgerichte zorg ontwikkeld. Met deze groep werd in de eerste fase een inventaris gemaakt van de huidige kennis en ervaring rond doelgerichte zorg en werd in kaart gebracht welke bestaande hulpmiddelen, training en coaching daarover aanwezig zijn. Deze inventarisatie vormde de basis om op zoek te gaan naar de gemeenschappelijke visie op doelgerichte zorg. In de tweede fase van het project werden de innovators samengebracht tijdens samenwerkingsdagen en werden de verschillende hulpmiddelen voorgesteld. Via deze voorstellingen werden vanuit de hulpmiddelen gemeenschappelijke bouwstenen over doelgerichte zorg in kaart gebracht. Deze bouwstenen vormden in het verloop van het verdere traject de basis van een breed gedragen trainingspakket doelgerichte zorg. Als resultaat werd een tweedelig trainingspakket ontwikkeld waarmee hulpvragers en zorgaanbieders worden getraind in doelgerichte zorg.

Het trainingspakket bestaat in de eerste plaats uit een basistraining doelgerichte zorg gericht op burgers in het algemeen en meer specifiek op hulpvragers, mantelzorgers en zorgaanbieders uit de eerste lijn. Deze basistraining wordt aangeboden in de vorm van elf online kennisclips. Deze elf clips bestaan uit één teaser, vier algemene clips over het concept doelgerichte zorg en zes clips die een specifiek hulpmiddel voor doelgerichte zorg toelichten. De kennisclips uit de basisopleiding zullen vanuit VIVEL beschikbaar worden gesteld op de website www.vivel.be/doelgerichte zorg. Naast de basistraining werd een training specifiek voor zorgaanbieders werkzaam in de eerste lijn ontwikkeld. Deze training zal interprofessioneel worden georganiseerd en zal in de toekomst zorgaanbieders op het niveau van de wijk ondersteunen in het organiseren van zorg rond hulpvragers die ze samen delen. Door de trainingen interprofessioneel aan te bieden, willen we met dit project ook actief inzetten op het versterken van de eerste lijn.

Auteurs en contactgegevens
Pauline Boeckxstaens, pauline.boeckxstaens@ugent.be
Reini Haverals, reini.haverals@ugent.be

[ABSTRACT]

Doelgerichte zorg, zelfmanagement en interdisciplinaire samenwerking in de eerstelijnscontext in opleidingsprogramma's en opleidingsonderdelen in het Vlaamse hoger onderwijs

Inleiding

Doelgerichte zorg, zelfmanagement en interdisciplinaire samenwerking in de eerstelijnscontext in opleidingsprogramma's en opleidingsonderdelen in het Vlaamse hoger onderwijs.

Methode

Kwantitatieve data werden verzameld door middel van een online vragenlijst. De doelgroep van de vragenlijst bestond uit alle opleidingsprogramma's in het hoger onderwijs in Vlaanderen die professionals opleiden die een rol (kunnen) spelen in de eerste lijn. De vragenlijst werd in de eerste helft van 2020 uiteindelijk ingevuld door 95 opleidingsprogramma's. De data werden geanalyseerd met behulp van Excel.

Resultaten

De resultaten tonen dat 11% van de opleidingsprogramma's geen aandacht besteedt aan doelgerichte zorg, zelfmanagement of interdisciplinaire samenwerking in de eerste lijn. Verdere analyse maakt duidelijk dat doelgerichte zorg in 58% van de opleidingsprogramma's voorkomt, zelfmanagement in 73% en interdisciplinaire samenwerking in 80%.

Bovendien worden voorgaande onderwerpen slechts beperkt expliciet vermeld in vakbeschrijvingen. Doelgerichte zorg staat vermeld in 21% van de vakken die het behandelen, zelfmanagement in 30%, interdisciplinaire samenwerking in 48%. Tot slot is het niveau van de vakken 'inleidend' voor het merendeel van de vakken: 51% voor doelgerichte zorg en interdisciplinaire samenwerking, 63% voor zelfmanagement.

Discussie

Deze studie toont dat doelgerichte zorg, zelfmanagement en interdisciplinaire samenwerking in de context van de eerste lijn nog niet veralgemeend zijn doorgedrongen in de geregistreerde hogeronderwijsprogramma's en opleidingsonderdelen. De mate van aandacht voor de onderwerpen verschilt sterk, de onderwerpen staan vaak niet expliciet in vakbeschrijvingen, en ze worden merendeels behandeld op 'inleidend' niveau.

Conclusie

Doelgerichte zorg, zelfmanagement en interdisciplinaire samenwerking vragen in de context van de eerste lijn om meer bewuste integratie in de hogeronderwijscurricula in Vlaanderen.

Trefwoorden

Eerste lijn – Hoger onderwijs – Survey

Auteurs en contactgegevens
Sam Pless, sam.pless@ucll.be
Dominique Van de Velde, dominique.vandevelde@ugent.be
Sandra Martin, sandra.martin@ucll.be
Emily Verté, emily.verte@vub.be
Roy Remmen, roy.remmen@uantwerpen.be
Patricia De Vriendt, patricia.devriendt@arteveldehs.be

HET THEMA UITGELICHT

Doelgerichte zorg, zelfmanagement en interdisciplinaire samenwerking in de eerstelijnscontext in opleidingsprogramma's en opleidingsonderdelen in het Vlaamse hoger onderwijs

Het hoger onderwijs bereidt studenten voor op de arbeidsmarkt. Het moet daarbij vooruitkijken: welke kennis en vaardigheden heeft het werkveld in de toekomst nodig? Dat is ook zo in de gezondheidszorg en de welzijnswereld. De huisartsen, thuisverpleegkundigen, apothekers, kinesitherapeuten, maatschappelijk werkers... van morgen worden vandaag opgeleid.

Daarom moeten de zorg- en welzijnsopleidingen in het hoger onderwijs bijzondere aandacht geven aan drie onderwerpen, omdat die belangrijk zijn in de toekomst van de eerste lijn:

- **doelgerichte zorg**: de doelen van de patiënt staan centraal;
- **zelfmanagement**: de patiënt leert meer voor zichzelf zorgen;
- **interdisciplinaire samenwerking**: professionals van verschillende opleidingsachtergronden (arts, verpleegkundige, maatschappelijk werker...) werken met elkaar samen.

In dit onderzoek van de Academie Voor De Eerste Lijn stellen we de vraag hoe deze onderwerpen vandaag in het hoger onderwijs behandeld worden. Komen deze onderwerpen aan bod in graduaatsopleidingen verbonden aan het secundair onderwijs, HBO5-graduaatsopleidingen, hogeschoolopleidingen en universitaire opleidingen? En hoe?

Wat stellen we vast? Sommige opleidingen besteden geen aandacht aan doelgerichte zorg, zelfmanagement en interprofessionele samenwerking. Dat is het geval in 11% van de 95 opleidingen die de vragen-

lijst invulden. Er is dus zeker nog ruimte tot verbetering en het maakt ook duidelijk dat bepaalde navormingen nodig zijn om de kennis en vaardigheden van al afgestudeerde zorg- en welzijnsprofessionals bij te spijkeren!

De tweede vaststelling is dat niet elk onderwerp evenveel aandacht krijgt. Interprofessionele samenwerking komt aan bod in 80% van de 132 vakken die geregistreerd werden in de vragenlijst, doelgerichte zorg komt aan bod in 73% van de vakken en zelfmanagement komt als hekkensluiter maar aan bod in 58% van de vakken. Het onderwerp zelfmanagement wordt dus minder vaak belicht dan doelgerichte zorg en interprofessionele samenwerking. De vraag is dan ook of zelfmanagement niet meer aandacht dient te krijgen in het hoger onderwijs. In onderzoek en beleidsteksten is het immers een hot topic tegenwoordig.

De derde vaststelling is dat de onderwerpen vaak niet expliciet benoemd worden in officiële beschrijvingen van vakken. Interprofessionele samenwerking wordt in 48% van de beschrijvingen expliciet benoemd, zelfmanagement in 30% en doelgerichte zorg wordt maar expliciet benoemd in 21% van de beschrijvingen. In het algemeen liggen de percentages dus erg laag. Voor doelgerichte zorg en zelfmanagement ligt het percentage bovendien nog lager dan voor interprofessionele samenwerking. Komen de onderwerpen dan wel voldoende expliciet aan bod in de vakken, als ze zo weinig expliciet benoemd worden in de beschrijvingen?

De vierde vaststelling is dat de onderwerpen voornamelijk enkel op inleidend niveau aangeboden worden. Zelfmanagement wordt inleidend aangeboden in 63% van de vakken, de beide andere onderwerpen elk in 51% ervan. Voor elk van de onderwerpen is minder dan de helft van de vakken verdiepend of specialiserend. Is er dan wel voldoende ruimte voor verdieping en specialisatie? Of is dat niet nodig?

De conclusie is dat deze drie belangrijke topics, die de basis vormen van een sterke eerste lijn, nog onvoldoende aan bod komen in het hoger onderwijs. Er is meer onderzoek nodig om met zekerheid te kunnen besluiten of er meer aandacht nodig is voor de drie onderwerpen in het hoger onderwijs, en hoe dat dan moet gebeuren.

Auteurs en contactgegevens
Sam Pless, sam.pless@ucll.be
Dominique Van de Velde, dominique.vandevelde@ugent.be
Sandra Martin, sandra.martin@ucll.be
Emily Verté, emily.verte@vub.be
Roy Remmen, roy.remmen@uantwerpen.be
Patricia De Vriendt, patricia.devriendt@arteveldehs.be

THEMA

Theorie in de praktijk brengen (implementatie en evaluatie)

[ABSTRACT]

Implementatiewetenschap: het gebruik van modellen en kaders

Inleiding

In de implementatiewetenschap bestaan er verscheidene kaders en modellen om onderzoeksresultaten en evidence-based praktijken te vertalen naar een dagelijkse setting. Vaak zijn deze kaders en modellen echter moeilijk toepasbaar of onvoldoende afgestemd op een specifieke context. We beogen dergelijke implementatiekaders en -modellen in kaart te brengen, met als doel de voornaamste constructen aan te duiden die de basis vormen voor een implementatiemodel dat we verder willen ontwikkelen.

Methode

We voerden een *narrative review* uit. De voornaamste fasen, componenten en andere elementen van ieder kader of model werden geïdentificeerd en opgesomd. We analyseerden de gelijkenissen en verschillen tussen deze kaders en modellen en duidden de voornaamste bouwstenen aan.

Resultaten

In totaal werden 28 implementatiekaders en -modellen opgenomen in onze analyse. Drie kernfasen en drie kerncomponenten werden geïdentificeerd: een ontwikkelingsfase, een implementatiefase en een verankeringsfase, en de beoogde verandering, de context en de implementatiestrategieën.

Discussie

De kernfasen en -componenten die geïdentificeerd werden vormen de basis voor verder onderzoek dat als doel heeft een nieuw model te ontwikkelen dat ondersteuning biedt om complexe interventies binnen de eerste lijn te ontwikkelen en implementeren. Dat zal bijdragen om kennis te vergaren over hoe verandering in specifieke eerstelijnssettings het best geïntroduceerd kan worden. We moedigen het publiek aan om mee te reflecteren over hoe de kerncomponenten van ons kader met elkaar interageren en implementatie-uitkomsten beïnvloeden. Met gebruik van concrete voorbeelden en het polsen naar eigen ervaringen vragen we om intuïtief enkele contextvariabelen en implementatiestrategieën aan te duiden die volgens hun eigen ervaringen prioritair zijn. Dat zal ons helpen het model verder te ontwikkelen.

Trefwoorden

Implementatiekaders – Implementatiemodellen – Eerstelijnsinterventies

Auteurs en contactgegevens
Ine Huybrechts, ine.huybrechts@uantwerpen.be
Anja Declercq, anja.declercq@kuleuven.be
Emily Verté, emily.verte@vub.be
Peter Raeymaeckers, peter.raeymaeckers@uantwerpen.be
Sibyl Anthierens, sibyl.anthierens@uantwerpen.be

HET THEMA UITGELICHT

Implementatie en kwaliteit binnen de eerstelijnszorg in België

In de eerstelijnszorg is het vaak een uitdaging om wetenschappelijke kennis om te zetten naar de praktijk. We stellen vast dat er een kloof is tussen 'wetenschappelijke evidentie' en de 'echte praktijkwereld'. Wanneer interventies hun effect bewezen hebben in onderzoek, kan het zijn dat het er in de praktijk of in het werkveld net iets anders of complexer aan toegaat dan in de meer gecontroleerde context waarin het onderzoek plaatsvond. Het gevaar is dat wetenschappelijke kennis uiteindelijk onvoldoende zijn nut kan bewijzen in de praktijk.

Hoe maken we de vertaalslag van wetenschappelijke bevindingen naar bruikbare, concrete acties binnen de eerstelijnszorg? Dat gaat over de implementatie: de invoering van een vernieuwing of verandering in de praktijk. De implementatiewetenschap is een wetenschappelijke tak die deze vraagstukken centraal stelt en de methoden onderzoekt waarop onderzoeksbevindingen omgezet kunnen worden in duurzame dagelijkse praktijken. We bekijken hoe we interventies in de eerste lijn een zo groot mogelijke slaagkans kunnen geven. Er bestaat een brede waaier aan kaders, modellen en theorieën binnen de implementatiewetenschap, die vaak ook vanuit verschillende disciplines voortkomen. Wat kunnen we eruit leren? Hoe kunnen ze ons helpen om veranderingen binnen de zorg stapsgewijs succesvol te implementeren?

Implementatiekaders en -modellen reiken een structuur aan om na te denken over het in de praktijk brengen van veranderingen. Ze brengen verschillende fasen en componenten naar voren, die ons denken in een bepaalde richting sturen. Het gebruik van een kader of model kan ons dus helpen om inzicht te krijgen in de stappen die we moeten zetten en de zaken waaraan we aandacht moeten schenken om een verandering succesvol te implementeren. Maar wat is precies het verschil tussen kaders, modellen en theorieën?

Een *implementatiekader* biedt een raamwerk van hoe die implementatie in elkaar zit: welke elementen spelen een rol en hoe interageren die eventueel met elkaar? Op die manier zal een kader onze manier van kijken *richting geven* en die factoren aanwijzen die verondersteld worden invloed uit te oefenen op het succes van een implementatievraagstuk. Afhankelijk van het kader waaruit of de bril waarmee je naar een implementatievraagstuk kijkt, zullen andere elementen op de voorgrond staan en zullen we bijgevolg op een andere manier over een dergelijk vraagstuk nadenken. Een *implementatiemodel* zal doorgaans het proces van die vertaalslag van onderzoek naar praktijk omschrijven en/of handvatten aanreiken om dat proces in goede banen te leiden. Een dergelijk model *modelleert* het implementatietraject en splitst dit proces doorgaans op in verschillende fasen die doorlopen moeten worden. Een *implementatietheorie* kan dan weer inzicht verschaffen in hoe het implementatieproces of aspecten van implementatie verklaard kunnen worden of hoe we dit proces kunnen begrijpen. Kortom: hoe zit het zogenaamde mechanisme van verandering in elkaar? Wanneer we kennis naar de praktijk willen omzetten, kunnen dergelijke kaders, modellen of theorieën ons helpen om ons denken te sturen en componenten, fasen of mechanismen naar voren schuiven die kunnen helpen om de implementatie van een verandering in goede banen te leiden.

Wat hebben deze kaders en modellen met elkaar gemeen? Aan de hand van literatuuronderzoek hebben we getracht de rode draad te zoeken in implementatiekaders en -modellen om zo de bouwstenen te achterhalen van een implementatieproces in de eerste lijn. Wat betreft het proces dat achter het implementeren van een verandering schuilgaat, zijn er drie fasen die in de meeste modellen terugkomen: (1) een ontwikkelingsfase, (2) een implementatiefase en (3) een verankeringsfase. In de *ontwikkelingsfase* gebeurt al het voorbereidende werk voor het definiëren en bepalen van welke verandering we exact willen implementeren in de praktijk. Hoe bereiden we dat voor? Welke verandering zal tot welk doel leiden? Waarmee moeten we rekening houden? In de *implementatiefase* gebeurt het eigenlijke werk om de verandering te introduceren en over te brengen naar de praktijk. Hoe verloopt dit proces? Welke strategieën moeten we aanwenden? Welke zaken zijn ondersteunend en welke zaken zijn belemmerend om de verandering in de praktijk te brengen? Tot slot is er de *verankeringsfase,* waarin het erop aankomt om de verandering in te bedden in de dagelijkse routine zodat die deel wordt van de routine.

In deze fase is het belangrijk om te reflecteren op het proces en bij te schaven waar nodig.

Naast de drie fasen zijn er ook drie componenten die we terugvinden in het gros van de implementatiekaders en -modellen: (1) de beoogde verandering, (2) de context en (3) de implementatiestrategieën. De *beoogde verandering* is datgene wat we willen introduceren en overbrengen naar de praktijk. Het kan gaan om een bepaalde gedragsverandering, het kan ook een tool zijn waarmee zorgverleners kunnen werken of het kan gaan om een attitudeshift, waarbij we bijvoorbeeld een andere benadering ten opzichte van een persoon met een zorg- of ondersteuningsvraag nastreven. De *context* verwijst naar de setting waarin we een verandering willen introduceren: welke elementen oefenen invloed uit op het implementeren van een verandering? Zaken uit de omgeving kunnen een barrière vormen, wanneer bepaalde factoren de verandering in de weg staan. Aan de andere kant kunnen er ook facilitatoren zijn, zaken die juist ondersteunend zijn of het implementeren van een verandering vooruithelpen. Het kan gaan om zaken op individueel niveau, bijvoorbeeld attitudes, kennis of vaardigheden. Het kan ook gaan om zaken op het niveau van de organisatie, bijvoorbeeld een algemene openheid tot veranderingen binnen een organisatie, communicatiestructuren of beschikbare middelen. Daarnaast kunnen zaken eveneens op sociaalmaatschappelijk niveau invloed uitoefenen, zoals prioriteiten binnen het beleid, financiele structuren of demografische kenmerken. De *implementatiestrategieën*, de laatste component, zijn de handelingen of maatregelen die ervoor moeten zorgen dat de beoogde verandering ook echt in de praktijk wordt toegepast. Denk bijvoorbeeld aan trainingen, hulpmiddelen of tools die nodig zijn om de verandering teweeg te brengen. Idealiter zijn die aangepast aan de context en kunnen we op de barrières en facilitatoren inspelen om de implementatie de grootste kans op slagen te geven.

Als we deze drie fasen en drie componenten samenbrengen, komen we tot een overkoepelende structuur waarin we stellen dat we binnen elke fase aandacht moeten hebben voor elk component. Wanneer we vervolgens een verandering willen introduceren, bijvoorbeeld het introduceren van een tool voor zorgverleners ter ondersteuning van zelfmanagement bij patiënten, kunnen deze fasen en componenten het uitdenken en in de praktijk brengen van deze verandering ondersteunen.

In de *ontwikkelingsfase* wordt het belangrijk om alles goed te definiëren: op welke manier moeten zorgverleners deze tool gebruiken? Op welke momenten en bij welk type patiënten? Op welke manier zal deze tool zelfmanagement ondersteunen? Wat is daar nog meer voor nodig? Wat zijn mogelijke barrières voor het gebruik van deze tool? Wat is er aanwezig in de praktijk van de zorgverlener die het gebruik van deze tool kan faciliteren? Welke strategieën zijn nodig die ertoe leiden dat zorgverleners de tool daadwerkelijk zullen gebruiken? In de *implementatiefase* moeten we dat actief toepassen: het introduceren van de tool, rekening houdend met de context en het toepassen van gerichte strategieën om het gebruik van de tool te faciliteren. Zo kan er bijvoorbeeld besloten zijn om de tool te laten voorstellen door de bedenker ervan (strategie) tijdens een vaste vergadering in de praktijk van de zorgverleners (context), om zo het gebruik van de tool zeer tastbaar voor te stellen (beoogde verandering). In de *verankeringsfase* moeten we verder reflecteren op deze zaken om de verandering blijvend te maken: wanneer wordt de tool al toegepast? Zijn er momenten waarop het aangewezen is de tool te gebruiken, maar waarop het nog niet gebeurt? Wat is de reden dat de tool op deze momenten wel/niet wordt toegepast? Blijken de eerder vastgestelde barrières en facilitatoren inderdaad het meest doorslaggevend te zijn? Zijn er bijkomende zaken die het al dan niet gebruiken van de tool beïnvloeden? Waren de strategieën toereikend of is hier nog enige aanpassing vereist?

We geven tevens mee dat deze drie componenten met elkaar in interactie staan. Dat wil zeggen dat ze invloed op elkaar uitoefenen: de beoogde verandering kan de context of setting verder vormgeven en dus veranderen; zo kan het gebruik van een tool ertoe leiden dat bepaalde communicatiestructuren in een praktijk op een andere manier vorm krijgen. De context is bepalend voor wat voor type verandering mogelijk is; zo is er een algemene openheid voor verandering binnen een praktijk nodig opdat de tool goed onthaald kan worden. De aangewende strategieën zijn dan weer bepalend voor hoe de beoogde verandering geïnterpreteerd wordt: naargelang de manier waarop de tool voorgesteld wordt, zullen zorgverleners die op een bepaalde manier hanteren, enzovoort.

Aan de hand van deze fasen en componenten *kaderen* we dus ons denken over de implementatie van een verandering. Dat creëert een betekenis-

volle structuur en houvast van waaruit we kunnen vertrekken wanneer we een verandering willen introduceren in de praktijk. Vanuit deze structuur zullen we binnen ons onderzoek verder bekijken hoe we deze context – die heel belangrijk is om in rekening te brengen wanneer we een verandering willen introduceren – in kaart kunnen brengen en hoe we barrières en facilitatoren kunnen identificeren en daarin prioriteiten bepalen.

Auteurs en contactgegevens
Ine Huybrechts, ine.huybrechts@uantwerpen.be
Anja Declercq, anja.declercq@kuleuven.be
Emily Verté, emily.verte@vub.be
Peter Raeymaeckers, peter.raeymaeckers@uantwerpen.be
Sibyl Anthierens, sibyl.anthierens@uantwerpen.be

DEEL 3

Abstracts Be.Hive

[ENG]

THEMA

Interprofessionele Samenwerking

[ABSTRACT]

Conducting research on interprofessional practices in primary care during a health crisis: methodological issues of a collective interdisciplinary survey

Introduction

This paper presents the methodological challenges encountered by a BeHive research team and a critical perspective on the responses implemented, to analyse interprofessional practices in primary care during crisis situations.

Method

At the various stages of the survey, we kept track of its research process and developed a collective and individual reflexivity approach to our methodological choices, while following the principles of Grounded Theory.

Results

The methodology was designed to address the following issues:

- understanding the experience of professionals beyond formal collaborative processes;
- limiting interference with care missions;
- understanding inter-professional and inter-organisational collaboration within the territorial dynamics in which it is grounded;
- meeting the diversity in primary care and developing systematic comparison;
- analysing the constantly evolving health crisis;
- produce a collective interdisciplinary analysis.

We will elaborate on the methodological choices implemented to meet these challenges and their limits at the different stages: qualitative methods; triangulation of data sources; common interview guide; ethical framing; Grounded Theory analysis; comparisons between eight professions, between different contexts of professional practice (liberal and institutional) and between territories (Brussels and Hainaut); identification of each researcher's themes and corresponding publication plan; common grammar of evolving codes on Atlas.ti; double coding of each material and weekly meetings favouring interdisciplinary and inter-thematic views on codes and memos.

Discussion

Collective and individual reflexivity is one of the essential conditions for the scientificity of qualitative methods. This communication proposes to evaluate the adaptations made at the different stages of the survey as well as their relevance.

authors
Céline Mahieu
Léa Di Biagi
Fabian Defraine
Jessica Mellier
Ana Bengoetxea
Pierre D'ans
Quentin Vanderhofstad
Marco Schetgen
Jennifer Foucart

Affiliation
ULB

Corresponding author
Céline Mahieu (celine.j.mahieu@ulb.be)

[ABSTRACT]

Primary care institutions in the covid period: the case of nursing homes

Introduction

The major transformations affecting the healthcare sector are fundamentally shifting part of the hospital activity to the frontline and the patient's home. These evolutions acutely raise the question of maintaining care continuity, but also of evolving professional skills and institutions to these new realities. In this respect, the current health crisis reveals the difficulties in maintaining the links between hospital and first line care. It is also speeding up the debate regarding the transfer of skills between professions. From an institutional point of view, is there a displacement of the negotiated order from the hospital to primary care? How might this impact formal and informal hierarchies between care professions? How will it impact the professional skills?

Method

To answer these questions, a qualitative survey within nursing homes was conducted during the Covid-19 crisis. Interviews were carried out with care professionals working in these facilities, with a focus on the reallocation of tasks between professions during this period.

Results

In certain respects and locally, the results highlight the rupture of links between the primary (general practitioners) and secondary (hospitals) care, with subsequent isolation of nursing homes at the heart of the crisis. We therefore propose to further analyse the way in which tasks

were distributed among professionals during the first Covid-19 wave. From an institutional point of view, the sociological concept of total institution is promising, in order to pursue the analysis of this particular sector during the crisis.

Key words

Nursing homes – Total institution – Professional skills

Author
Fabian Defraine

Affiliation
ULB

Corresponding author
Fabian Defraine (fabian.defraine@ulb.be)

[ABSTRACT]

Use of interprofessional collaboration tools by primary care workers during the covid-19 pandemic

Introduction

The covid-19 pandemic has profoundly impacted all healthcare professionals. We sought to understand how it influenced the modalities and use of interprofessional collaboration tools within the first line of care in French-speaking Belgium.

Method

This research is based on a qualitative method data collection according to Grounded Theory. It was conducted amongst primary care professionals in Brussels and Hainaut.

Our data sources are:
- Detailed analysis of textual sources: Media, Facebook pages, professionals' forums, administrative documents, documentary sources from stakeholders and representatives of professionals.
- 80 interviews from 1st line professionals (private and public, alone or within organizations).
- Field observations within 4 structures.

Results

The crisis has led to a major change in collaboration tools. We have observed a trend towards replacing non-digital tools (face-to-face multidisciplinary meetings, informal discussions, transmission notebooks,

etc.) with digital tools (videoconferencing, instant messaging groups, electronic patient records, etc.). We observe that this is accompanied by significant effects: reduction of geographical constraints, wider and faster access to information, invasion of privacy, transmission to more participants resulting in less confidentiality, modification of the structuring of information, less security of information exchanges. The use of these tools is concomitant with a sharp reduction in informal exchanges between professionals.

Discussion

It would be necessary to study the impacts of the observed changes on the quality of interprofessional collaboration within and between organizations, on relationships between professions, and on the satisfaction and quality of life of professionals.

Key words

Methods of cooperation – Digital communication – Primary care

Authors
Quentin Vanderhofstadt
Fabian Defraine
Léa Di Biagi,
Marco Schetgen
Céline Mahieu

Affiliation
ULB

Corresponding author
Quentin Vanderhofstadt (quentin.vanderhofstadt@ulb.be)

[ABSTRACT]

"And if you try, professional and vulnerable group link's during the Covid-19 1st wave"

Introduction

In March 2020, due to the Covid-19 pandemic, primary healthcare professionals had to change their routines and reorganize their work and organization. Of particular interest is how the first Covid-19 wave impacted the social and health professionals' practices in their support for vulnerable groups (addiction, older people in nursing homes, women in vulnerable situations, refugees). How did the professionals adapt to maintain the link with their audiences?

Method

This research is based on a qualitative method data collection according to Grounded Theory. It was conducted amongst primary care professionals in Brussels and Hainaut.

The data sources were:

- Detailed analysis of textual sources: Media, Facebook pages, professionals' forums, administrative documents, documentary sources from stakeholders and representatives of professionals.
- 80 interviews conducted with 1st line professionals (private and public, alone or within organizations).
- Field observations within 4 Primary care structures.

Results

Health services and practitioners have mobilized to meet the challenges as well as maintain the social connections with the patients by:

- Relocating services in areas' where vulnerable group are prominent,
- Interdisciplinary collaborating between health and addiction support professionals and organizations for the homeless,
- Mobilising appropriate and easy to understand communication tools (text messages, phone calls),
- Modifying their professional identities across health and social skills.

Discussion

Structures in touch with vulnerable groups anticipated the legal measures imposed (lockdown, social distancing, resettlement of homeless people in hotels, correct protective equipment) and adapted to the specific vulnerabilities of their users. These variations have led to uneven effects on the therapeutic relationship between professionals and users. It would be interesting to find out how stakeholders have been mobilising during the 2nd wave.

Key words

Interprofessional collaboration – Vulnerable groups – Primary care – Covid-19

Authors
Léa Di Biagi
Quentin Vanderhofstadt
Fabian Defraine
Céline Mahieu

Affiliation
ULB

Corresponding author
Léa Di Biagi (lea.di.biagi@ulb.be)

[ABSTRACT]

The complexities of chronic pain: a patient's perspective

Introduction

The Behive questionnaire survey conducted in 2019 showed that complexity is perceived differently by clinical caregivers and patients. The chronic pain is the most frequent factor mentioned by the latter. This study aims to identify factors that make the situation of patients with chronic pain complex, as well as the needs and demands issued from them.

Method

Fourteen semi-directive individual qualitative interviews were conducted with patients living with chronic pain, using a maintenance grid. Recruitment was via general practitioners, physiotherapists, osteopaths and neurosurgeon. The ATLAS software has been mobilised to qualitatively analyse the data. The analysis was made with Grounded Theory.

Results

Our results show that the complexity of the situations experienced were mainly due to (i) the pain itself as well as (ii) the long and winding journey within the health system. Indeed, the lack of structure to this pathway ("Consult 50 doctors or exams") generates incomprehension and even anger in patients. Diagnostic and therapeutic approaches mainly offered are often perceived as insufficient, unsuitable or poorly coordinated. Patients expect therapists to fully consider their pain and to stop thinking that it is only in their head. This finding supports the first observations made during the Behive investigation.

Conclusion

This study highlights the difficulties of pain management and the lack of structure to care pathways in this regard. This encouraged us to deepen our knowledge by focusing on a greater diversity of patients as well as considering the point of view of professionals.

Authors
Jessica Mellier
Ana Bengoetxea
Céline Mahieu

Affiliation
ULB

Corresponding author
Jessica Mellier (jessica.mellier@ulb.be)

[ABSTRACT]

Access to primary care for vulnerable people

Introduction

Belgium has a high-quality health and social protection system. Nonetheless, rejection and difficulties to access health care are common for vulnerable populations.

Method

The research presented here explores the barriers of access and use of first line health care through a qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with 25 patients and 80 healthcare professionals from a wide variety of sectors. The interviews were analysed through a thematic content analysis. The focus is on vulnerable populations in Cureghem (Brussels) with multiple social issues.

Results

This research identifies several issues that affect access to health care: inability to use any national language, poverty, multiculturality, bad living conditions, lack of health knowledge and skills. The relationship between patient and caregiver has a central role to play in overcoming the obstacles to access health care. Furthermore, patients regard the human element of the relationship as highly important, as they are a source of help and support, particularly considering mental health affecting their condition.

Discussion

This presentation will focus on the human element in health care. This aspect appears particularly important as it is often invisible in quantitative studies about health inequalities. This research also presents the specificity of being based on the patient's views and experiences before the professional ones.

Conclusion

The human relationship between the patient and the caregiver is essential in primary health care, particularly to overcome care access and to address the multiple aspects of vulnerability. But it is often missing in research about health inequalities.

Key words

Vulnerability – Health care relation – Patient experiences

Authors
Alexis Creten
Sophie Thunus

Affiliation
UCLouvain

Corresponding author
Alexis Créten (alexis.creten@uclouvain.be)

[ABSTRACT]

Three situations to appreciate practical ethics in care relationship and subsequent well-being of professionals in nursing homes during Covid- 19 crisis

Introduction

During the first wave of the crisis, the number of deaths exploded in Belgian nursing homes. Subsequently, social distancing rules and strict sanitary measures were imposed by the public authorities and implemented in the nursing homes within a context of lack of resources.

Method

This communication, based on 15 semi-directive individual interviews conducted between March and December 2020 with various professionals in nursing homes (nurses, nursing auxiliaries, doctors) aims to identify the ways in which the Covid-19 crisis has impacted care relationship and the subsequent well-being of professionals.

Results

The unprecedented nature of the conditions have forced professionals to negotiate and make new decisions that have impacted the way they build relationships with their patients and colleagues as well as their professional ethic in this regard. The care of the individual as they move closer to death, the division of labour between teams and the family visits, represent three critical situations that have challenged the relational work of the health providers. We will analyse how these three situations

are representative of a deep interrogation of professional identities in nursing homes and beyond.

Discussion

In most care professions, the relationship with the care seeker is both an object (relationship building is part of care) and a working tool (delivering care requires a good relationship with patients and colleagues) for professionals in nursing homes. A practical ethic is developed, whose principles are acquired through successive socialisations and experiences. The questions and renegotiations that took place during the crisis reveal profound professional identification interrogations which impact both the relationship with the health seeker and the occupational well-being of health providers.

Authors
Céline Mahieu
Léa Di Biagi
Fabian Defraine
Quentin Vanderhofstadt
Jennifer Foucart

Affiliation
ULB

Corresponding author
Céline Mahieu (celine.j.mahieu@ulb.be)

THEMA

Doelgerichte Zorg

[ABSTRACT]

The hospital-at-home programs: the perceptions of home and hospital caregivers

Introduction

In Belgium, there is a desire to increase alternatives to hospitalisation by transferring care from hospital to the patient's living environment, such as hospital-at-home. However, this is not yet defined in terms of organisation, funding, criteria for patient inclusion, responsibility, etc. Also, there is no consensus regarding the expected outcome.

The objective of this study is therefore to understand (and propose an explanation) who, in what context, why and how hospital-at-home works.

Method

Health professionals were selected to participate to the whole process of data collection. The main criteria of selection was their systemic vision and experience (either in the hospital-at-home or in subsidised projects coordination) or as a field professional (from hospital and from primary care).

Firstly, an online questionnaire was submitted to them to get their perception of the definition and characteristics of hospital-at-home.

Secondly, three brainstorming sessions were organized. The first one focused on the definition of expected hospital-at-home outcomes. The other explored the possible underlying mechanisms explaining these outcomes. In the last session, the most representative proposals were selected.

During the three sessions, the data collection was organized online using the Mural© tool: the caregivers completed virtual 'Post-its' in connection with the questions asked.

Results

The main results will be presented in the form of possible CMO (context-mechanisms-outcome).

Discussion

This work is the first phase of a larger project. The CMO coming as a result of the stakeholder's perception will be used as a starting point for future case studies.

Conclusion

Stakeholders give their definition and their perception of hospital-at-home.

Key words

Hospital-at-home – Stakeholders – Brainstorming

Authors
Kathy Delabye[1]
Jean Macq[2]

Affiliation
[1]HE Vinci
[2]UCLouvain

THEMA

Zelfmanagement

[ABSTRACT]

Care trajectories as a tool for exploring the coordination needs of people with chronic woundsand living in complex situations

Introduction

People with chronic wounds often have complex care needs requiring both generalist and specialised care. Coordination between care providers is thus recognised as a major challenge in improving continuity and people centred care for home dwelling people with chronic wounds. However, we lack a concrete view of the situations lived in by such a population. This study aims to explore with care providers these situations through a typology of the characteristics of care trajectories.

Method

A three-step approach was performed using mixed methods. Firstly, we built care trajectories for this population based on data of reimbursed care using a multinomial mixture model for a representative sample of the Belgian population. Additional healthcare use indicators were calculated for each trajectory. Secondly, we conducted semi-structured interviews (n=7) within a convenience sample, to explore the complexity of the situations and interpret the trajectories. Finally, 43 health care providers working in groups studied the coordination needs for this population in a workshop, based on previous results.

Results

We built twelve different types of care trajectories of which five trajectories presented a higher intensity of care, with a predominance of (home based) generalist care and transitions. Exploring these trajecto-

ries with healthcare providers suggests a high need for coordination for these patients, namely to address unmet needs. First results suggest that nurses could play a leading role in coordinating care for this population.

Discussion

Using chronic wound care as a case for supporting people living in complex situations enables us to show that long episodes of wound care can place nurses in a favourable position to act as a patient's reference person to ensure coordination between care providers that is well-adjusted to patients' perspective, especially when other providers are less involved. However, specific competences and conditions have to be fulfilled in order to assume this role.

Conclusion

Healthcare trajectories allowed us to explore the living situations and coordination needs of home dwelling people with chronic wounds.

Key words

Complex needs – Chronic wound – Coordination

Authors
Lucia Alvarez Irusta
Thérèse Van Durme
Jean Macq

Affiliation
IRSS UCLouvain/Be-Hive.be

Corresponding author
Lucia Alvarez Irusta (lucia.alvarez@uclouvain.be)

THEMA

Onderwijs

[ABSTRACT]

Teaching communication in health care with digital storytelling

Introduction

Many new developments in primary care are emerging within Belgium's health care system. Communication between patients and care providers is becoming of central importance in view of the new roles and functions fulfilled by primary care providers. Currently, communication skills are not always included in medical training. Because of large student groups, it is impossible to offer opportunities to benefit from practical training. To overcome these challenges, our project aims to enrich existing training practices by creating digital immersive learning tools based on "digital storytelling" to simulate patient-care provider interaction situations. Digital storytelling combines the art of telling stories with a mixture of digital media including texts, pictures, recorded audio narration, music fragments and videos.

Method

In order to create these educational tools, a committee was set up composed of experts and care providers from the "Pôle Santé-U.L.B." and of a patient-partner, students, and education specialists. The tools were developed using the Adobe Acrobat program, and real actors were used to make the videos.

Results

Five themes were discussed and 18 immersive learning-style exercises were developed:

- Motivational Interviewing
- Aggression Management
- Bad News communication
- End of Life support
- Interprofessional Collaboration

Discussion

This immersive learning tool helps implement theoretical communication skills but must be used with practical simulation exercises in which participants must generate their own response to real-life situations.

We also consider effectiveness assessment to be a research issue.

Conclusion

These immersive learning tools must be designed taking into account the educational itinerary of the students in order to integrate optimally. These various learning tools represent an educational innovation that will help us to meet the future challenges of caregiver training in terms of communication skills.

Key words

Innovative pedagogy - Communication - Healthcare

Authors
Jennifer Foucart
E. Tsolaki
Léa Di Biagi
Fabian Defraine

Quentin Vanderhofstadt
Jessica Mellier
Marco Schetgen
Pierre D'Ans
Ana Bengoetxea
Céline Mahieu

Affiliation
Faculté des Sciences de la Motricité, Université Libre de Bruxelles (U.L.B.)

Corresponding author
Prof. Jennifer Foucart (jennifer.foucart@ulb.be)

THEMA

Geografische structuur in de eerste lijn

[ABSTRACT]

From integrated care as a buzzword to improving primary care centred local system integration

Introduction

Integrated care has become a « buzzword » in Belgian healthcare policies. As a consequence, it is largely lacking in consistency. Furthermore, it may contribute to increased confusion rather than direction in future reforms, particularly in the Wallonia and Brussels regions.

At the same time, a growing amount of evidence is now available as a result of various healthcare pilot project "waves" i.e., "protocol3" projects for frail older people at home, "psy 107" networks for people with psychiatric diseases, "integrated care for better health" projects, etc.

To make the best use of the evidence and to clarify meanings and means to improve care integration, we decided in 2020, to develop a reflection at micro (individual) and meso (populational) level with a clear option to improving primary care centred local system integration.

The objective of this presentation is to explain our strategies with the aim of contributing to better healthcare integration.

Method

We first built a framework for micro and meso levels. This was inspired by HSO Canada norms, lessons learned from "integrated care for better health" projects evaluation and experience gained through organizing and teaching a course on health system and networks organization.

At macro level, we used this framework to foster a co-creation process of reflection.
At micro-level, we identified and classified the existing experience in Belgium and across French-speaking countries to create a curriculum for health professionals.

Results

A massive online open course (MOOC) will begin in October 2021. It uses individual clinical care process analysis (narrative) as an entry point. It is divided into 5 modules, starting from clarifying concepts, such as care integration, primary care and the local health system. It developed thereafter a systematic approach providing competencies to analyse a situation (at individual and population level) and identify relevant strategies.

At the same time, a policy dialogue using HSO health standards is also under process. It has been launched with stakeholders, representative of hospitals, primary care, mutuality organizations and professionals. It looks at care integration with a clear focus on a territorial approach.

Discussion

Improving care integration is a complex process that need intertwined strategies at the different levels of the French-speaking health sector. It is expected that the MOOC will contribute to improving care integration at the micro and meso-level, as well as improving the reflexion at the macro-level. This improvement will benefit the structuration of primary care in its territorial approach ("place-based organisation of care").

Key words

Integrating care – Primary care – Territorial approach – Training – Policy dialogue

Authors
Jean Macq
D. Herbaux
Thérèse Van Durm
Madeleine Capiau

Affiliation
UCLouvain/ IRSS

Corresponding author
jean.macq@uclouvain.be

[ABSTRACT]

A qualitative study investigating perceived strengths and weaknesses in the Walloon primary care during the Covid-19 pandemic

Introduction

A high-quality primary care is expected to be the cornerstone of a strong healthcare system and resilient in times of crises. In French-speaking Belgium, the absence of a commonly supported territorial structure of primary care is supposed to be one of the reasons why primary care is often regarded as weak. In the Walloon region, the Walloon Platform of Primary Care aims to foster interprofessional collaboration for better care, which we see as an opportunity to move towards a territorial structure. We conducted qualitative research during the first wave of the Covid-19 pandemic to determine how, why and for whom primary care in the Walloon region was strengthened or weakened.

Method

We used Bittons' schematic for high-quality primary care as an analytical framework to guide our research. Through weekly qualitative interviews during April – September 2020, we explored the critical events of the first wave of the Covid-19 crises with key stakeholders of ten different disciplines, in primary care and documentary analysis.

Results

In total we analysed 84 documents and 104 interviews. Findings showed many examples of good practices of proactive and flexible care. But we found also five domains where Walloon primary care should be rein-

forced: (a) a place-based governance of primary care allowing shared leadership and community involvement; (b) a data-driven approach for quality improvement and continuous learning; (c) tools & spaces for interdisciplinary sharing of information about patients and population, but also about best practices; (d) adaption of training to allow present and future primary care providers to raise to the challenge facing primary care and (e) adequate resources.

Discussion & conclusion

A crisis such as the pandemic can reveal and raise awareness about the current strengths and weaknesses of the system. Good practices of care should be acknowledged but critical events occurring during a crisis revealed the domains where primary care should be reinforced to support the existing good practices, allowing care integration across health system levels throughout the life trajectories of the people and the populations. A next, logical step, should be the definition of the territory, its vision and missions, considering the current strengths and weaknesses of Walloon primary care.

Key words

Primary care – Territorial structuration – Covid-19

Authors

Thérèse Van Durme[1,2]
Jean-Luc Belche[1,3]
Hubert Jamart[1,3]
Paul De Munck[1,4]
Jean Macq[1, 2]

Affiliation
[1]Be.Hive
[2]Institute of Health and Society, UCLouvain
[3]University Department of General Practice, ULiège
[4]Plateforme de la Première Ligne Wallonne

Corresponding author
Thérèse Van Durme

[ABSTRACT]

Community health principles in primary care centres: a status report of implementation

Introduction

Because of a lack of systemic support during recent years, community health in Belgium materialises in isolated initiatives rather than an integrated package within the health system. Politics and scientists have addressed the need to revive these practices. There is a need to understand how the principles of community health – as derived from other countries and the literature - may guide the work of primary care actors in the Walloon and Brussels regions.

Method

During Autumn 2020, all the primary care organizations were invited to take part in a quantitative, observational and cross-sectional survey by answering an online form. Based on a review of the literature, eight principles of community health practices were questioned.

Results

Out of the 1,801 organizations included in the study, 332 organizations answered the survey.

The results of the survey indicated the following characteristics: The practices are dominated by activities specific to prevention and promotion, are oriented towards individual behaviour with a lower attention to group activities, are initiated by a set of professionals, make little use

of public participation, and the collaborative practices are limited to the health and social fields.

The most important difficulty is the involvement of the citizens to activities, well before the lack of human and material resources.

Discussion

These results highlight that many principles of community health are not well adhered to. This study also indicates that the primary care professionals should be supported in order to absorb these principles and put them in context.

Key words

Community Health – French-speaking part of Belgium – Quantitative

Authors
Delphine Kirkove
Bernard Voz
Benoit Pétré

Affiliation
Département des Sciences de la Santé Publique, Université de Liège

Corresponding author
Delphine Kirkove (delphine.kirkove@uliege.be)

[ABSTRACT]

Configuration of primary care practices

Introduction

Primary care practices are growing in various contexts within Europe in general and in Belgium particularly. Even though solo practices still exist and are even the main type of practices in some contexts, the future of primary care is definitely aiming towards multidisciplinary group practices. General practitioners are the cornerstone of these practices, but it is not quite sure what the range of other associated professionals should be, nor the population that this team should be responsible for.

Method

We conducted narrative research with some methodology reported, and considered outcomes in the literature related to practice list size. We then constructed an evidence table to sort the ideas and finally wrote a problematisation note exploring the different concepts. We used the European Expert Panel primary care dimensions in order to characterise what the outcomes were related to in this framework.

Results

Practice lists are defined differently in various contexts. Depending on the organization of the health system, either citizens are automatically linked to a general practitioner (United-Kingdom), or there is a freedom of choice (Belgium). The denominator is therefore quite difficult to determine in order to compare practices and their populations of responsibility. The next aspect that was problematic is the services that are delivered by the practices. Indeed, we want to compare practices with a generalist approach; but also, with an integrated way of working, particularly with

health promotion and preventive care. Finally, the morbidity linked to the patients obviously has an influence on the workload and the number of patient's one general practitioner can take responsibility for.

Discussion & conclusion

It is not quite clear through the literature what recommendations could be made in order to match a certain number of patients to a practice. Nor how a practice is organized: patient lists are usually studied when they are linked to a general practitioner rather than a multidisciplinary practice. The three major elements that appear to be intimately linked to pursue our study are: practice organization, patients morbidity and bundle of services.

Key words

Practice list size – Multidisciplinary team work – Population of responsibility

Authors
Hubert Jamart[1,2]
Thérèse Van Durme [1,3]
Jean Macq [1,3]
Béatrice Scholtes[1,2]
Jean-Luc Belche[1,2]

Affiliation
[1]Be.Hive,
[2]University Department of General Practice, ULiège,
[3]Institute of Health and Society, UCLouvain

Corresponding author
Hubert Jamart (hjamart@uliege.be)

THEMA

Theorie in de praktijk brengen (implementatie en evaluatie)

[ABSTRACT]

Quality improvement programmes in primary healthcare centres

Introduction

Literature has highlighted the impact of context on quality improvement interventions implementation. However, contextual influences are not always fully anticipated or understood at the outset of these interventions. This study aims to analyse the development phase of a quality improvement programme in Belgian community health centres, DEQuaP "Let's develop together the quality of our practices". Specifically, the purpose is to identify which contextual factors impact the DEQuaP development and understand how and why these contextual factors influence its development phase.

Method

We conducted a qualitative study consisting of: 1) 10 in-depth interviews with purposively selected key informants – persons who were involved in designing the DEQuaP program – 2) reviewing the DEQuaP programme development process documents.

Results

We described the evolutions of the programme during its development phase. We identified the explanations for these evolutions.

Discussion

The diversity of organizational cultures within community health centres appears to be an essential contextual factor in understanding the key phases of the DEQuaP programme's development process. Considering that development and implementation phases are linked, these organizational cultures should help us to better understand how and why quality improvement interventions work in interdisciplinarity care teams, such as community health centres.

Conclusion

The exploration of how and why organizational culture influences quality improvement interventions is probably a key factor in really strengthening the quality in primary care.

Key words

Community health centres – Quality improvement intervention development's phase – Organizational culture

Author
Madeleine Capiau

Affiliation
UCLouvain/ IRSS

Corresponding author
Madeleine Capiau (madeleine.capiau@uclouvain.be)

DEEL 4

Slotwoord

SLOTWOORD

In dit boekje leest u over de eerste resultaten van onze Academie Voor De Eerste Lijn en van onze Franstalige partner Be.Hive. Het is een mooi boeket van bijdragen waarin het omvangrijke werk uit de voorbije twee jaar wordt belicht en waarbij de teksten uit de beide landsdelen hun eigen focus leggen. We zijn trots op het werk dat gerealiseerd werd – ondanks de COVID-19-periode – en zijn ervan overtuigd dat alle bijdragen relevant en toepasbaar zijn in de sector.

De bijdragen in dit boek illustreren mooi dat het Belgische gezondheidssysteem, en in het bijzonder de eerste lijn, transversaal doorweven is met een reeks sleutelconcepten die de praktijk, het beleid en het onderzoek sturen: regionalisering van de gezondheids- en welzijnszorg, interprofessionele samenwerking, langdurige en chronische zorg en het aspect doelgerichte zorg daarin, en het bestrijden van sociale ongelijkheden in gezondheid. De uitwerking van elk van deze concepten in de praktijk gaat echter gepaard met uitdagingen. Om deze uitdagingen aan te pakken, spelen zowel onderzoek als onderwijs en opleiding een belangrijke rol.

Gezondheidsregio`s en gezondheid

Het begrip ‘zones des soins’ komt, zoals ‘eerstelijnszones’, steeds vaker naar voren in het debat en vooral in het kader van beleidsprojecten. Door te vertrekken vanuit geografische gebieden kan men bouwen op de bestaande netwerken die actief zijn in dezelfde omgeving, en die vaak ook dezelfde sociale werkelijkheid delen. Elke zone (eerstelijnszones in Vlaanderen) heeft zijn bijzonderheden en is gebaat bij een specifieke aanpak afhankelijk van de levensomstandigheden en de (gezondheids-) problemen waarmee de plaatselijke bevolking te maken heeft. Door de samenwerking tussen de verschillende actoren binnen eenzelfde regionale zone te bevorderen, kunnen ook belangrijke stappen gezet

worden om de schotten tussen beroepen en structuren weg te werken. Dat stimuleert immers niet alleen de samenwerking tussen zorgstructuren, maar ook tussen de zorgsector en de welzijnssector. Het afbakenen van geografische zones kan dus een instrument zijn om transversaal en horizontaal samen te werken, en om bijvoorbeeld het werken in silo's per pathologie te overstijgen. Momenteel komen initiatieven om meer interprofessioneel samen te werken, bijvoorbeeld in het kader van geïntegreerde zorg, nog maar met mondjesmaat op gang. Het komt erop neer om de silowerking te overstijgen, maar ook om manieren te vinden om interprofessionele coördinatie te bewerkstelligen op het niveau van de individuele patiënt (zoals bij casemanagement), op mesoniveau (met de zorgpaden) en op macroniveau (zoals bij acties op gemeenschaps- of populatieniveau binnen een geografische zone). Zo'n territoriale benadering kan er dus ook toe bijdragen dat burgers en patiënten meer betrokken worden. Er zijn echter nog heel wat pistes die onderzocht moeten worden om deze netwerkvorming en samenwerking te versterken; zoals onderzoeken in welke gevallen de regio daadwerkelijk een relevante hefboom is, de juiste schaalgrootte bepalen, en nagaan hoe we van een 'ik-mentaliteit' naar een 'wij-benadering' kunnen gaan, zoals ook de respondenten uit het onderzoek van Delphine Kirkhove aangeven.

Sociale ongelijkheid in de gezondheid bestrijden

Een regionale aanpak biedt ook belangrijke kansen om te reflecteren over de strijd tegen sociale ongelijkheid, wat eveneens een belangrijk topic is voor de eerste lijn. De coronacrisis heeft de ondersteuning van kwetsbare groepen buiten de traditionele structuren van de eerstelijnszorg in de kijker gezet en ook versterkt. Zo toonde Léa Di Biagi hoe bepaalde groepen (daklozen, migranten, drugsverslaafden enz.) werden opgevangen door netwerken van actoren die zich specifiek richten tot deze doelgroepen. Een dergelijke aanpak laat toe om middelen doelgericht in te zetten (zoals tolken of culturele bemiddelaars uit de betrokken bevolkingsgroepen).

Interprofessionele samenwerking

Eén van de sleutelwoorden van dit congres is 'samenwerking'; samenwerking tussen professionals en structuren, alsook met de patiënt. Zo reflecteerde onder meer Dagje Boeykens over doelgerichte zorg, en hoe interprofessionele samenwerking nodig is om naar de doelen van patienten te werken.

In sommige gevallen heeft de crisis onze ogen geopend, soms heeft de crisis het proces naar meer interprofessionele samenwerking versneld, maar ze heeft soms ook de bestaande samenwerkingen bemoeilijkt. Verschillende bijdragen in dit boek, zoals die van Fabian Defraine over de werking van de rusthuizen, illustreren het gebrek aan continuiteit in de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn tijdens de COVID-19-pandemie.

Om de interprofessionele samenwerking te versterken, kunnen we vertrekken vanuit onze zorgregio's om tot zorgintegratie te komen. Daarnaast kunnen we ook instrumenten ontwikkelen die de samenwerking bevorderen. Dat wordt geïllustreerd in onder andere de bijdragen van Giannoula Tsakitzidis en Muhammed Sirimsi die een toolkit voorstelde om deze samenwerking te verbeteren. Quentin Vanderhofstadt toonde dan weer hoe digitalisering samenwerking tijdens een crisissituatie faciliteert. Er is bovendien een gunstig regelgevend en financieel kader nodig dat samenwerking faciliteert, en concurrentie tussen de zorgverleners vermijdt, zoals aangegeven wordt in de bijdrage van Hubert Jamart.

Langdurige/chronische zorg en zorg op maat

Verschillende bijdragen gingen dieper in op kwaliteitsvolle langdurige en chronische zorg. Dominique Van de Velde toonde dat de kwaliteit van de zorg voor onze chronische patiënten mee wordt bepaald door het behoud van hun autonomie, het behoud van activiteiten die voor hen zinvol zijn, alsook, een goede coördinatie tussen de professionals en hun betrokkenheid bij de besluitvorming. Ook Jessica Mellier benadrukte dat het erg belangrijk is om te luisteren naar chronische patiënten en om hen te betrekken bij de interprofessionele samenwerking.

Lucia Alvarez gaf aan dat gepersonaliseerde zorg en investeringen noodzakelijk zijn om tegemoet te komen aan de grote noden op het vlak van beleid van chronische wonden in de thuissituatie. Inzake gepersonaliseerde zorg wees Lotte Timmermans op het belang van zelfmanagement, een multidimensionale benadering (medisch, sociaal en emotioneel) waarbij zorgprofessionals de patiënt helpen om te gaan met de gevolgen van zijn of haar chronische ziekte. Dat gaat gepaard met een leerproces bij zowel patiënt/zorgbehoevende als bij de betrokken professionals, en zo'n leerproces vraagt tijd.

Vorming en onderwijs

Een aantal bijdragen onderlijnen het belang van onderwijs en opleiding van professionals voor de toekomst van de eerste lijn. De bijdragen van Jennifer Foucart, Reini Haverals en Sam Pless illustreren dat er op dit vlak belangrijke ontwikkelingen gaande zijn. Enerzijds wijzen zij op een belangrijke evolutie met het toenemende gebruik van digitale of hybride technologieën in deze softskillsopleidingen, met name via simulatieonderwijs. Deze evolutie wordt eveneens gekenmerkt door de ontwikkeling van actieve onderwijsmethoden. Anderzijds wijzen zij er echter op dat concepten als 'communicatie, samenwerking, patiëntgerichte aanpak' onvoldoende aan bod komen in de basisopleidingen van de eerstelijnszorg. Bovendien vragen doelgerichte zorg, interprofessioneel samenwerken en zelfmanagement niet alleen een professionele training, maar ook een 'attitude' die in het onderwijs nog onvoldoende is doorgedrongen.

De rol van onderzoek

Ten slotte is het belangrijk om na te denken over de rol van onderzoek in de ondersteuning van een versterkte eerste lijn. De bijdragen van Julie McInnes en Ine Huybrechts maakten duidelijk hoe dicht onderzoek ondertussen aansluiting heeft gevonden bij de praktijk. Het is zinvol en belangrijk om onderbouwde, collaboratieve methodologieën te implementeren, met betrokkenheid van professionals en patiënten. Bruggen slaan tussen onderzoek en praktijk, tussen de gezondheids- en

de welzijnssector, en tussen Vlaamse en Franstalige deskundigen: dat zijn de uitdagingen waarop dit boek een antwoord probeert te geven. We moeten er bovendien voor zorgen dat het onderzoek ook weerklank vindt bij de politiek in al haar geledingen.

De Academie in de komende jaren

Op het moment dat u dit leest staan we intussen alweer een heel stuk verder. De leden van onze Academie Voor De Eerste Lijn werken immers hard aan de volgende stappen in hun deelprojecten, waarbij gefocust wordt op doelgerichte zorg, zelfmanagement bij chronische aandoeningen, multidisciplinair samenwerken, buurtgerichte zorg en de vertaling van theorie naar succesvolle praktijkinterventies. In overleg met onze stuurgroep, onze internationale adviescommissie en de raad van bestuur van het Fonds Dr. Daniel De Coninck zullen we ons in de volgende fase nog sterker inzetten op een aantal grote lijnen.

Als multidisciplinair netwerk willen we een voorbeeldrol spelen en de meerwaarde van samenwerken over de grenzen van de disciplines en organisaties heen aantonen. De bijdragen in dit boek laten zien dat dit al aardig lukt. De eerste stappen in de ontwikkeling van gemeenschappelijke taal, visie en doelen werden al gezet, maar we moeten nog verder durven te gaan in het ontmantelen van de silo's waarin we allemaal zitten. Dat betekent soms ook dat we durven het eigen belang van afdelingen of groepen even opzij te zetten. Vlaanderen is zo groot als een postzegel, zeggen sommigen. Waarom zou dat niet lukken?

Met ons netwerk van meerdere disciplines in zes hogescholen, vier universiteiten, het Vlaams Patiënten Platform en het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen kunnen we mee richting geven aan nieuwe ontwikkelingen. Zeker voor onze vier belangrijke hoekstenen – doelgerichte zorg, zelfmanagement bij chronische aandoeningen, multidisciplinair samenwerken en buurtgerichte zorg – zijn we met onze Academie het aanspreekpunt voor de ontwikkeling van kennis, onderwijsmodules en trainingen. Gezien de expertise van ons netwerk lenen we ons ook graag om ad-hocvragen mee te bekijken die naar ons komen vanuit de beleidsorganen van het federale, Vlaamse en Brusselse niveau.

Als je het hebt over versterking van de eerste lijn, heb je het ook over politiek en informeren en dus ook weer over netwerken. Onze leerstoel is per definitie onafhankelijk en ons netwerk is geen politieke organisatie, maar we kunnen uiteraard wel met de politici en de beleidsmakers communiceren over onze ideeën en resultaten. Communicatie met het publiek op meso- en microniveau is belangrijk om de instrumenten die we ontwikkeld hebben aan te bieden aan de werkvloer in de spreekkamer, de praktijk, de gemeente, de eerstelijnszones en onze onderwijsinstellingen. Houd dus onze website in de gaten, schrijf u in op onze nieuwsbrief en volg ons LinkedInprofiel om op de hoogte te blijven van onze resultaten, events en activiteiten.

Website

LinkedIn

Auteurs voor de Academie Voor De Eerste Lijn:
Roy Remmen
Anouk Tuinstra
Sandra Martin
Elien Colman
Emily Verté

Auteurs voor Be.Hive
Céline Mahieu
Thérèse Van Durme

Ten slotte

We kijken in dit werk dus terug op een erg geslaagd en inspirerende conferentie waar we samen met onze partner Be.Hive in Wallonië en Brussel en de beleidsmakers het beste van onszelf gaven. Het heeft ons ook veel inspiratie gegeven. We weten dus wat te doen, tijdens de komende twee en een half jaar dat de financiering voor de leerstoel nog loopt!

Omslagontwerp: Frisco (www.frisco.be)
Boekverzorging: Smets & Ruppol

© 2021 Uitgeverij ASP nv
(Academic and Scientific Publishers nv)
Keizerslaan 34
B-1000 Brussel
Tel. + 32 (0)2 289 26 56
E-mail: info@aspeditions.be
www.aspeditions.be

ISBN 9789461172679
NUR 870
Wettelijk depot D/2021/11.161/181

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, op elektronische of welke andere wijze ook zonder voorafgaande, schriftelijke toestemming van de uitgever.