

# Program book

Conferentie Voor De Eerste Lijn

Conférence pour la première ligne

18-20-21 MAY 2021





Depuis janvier 2019, les universités et les hautes écoles unissent leurs forces, leurs ressources, leurs capacités de recherche et leurs connaissances pour appuyer la première ligne. [Be.Hive](#), la chaire interdisciplinaire de la première ligne a pu voir le jour grâce au soutien du Fonds Dr. Daniel De Coninck, géré par la Fondation Roi Baudouin. Une chaire flamande, [l'Academie voor de Eerste Lijn](#) a également démarré dans la partie flamande.

Ces deux chaires ont le plaisir de vous présenter leurs premiers résultats de recherche lors d'une conférence en ligne conjointe.

Cette conférence de la première ligne est organisée sur trois jours (les 18, 20 et 21 mai) et est divisée en plusieurs thèmes.

- La collaboration interprofessionnelle
- Les soins centrés sur les objectifs de vie des personnes (goal-oriented care)
- La structuration territoriale de la première ligne
- L'enseignement pour la première ligne
- Les soins de longue durée
- Mise en œuvre de la qualité et évaluation pour la première ligne

En lien avec cette dernière thématique, nous avons le plaisir d'accueillir [la Docteure Julie MacInnes, chercheure à l'Université de Kent](#) et qui a collaboré à l'étude européenne SUSTAIN dans le domaine de l'évaluation de l'intégration des soins pour les personnes âgées.

---



Vanaf januari 2019 bundelen universiteiten en hogescholen krachten, middelen, onderzoekscapaciteit en kennis voor de uitbouw van een sterke eerste lijn in Vlaanderen. Deze [Academie voor de Eerste Lijn](#) komt tot stand dankzij de steun van het Fonds Dr. Daniël De Coninck, beheerd door de Koning Boudewijnstichting. Ook in het Franstalige landsgedeelte wordt een leerstoel – [Be.Hive](#), Chaire interdisciplinaire de la première Ligne – opgericht dankzij de steun van het Fonds. Na twee jaar intensieve samenwerking binnen de consortia verspreiden zij graag hun eerste onderzoeksresultaten middels een gezamenlijke wetenschappelijke conferentie. De online conferentie wordt georganiseerd in drie momenten en onderverdeeld in diverse topics :

- Interprofessionele samenwerking
- Doelgerichte zorg
- Territoriale structurering van de eerste lijn
- Onderwijs voor de eerste lijn
- Langdurige zorg
- Implementatie en evaluatie van kwaliteit in de eerstelijnszorg

In verband met dit laatste thema mogen wij [Dr. Julie MacInnes](#) verwelkomen, een onderzoeker aan de Universiteit van Kent die heeft meegewerkt aan de Europese SUSTAIN-studie op het gebied van de evaluatie van geïntegreerde zorg voor ouderen.



## Conférence pour la première ligne

**Mardi 18 mai 2021**

	Piste 1	Piste 2
12 :30 – 12 :40	Accueil par Madame Patricia Adriaens, présidente du Fonds Dr. Daniël De Coninck	
12 :40 – 12 :50	Introduction par Monsieur Wouter Beke, Ministre flamand du bien-être, de la santé publique, de la famille et de la lutte contre la pauvreté	
12 :50 – 13 :00	Monsieur Alain Maron Ministre bruxellois notamment en charge de l’Action sociale et de la Santé	
13 :00 – 13 :10	Madame Christie Morreale Ministre wallonne notamment en charge de la Santé et de l’Action sociale (à confirmer)	
13 :10 – 13 :20	Présentation des deux chaires interdisciplinaires de la première ligne par leurs coordinateurs	
13:20 – 15:30	<a href="#">Session 1: Collaboration interprofessionnelle – partie 1</a>	<a href="#">Session 2: Les soins centrés sur les objectifs de la personne</a>
16:00 – 18:00	<a href="#">Session 3: Collaboration interprofessionnelle – partie 2</a> <a href="#">Les populations vulnérables</a>	<a href="#">Session 4: Enseignement</a>

**Jeudi 20 mai 2021**

	Piste 1	Piste 2
19:00 – 19:10	Accueil	
19:10 – 21:00	<a href="#">Session 5: Soins de longue durée</a>	<a href="#">Session 6: Structuration géographique de la première ligne</a>

**Vendredi 21 mai 2021**

12:00 – 12:10	Accueil
12:10 – 12:50	Oratrice invitée: Julie MacInnes (Université de Kent) Integrated care evaluation in shifting contexts: blending implementation research with case study design in project SUSTAIN
12:50-13:30	<a href="#">Session 7: Mise en oeuvre et qualité de la première ligne en Belgique</a>
13:30 – 13:50	Discussion
13:50 – 14:00	Messages-clé de cette semaine
14:00 – 14:10	Un futur pour des soins de première ligne forts et visibles Monsieur Frank Vandenbroucke, Vice-Premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique (à confirmer)

**Session parallèle 1: collaboration interprofessionnelle- partie 1 (Mardi 18 Mai 2021, 13:30 – 15:20)**

**Modérateurs:** Emily Verté (Academie voor de eerste lijn) et Marco Schetgen (Be.Hive)

13:30-13:45 présentation 13:45-13:55 Q/R	Céline Mahieu (ULB)	Faire de la recherche sur la collaboration en première ligne en situation de crise sanitaire : enjeux méthodologiques d'une enquête collective interdisciplinaire <i>Conducting Research On Interprofessional Practices in Primary Care during a Health Crisis: Methodological Issues Of A Collective Interdisciplinary Survey</i>
13:55-14:10 présentation 14:10-14:15 Q/R	Muhammed Mustafa Sirimsi (UA)	Le développement d'une boîte à outils pilote pour améliorer la collaboration interprofessionnelle et l'intégration au sein de la première ligne <i>Development of a pilot-toolkit to facilitate interprofessional collaboration and integration in primary care</i>
14:15-14:30 présentation 14:30-14:35 Q/R	Giannoula Tzakitsidis (UA)	L'implémentation de la collaboration interprofessionnelle au sein de la première ligne <i>Implementing interprofessional collaboration in primary care</i>
14:35-14:50 présentation 14:50-14:55 Q/R	Fabian Defraine (ULB & HELB)	Les institutions de soins primaires en période de covid : le cas des maisons de repos <i>Primary care institutions in the covid period: the case of nursing homes</i>
14:55-15:10 présentation 15:10-15:15 Q/R	Quentin Vanderhofstadt (ULB)	L'usage des outils de collaboration interprofessionnelle au sein de la première ligne de soins pendant la pandémie covid-19. <i>Use of interprofessional collaboration tools by primary care workers during the covid-19 pandemic.</i>
15:15-15:30	Discussion générale de la session et messages-clé	
15:30	Fin de session	

**Session parallèle 2: Les soins centrés sur les objectifs de vie (Mardi 18 Mai 2021, 13:30 – 15:30)**

**Modérateurs:** Pauline Boeckxstaens (Academie voor de eerste lijn) et Jean Macq (Be.Hive)

13:30-13:50 présentation 13:50-14:00 Q/R	Dagje Boeykens (UGent)	‘Que sont des soins centrés sur des objectifs de vie ?’ Identification de ses attributs, antécédents et conséquences. <i>‘What is goal-oriented care?’ Identifying the attributes, antecedents, and consequences.</i>
14:00-14:20 présentation 14:20-14:30 Q/R	Dagje Boeykens (UGent)	Les soins centrés sur des objectifs de vie : d'un modèle conceptuel à une intervention pour le contexte de la première ligne. <i>Goal-oriented care: from a conceptual model to an intervention for the primary care context</i>
14:30-14:50 présentation 14:50-15:00 Q/R	Lotte Vanneste (UGent)	Le développement d'un cadre conceptuel pour les objectifs du patient dans le cadre du Goal-oriented care (soins centrés sur des objectifs de vie ) <i>The Development of a Framework for Patient Goals in Goal-Oriented Care</i>
15:00-15:20 présentation 15:20-15:30 Q/R	Kathy Delabye (UCLouvain & HE Vinci)	Les programmes d 'hospitalisation à domicile: perceptions des professionnels de la première ligne et hospitaliers <i>The hospital-at-home programs: the perceptions between home and hospital caregivers</i>
15:30	Fin de session	

**Session parallèle 3: collaboration interprofessionnelle – partie 2: les populations vulnérables**  
**(Mardi 18 Mai 2021, 16:00– 18:00)**

**Modérateurs:** Céline Mahieu (Be.Hive) et Emily Verté (Academie voor de eerste lijn)

**Sessions:**

16:00-16:20 présentation 16:20-16:30 Q/R	Léa Di Biagi (ULB)	Et si on avançait ou comment maintenir le lien professionnel - public vulnérable en période de Covid-19 ? <i>And if you try, professional and vulnerable group link's during the Covid-19 1st wave</i>
16:30-16:50 présentation 16:50-17:00 Q/R	Jessica Mellier (ULB)	Les complexités liées aux douleurs chroniques : point de vue des patients <i>The Complexities of Chronic Pain: A Patient's Perspective</i>
17:00-17:20 présentation 17:20-17:30 Q/R	Alexis Creten (UCLouvain)	Les soins de première ligne pour les personnes vulnérables <i>Primary care for vulnerable people</i>
17:30-17:50 présentation 17:50-18:00 Q/R	Céline Mahieu (ULB)	Trois situations pour apprécier l'éthique pratique dans la relation de soins et le bien-être des professionnels en MR(S) pendant la crise Covid- 19 <i>Three situations to appreciate practical ethics in care relationship and subsequent well-being of professionals in nursing homes during Covid- 19 crisis</i>
18h	Fin de session	

**Session parallèle 4: L'enseignement (Mardi 18 mai 2021, 16:00-18:00)**

**Modérateurs:** Pierre D'Ans (Be.Hive) et Sandra Martin (Academie voor de eerste lijn)

16:00-16:25 présentation 16:25-16:40 Q/R	Reini Haverals (UGent)	Les soins centrés sur les objectifs de vie de la personne comme philosophie commune au sein de la première ligne : développement d'un module de formation <i>Goal-oriented care as a common philosophy in primary care: the development of a training package</i>
16:40-17:05 présentation 17:05-17:20 Q/R	Jennifer Foucart (ULB)	Enseigner la communication soignant-soigné avec des 'digital storytelling' <i>Teaching communication in health care with digital storytelling</i>
17:20-17:45 présentation 17:45-18:00 Q/R	Sam Pless (UCLL)	Enseigner les soins centrés sur les objectifs de vie de la personne, les autosoins et la collaboration interdisciplinaire <i>Teaching of Goal-oriented care, self-management, and interdisciplinary collaboration</i>
18h	Fin de session	

### **Session parallèle 5: Soins de longue durée (Jeudi 20 Mai 2021, 19:00 – 21:00)**

**Modérateurs:** Ana Bengoetxea (Be.Hive) et Patricia De Vriendt (Academie voor de eerste lijn)

19:00-19:25 présentation 19:25-19:40 Q/R	Lotte Timmermans (KULeuven)	Des interventions pour soutenir les auto-soins des personnes atteintes de maladies chroniques <i>Interventions to support self-management of chronically ill persons</i>
19:40-20:05 présentation 20:05-20:20 Q/R	Lucia Alvarez- Irusta (UCLouvain)	Les trajectoires de soins comme outil d'exploration des besoins de coordination des personnes souffrant de plaies chroniques et vivant dans des situations complexes. <i>Care trajectories as a tool for exploring the coordination needs of people with chronic wounds and living in complex situations</i>
20:20-20:45 présentation 20:45-21:00 Q/R	Dominique Van de Velde	Que sont des bons soins de première ligne ? Des expériences de patients et leurs aidants informels en Flandre. <i>What is good primary care? Experiences of patients and informal caregivers in Flanders</i>
21:00	Fin de session	

### **Session parallèle 6: Structuration géographique et soins de première ligne (Jeudi 20 Mai 2021, 19:00 – 21:00)**

**Modérateurs:** Hubert Jamart (Be.Hive) et Roy Remmen (Academie voor de eerste lijn)

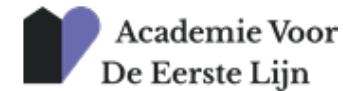
19:00-19:20 présentation 19:20-19:30 Q/R	Jean Macq (UCLouvain)	Des soins intégrés comme terme à la mode, vers l'intégration des soins dans une logique locale renforçant la première ligne <i>From integrated care as a buzzword to improving primary care centered local system integration</i>
19:30-19:50 présentation 19:50-20:00 Q/R	Thérèse Van Durme (UCLouvain)	Une étude qualitative pour investiguer la perception des forces et faiblesses de la première ligne wallonne, durant la crise de la Covid-19 <i>A qualitative study investigating perceived strengths and weaknesses in the Walloon primary care during the Covid-19 pandemic</i>
20:00-20:20 présentation 20:20-20:30 Q/R	Delphine Kirkove (ULiège)	Etat des lieux de l'implémentation des principes liés à l'approche en Santé communautaire dans les pratiques des structures de la première ligne en Belgique francophone <i>Community health principles in primary care centres : a status report of implementation</i>
20:30-20:50 présentation 20:50-21:00 Q/R	Hubert Jamart (ULiège)	La configuration des pratiques de soins de première ligne <i>Configuration of primary care practices</i>
21:00	Fin de session	

**Session 7: L'implémentation et la qualité au sein de la première ligne belge (Vendredi 21 Mai 2021, 12:00-14:00)**

**Modérateurs:** Sibyl Anthierens (Academie voor de eerste lijn) et Thérèse Van Durme (Be.Hive)

**Sessions:**

12:50 – 13:10	Ine Huybrechts (UA)	Science de l'implémentation : modèles et cadres conceptuels <i>Implementation science: models and frameworks</i>
13:10 – 13:30	Madeleine Capiau (UCL)	Des programmes d'amélioration de la qualité au sein des maisons médicales <i>Quality improvement programs in primary healthcare centers</i>
13:30 – 13:50		Discussion
13:50 – 14:00	Céline Mahieu (ULB) & Roy Remmen (UA)	Leçons-clé émergeant de cette semaine
14:00 – 14:10	Frank Vandenbroucke	Un futur pour des soins de première ligne forts et visibles



## Conferentie Voor De Eerste Lijn

Dinsdag 18 mei 2021

	Spoor 1	Spoor 2
12:30 – 12:40	Conferentie welkom door Mevrouw Patricia Adriaens, voorzitster van het Fonds Dr. De Coninck	
12:40 – 12:50	Introductie door Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding.	
12:50 – 13:00	De heer Alain Maron Brusselse minister onder meer belast met sociale actie en gezondheid	
13:00-13:10	mevrouw Christie Morreale Waalse minister onder meer belast met Gezondheid en Sociale Actie (nog te bevestigen)	
13:10 – 13:20	Presentatie van de twee interdisciplinaire leerstoelen voor de eerste lijn door hun coördinatoren	
13:20 – 15:30	<a href="#"><u>Sessie 1 : Interprofessionele samenwerking – deel 1</u></a>	<a href="#"><u>Sessie 2: Doelgerichte zorg</u></a>
16:00-18:00	<a href="#"><u>Sessie 3: Interprofessionele samenwerking – deel 2</u></a> <a href="#"><u>Kwetsbare groepen</u></a>	<a href="#"><u>Sessie 4: Onderwijs</u></a>

Donderdag 20 mei 2021

	Spoor 1	Spoor 2
19:00 – 19:10		Conferentie welkom
19:10 – 21:00	<a href="#"><u>Sessie 5: Chronische zorg</u></a>	<a href="#"><u>Sessie 6: geografische structuren en eerstelijnszorg</u></a>

Vrijdag 21 mei 2021

Track 1	
12:00 – 12:10	Conferentie welkom
12:10 – 12:50	<p>Keynote spreker: Julie MacInnes (Universiteit van Kent) Integrated care evaluation in shifting contexts: blending implementation research with case study design in project SUSTAIN</p>
12:50-13:30	<a href="#"><u>Sessie 7: implementatie en kwaliteit binnen de eerstelijnszorg in België</u></a>
13:30 – 13:50	Q&A + discussie
13:50 – 14:00	Belangrijkste lessen en afsluiting conferentie
14:00 – 14:10	<p>Pistes om de eerste lijn te versterken in de toekomst Meneer Frank Vandenbroucke Vicepremier en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid (nog te bevestigen)</p>

**Parallelle sessie 1: interprofessionele samenwerking – deel 1 (dinsdag 18 mei 2021, 13:30 – 15:30)**

**Moderatoren:** Emily Verté (Academie Voor De Eerste Lijn) en Marco Schetgen (Be.Hive)

13:30-13:45 presentatie 13:45-13:55 Q&A	Céline Mahieu (ULB)	Onderzoek in interprofessioneel samenwerken in de eerste lijn tijdens een gezondheidscrisis: Methodologische problemen van een collectieve interdisciplinaire vragenlijst  Conducting Research On Interprofessional Practices in Primary Care during a Health Crisis: Methodological Issues Of A Collective Interdisciplinary Survey
13:55-14:10 presentatie 14:10-14:15 Q&A	Muhammed Mustafa Sirimsi (UA)	Ontwikkeling van een piloot-toolkit om interprofessionele samenwerking en integratie in de eerste lijn te faciliteren  Development of a pilot-toolkit to facilitate interprofessional collaboration and integration in primary care
14:15-14:30 presentatie 14:30-14:35 Q&A	Giannoula Tzakitsidis (UA)	Implementeren van interprofessionele samenwerking in de eerste lijn  Implementing interprofessional collaboration in primary care
14:35-14:50 presentatie 14:50-14:55 Q&A	Fabian Defraine (ULB & HELB)	Eerstelijnsorganisaties tijdens de covid periode: de case van WZCs  Primary care institutions in the covid period: the case of nursing homes
14:55-15:10 presentatie 15:10-15:15 Q&A	Quentin Vanderhofstadt (ULB)	Gebruik van tools voor interprofessionele samenwerking door eerstelijnsgezondheidswerkers tijdens de covid-19 pandemie  Use of interprofessional collaboration tools by primary care workers during the covid-19 pandemic
15:15-15:30	Algemene Q&A interprofessionele samenwerking	
15:30	Einde van de sessie	

**Parallelle sessie 2: Doelgerichte zorg– deel 1 (dinsdag 18 mei 2021, 13:30 – 15:30)**

**Moderatoren:** Pauline Boeckxstaens (Academie Voor De Eerste Lijn) en Jean Macq (Be.Hive)

13:30-13:50 presentatie 13:50-14:00 Q&A	Dagje Boeykens (UGent)	‘Wat is doelgerichte zorg?’ Identificeren van attributen, antecedenten en consequenties ‘What is goal-oriented care?’ Identifying the attributes, antecedents, and consequences.
14:00-14:20 presentatie 14:20-14:30 Q&A	Dagje Boeykens (UGent)	Doelgerichte zorg: van een conceptueel model naar een interventie voor de eerstelijnszorg Goal-oriented care: from a conceptual model to an intervention for the primary care context
14:30-14:50 presentatie 14:50-15:00 Q&A	Lotte Vanneste (UGent)	De ontwikkeling van een generiek kader voor patiëntdoelen in doelgerichte zorg. The Development of a Framework for Patient Goals in Goal-Oriented Care
15:00-15:20 presentatie 15:20-15:30 Q&A	Kathy Delabye (UCLouvain & HE Vinci)	Programma’s voor thuishospitalisatie: de perceptie van thuiszorg- en ziekenhuis personeel The hospital-at-home programs: the perceptions between home and hospital caregivers
15:30		

**Parallelle sessie 3: interprofessionele samenwerking – deel 2: kwetsbare groepen (dinsdag 18 mei 2021, 16:00– 18:00)**

**Moderatoren:** Céline Mahieu (Be.Hive) en Emily Verté (Academie Voor De Eerste Lijn)

16:00-16:20 presentatie 16:20-16:30 Q&A	Léa Di Biagi (ULB)	Wat als je probeert, professionele en kwetsbare groep linken tijdens de 1 <sup>e</sup> Covid-19 golf  And if you try, professional and vulnerable group link's during the Covid-19 1st wave
16:30-16:50 presentatie 16:50-17:00 Q&A	Jessica Mellier (ULB)	De complexiteit van chronische pijn: een patiënten perspectief  The Complexities of Chronic Pain: A Patient's Perspective
17:00-17:20 presentatie 17:20-17:30 Q&A	Alexis Crétén (UCLouvain)	Eerstelijnszorg voor kwetsbare groepen  Primary care for vulnerable people
17:30-17:50 presentatie 17:50-18:00 Q&A	Céline Mahieu (ULB)	Drie situaties om praktische ethiek te waarderen in de zorgrelatie en het daaropvolgende welzijn van professionals in WZCs tijdens de Covid-19-crisis  Three situations to appreciate practical ethics in care relationship and subsequent well-being of professionals in nursing homes during Covid- 19 crisis
18:00	Einde van de sessie	

**Parallelle sessie 4: Onderwijs (dinsdag 18 mei 2021, 16:00-18:00)**

**Moderatoren:** Pierre D'Ans (Be.Hive) en Sandra Martin (Academie Voor De Eerste Lijn)

16:00		
16:00-16:25 presentatie 16:25-16:40 Q&A	Reini Haveralds (UGent)	Doelgerichte zorg als gemeenschappelijke visie in eerstelijnszorg: de ontwikkeling van een trainingspakket  Goal-oriented care as a common philosophy in primary care: the development of a training package
16:40-17:05 presentatie 17:05-17:20 Q&A	Jennifer Foucart (ULB)	Onderwijzen van communicatie in gezondheidszorg a.d.h.v. digital storytelling  Teaching communication in health care with digital storytelling
17:20-17:45 presentatie 17:45-18:00 Q&A	Sam Pless (UCLL)	Doelgerichte zorg, zelfmanagement en interdisciplinaire samenwerking in de eerstelijnscontext in opleidingsprogramma's en opleidingsonderdelen in het Vlaamse hoger onderwijs  Teaching of Goal-oriented care, self-management, and interdisciplinary collaboration
18:00		

### **Parallelle sessie 5: Chronische zorg (donderdag 20 mei 2021, 19:10 – 21:00)**

**Moderatoren:** Ana Bengoetxea (Be.Hive) en Patricia De Vriendt (Academie Voor De Eerste Lijn)

19:10-19:40 presentatie 19:40-19:45 Q&A	Lotte Timmermans (KULeuven)	Een focusgroepsstudie over de uitdagingen, succesfactoren en valkuilen van de implementatie van zelfmanagementondersteuning in de eerstelijnszorg  Interventions to support self-management of chronically ill persons
19:45-20:15 presentatie 20:15-20:20 Q&A	Lucia Alvarez- Irusta (UCLouvain)	<a href="#">Naar een typologie van chronische wondtrajecten als case study voor de zorg in complexe situaties</a>  <a href="#">Towards a typology of chronic wound trajectories as case study for caring in complex situations</a>
20:20-20:50 presentatie 20:50-21:55 Q&A	Dominique Van de Velde	<a href="#">Wat is goede eerstelijnszorg? Inzichten van patiënten en hun mantelzorgers</a>  <a href="#">What is good primary care? Experiences of patients and informal caregivers in Flanders</a>
21:00	Einde van de sessie	

### **Parallelle sessie 6: geografische structuur en eerstelijnszorg (donderdag 20 mei 2021, 19:10 – 21:00)**

**Moderatoren:** Hubert Jamart (Be.Hive) en Roy Remmen (Academie Voor De Eerste Lijn)

19:10-19:35 presentatie 19:35-19:40 Q&A	Jean Macq (UCLouvain)	<a href="#">Van geïntegreerde zorg als modewoord tot verbetering van de lokale systeemintegratie in de eerstelijnszorg</a>  <a href="#">From integrated care as a buzzword to improving primary care centered local system integration</a>
19:40-20:00 presentatie 20:00 -20:05 Q&A	Thérèse Van Durme (UCLouvain)	<a href="#">Een kwalitatieve studie naar de ervaren sterke en zwakke punten in de Waalse eerstelijnszorg tijdens de Covid-19 pandemie</a>  <a href="#">A qualitative study investigating perceived strengths and weaknesses in the Walloon primary care during the Covid-19 pandemic</a>
20:05-20:25 presentatie 20:25-20:30 Q&A	Delphine Kirkove (Uliège)	<a href="#">Gemeenschappelijke gezondheidsprincipes in eerstelijnszorgcentra: een statusrapport van de implementatie</a>  <a href="#">Community health principles in primary care centres : a status report of implementation</a>
20:30-20:50 presentatie 20:50-20:55 Q&A	Hubert Jamart (ULiège)	<a href="#">Configuratie van eerstelijnspraktijken</a>  <a href="#">Configuration of primary care practices</a>
21:00	Einde van de sessie	

**Sessie 7: implementatie en kwaliteit binnen de eerstelijnszorg in België (vrijdag 21 mei 21 2021, 12:00-14:00)**

**Moderatoren:** Sibyl Anthierens (Academie Voor De Eerste Lijn) en Thérèse Van Durme (Be.Hive)

12:50 – 13:10	Ine Huybrechts	<a href="#">Implementatiewetenschap: het gebruik van modellen en kaders</a> <a href="#">Implementation science: models and frameworks</a>
13:10 – 13:30	Madeleine Capiau	<a href="#">Kwaliteitsverbeteringsprogramma's in eerstelijnsgezondheidszorgcentra</a> <a href="#">Quality improvement programs in primary healthcare centers</a>
13:30 – 13:50		Q&A + discussie
13:50 – 14:00	Céline Mahieu (ULB) & Roy Remmen (UA)	<a href="#">Belangrijkste lessen en afsluiting conferentie</a> <a href="#">Key messages and farewell</a>
14:00		Einde van de sessie



## Conducting Research On Interprofessional Practices in Primary Care during a Health Crisis: Methodological Issues Of A Collective Interdisciplinary Survey

**Authors:** Mahieu Céline, Di Biagi Léa, Defraine Fabian, Mellier Jessica, Bengoetxea Ana, D'Ans Pierre, Vanderhofstadt Quentin, Schetgen Marco, Foucart Jennifer

**Affiliation:** Université Libre de Bruxelles

**Corresponding address:** celine.j.mahieu@ulb.be

### 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.

### METHODOLOGY

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 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.

## Faire de la recherche sur la collaboration en première ligne en situation de crise sanitaire : enjeux méthodologiques d'une enquête collective interdisciplinaire

**Auteurs:** Mahieu Céline, Di Biagi Léa, Defraine Fabian, Mellier Jessica, Bengoetxea Ana, D'Ans Pierre, Vanderhofstadt Quentin, Schetgen Marco, Foucart Jennifer

**Affiliation:** Université Libre de Bruxelles

**Adresse de correspondance:** celine.j.mahieu@ulb.be

### INTRODUCTION

Cette communication présente les défis méthodologiques rencontrés par une équipe de recherche BeHive et un recul critique sur les réponses mises en œuvre pour éclairer les pratiques collaboratives de la première ligne en situation de crise.

### MÉTHODOLOGIE

Aux différentes étapes de l'enquête, nous avons gardé des traces de son processus de recherche et avons développé une démarche de réflexivité collective et individuelle sur nos choix méthodologiques en suivant les principes de la Grounded theory.

### Résultats

La méthodologie avait pour objectif de répondre aux enjeux suivants :

- comprendre le vécu des professionnels au-delà des processus de collaboration formels ;
- limiter l'interférence avec les missions de soins ;
- inscrire les collaborations interprofessionnelles et interorganisationnelles dans les dynamiques territoriales au sein desquelles elles sont ancrées ;
- rencontrer la diversité de la première ligne et favoriser la comparaison systématique ;
- analyser la crise sanitaire en évolution constante ;
- produire une analyse collective interdisciplinaire.

Nous reviendrons sur les choix méthodologiques mis en œuvre pour rencontrer ces défis et leurs limites aux différentes étapes : méthodes qualitatives ; triangulation de sources de données ; guide d'entretien commun ; cadrage éthique ; analyse en Grounded theory ; comparaisons entre huit métiers, entre contextes d'exercice (libéral et institutionnel) et entre territoires (Bruxelles et Hainaut) ; identification des thématiques de chaque chercheur et plan de publications correspondant ; grammaire commune de codes évolutive sur Atlas.ti ; double codage de chaque matériau et réunions hebdomadaires favorisant les regards interdisciplinaires et inter-thématiques sur les codes et les mémos.

### DISCUSSION

La réflexivité collective et individuelle fait partie des conditions essentielles à la scientifcité des méthodes qualitatives, cette communication propose d'évaluer les adaptations réalisées aux différentes étapes de l'enquête ainsi que leur pertinence.

## **Development of a pilot-toolkit to facilitate interprofessional collaboration and integration in primary care**

**Authors:** Muhammed Mustafa Sirimsi<sup>1</sup>, Hans De Loof<sup>1</sup>, Kristel De Vliegher<sup>2</sup>, Kris Van Den Broeck<sup>1</sup>, Peter Van Bogaert<sup>1</sup>

**Affiliation:** <sup>1</sup>University of Antwerp, <sup>2</sup>Wit Gele Kruis

**Corresponding author:** [mohammedmustafa.sirimsi@uantwerpen.be](mailto:mohammedmustafa.sirimsi@uantwerpen.be)

### INTRODUCTION

Primary care professionals are confronted with an increasing workload. As a result, they choose to work as a team in collaborative practices. We started the development of a toolkit to support these primary care professionals by facilitating and improving intra and interprofessional collaboration. This way we hope to improve the provision of an integrated primary care.

### METHOD

In order to develop a pilot-toolkit we conducted a qualitative study with a descriptive design consisting of eleven in depth interviews and eight focus groups with primary care professionals from general practices and (mental) health organisations. We subsequently performed a scoping review to identify strategies and methods used to facilitate interprofessional collaboration in primary care. Our searches yielded 1816 manuscripts from which 53 turned out to be eligible for our study. Data from both studies were discussed in four workshops with the wider research team.

### RESULTS

Based on findings from the qualitative study, the scoping review and the workshops, we have chosen (i) psychological safety and (ii) Sociocracy 3.0 as major initial components of the pilot-toolkit together with tools and methods for evaluating teamwork.

### DISCUSSION

We chose to develop the toolkit by integrating proven concepts from outside healthcare. Including these instruments to ascertain cooperation and teamwork, should both help our research and the teams themselves.

### CONCLUSION

This toolkit facilitates professionals to leave their silo by improving their communication and coordination. Furthermore, it may facilitate a person-centred and population-based care approach.

### KEY WORDS

Primary care – Interprofessional collaboration – Integrated care

## Ontwikkeling van een piloot-toolkit om interprofessionele samenwerking en integratie in de eerste lijn te faciliteren

**Auteurs:** Muhammed Mustafa Sirimsi<sup>1</sup>, Hans De Loof<sup>1</sup>, Kristel De Vliegher<sup>2</sup>, Kris Van Den Broeck<sup>1</sup>, Peter Van Bogaert<sup>1</sup>

**Affiliatie:** <sup>1</sup>Universiteit van Antwerpen, <sup>2</sup>Wit Gele Kruis

**Email adres auteur:** muhammedmustafa.sirimsi@uantwerpen.be

### INLEIDING

Eerstelijnszorgverleners worden geconfronteerd met een verhoogde werklading, waardoor deze 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 piloot-toolkit te ontwikkelen hebben we een kwalitatieve, descriptieve studie uitgevoerd, bestaande uit elf diepte-interviews en acht focusgroepen met zorgverleners uit huisartspraktijken en (geestelijke)gezondheidsorganisaties. Hierop volgend 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 53 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 piloot-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 opvolging 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. Daarnaast zou deze toolkit een persoons- en populatiegerichte zorgaanpak kunnen faciliteren.

### TREFWOORDEN

Eerstelijnszorg – Interprofessionele samenwerking – Geïntegreerde zorg

## **Implementing interprofessional collaboration in primary care**

**Authors:** Giannoula Tsakitzidis<sup>1</sup>, Emy Kool<sup>2</sup>, Elfi Goesaert<sup>2</sup>, Emily Verté<sup>3</sup>

**Affiliation:**

1. Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Antwerp
2. Scientific professional association for General Practitioners, Domus Medica
3. General Practice and Chronic Care, Free University of Brussels, De Academie voor de Eerste Lijn

**Corresponding author:** giannoula.tsakitzidis@uantwerpen.be

### INTRODUCTION

Interprofessional collaboration (IPC) between care and welfare professionals is key in integrated primary care. To increase collaboration a shared understanding of IPC as well as interprofessional education (IPE) is necessary. We introduced ‘the 5 building blocks of IPC’ as a framework to facilitate a joint understanding of IPC for primary care and welfare professionals.

### METHOD

‘Early adopters’ in IPC were identified and introduced to the framework. In a survey respondents selected relevant trainings in IPC using the framework. Online interviews were performed to explore stakeholders’ perspectives on the framework.

### RESULTS

Respondents (n=38) considered the five building blocks useful as a common language for IPC. Not all respondents were aware that they practiced IPC in line with the building blocks. The framework helps to reveal a teams’ ‘Interprofessionality’. Respondents needed more guidance in understanding and using the framework to evaluate their level of IPC. Therefore, we developed an explanatory animation and a screening tool.

### DISCUSSION

More insights is needed on how welfare providers conceive the usability of the framework. Additional research is needed to validate the (screening tool of the) five building blocks.

### CONCLUSION

The building blocks may work as a common language for IPC in primary care. The framework is recognizable and accessible, but needs evidence based substantiation.

### KEY WORDS

Interprofessional – Primary Care - Education

## Implementeren van interprofessionele samenwerking in de eerste lijn

**Auteurs:** Giannoula Tsakitzidis<sup>1</sup>, Emy Kool<sup>2</sup>, Elfi Goesaert<sup>2</sup>, Emily Verté<sup>3</sup>

1. Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen
2. Wetenschappelijke beroepsvereniging voor Huisartsen en huisartsenkringen, Domus Medica
3. Huisartsgeneeskunde en chronische zorg, Vrije Universiteit Brussel, De Academie voor de Eerste Lijn

**Corresponding author:** giannoula.tsakitzidis@uantwerpen.be

### 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 5 bouwstenen van IPS' als een raamwerk om een gezamenlijk begrip van IPS voor eerstelijnszorg en welzijnsprofessionals te faciliteren.

### METHODE

'Early adopters' in IPS 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 IPS. Niet alle respondenten waren zich ervan bewust dat zij aan IPS deden. De bouwstenen helpen hen om IPS 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 ontwikkelde 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 screeningstool van) de bouwstenen is noodzakelijk.

### CONCLUSIE

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

### TREFWOORDEN

Interprofessioneel / eerste lijn / onderwijs

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

**Authors:** Fabian Defraine

**Affiliation:** Université Libre de Bruxelles

**Corresponding address:** [fabian.defraine@ulb.be](mailto:fabian.defraine@ulb.be)

### 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 of the 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 to the debate about 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 does it impact the professional skills?

### METHOD

To answer these questions, a qualitative survey in nursing home 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 to pursue the analysis of this particular sector during the crisis.

### KEY WORDS

Nursing homes / Total institution / professional skills

## Les institutions de soins primaires en période de covid : le cas des maisons de repos

**Auteurs:** Fabian Defraine

**Affiliation:** Université Libre de Bruxelles

**Adresse de correspondance:** fabian.defraine@ulb.be

### INTRODUCTION

Les profondes transformations qui touchent le paysage des soins de santé produisent un mouvement de fond qui tend à faire basculer une partie de l'activité hospitalière vers la première ligne et le domicile des patients. Ces évolutions posent avec acuité la question du maintien de la continuité des soins mais également celle de l'adaptation des compétences professionnelles et des institutions à ces nouvelles réalités de terrain. La crise sanitaire que nous traversons peut être considérée comme un révélateur des difficultés à maintenir les liens qui unissent hôpital et première ligne de soins. Elle accélère également les questionnements qui touchent aux transferts de compétences entre professions. Du point de vue des structures, assiste-t-on à un déplacement de l'ordre négocié à l'hôpital vers les soins primaires ? En quoi cela pourrait-il impacter les hiérarchies formelles et informelles entre métiers de soins ? Et dès lors, comment évoluent ceux-ci en termes de compétences ?

### MÉTHODE

Pour répondre à ces questions, une enquête qualitative a été menée dans les maisons de retraite pendant la crise de Covid-19. Des entretiens ont été réalisés avec des professionnels des soins travaillant dans ces établissements, en mettant l'accent sur la redistribution des tâches entre les professions pendant cette période.

### RÉSULTATS

A certains égards et localement, les résultats mettent en évidence une rupture des liens entre les soins primaires (médecins généralistes) et seconde ligne (hôpitaux), avec pour conséquence l'isolement des maisons de repos au cœur de la crise. Nous proposons donc d'analyser plus en détail la manière dont les tâches ont été réparties entre les professionnels lors de la première vague Covid-19. D'un point de vue institutionnel, le concept sociologique d'institution totale est prometteur pour poursuivre l'analyse de ce secteur particulier pendant la crise.

### MOTS CLÉ

Maisons de repos / Institution totale / Compétences professionnelles

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

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

**Affiliation:** Université Libre de Bruxelles

**Corresponding address:** quentin.vanderhofstadt@ulb.be

### 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

## L'usage des outils de collaboration interprofessionnelle au sein de la première ligne de soins pendant la pandémie covid-19.

**Auteurs:** Vanderhofstadt Quentin, Defraine Fabian, Di Biagi Léa, Schetgen Marco, Mahieu Céline

**Affiliation:** Université Libre de Bruxelles

**Adresse de correspondance:** quentin.vanderhofstadt@ulb.be

### INTRODUCTION

La pandémie de covid-19 a profondément impacté les différents professionnels de santé. Nous avons cherché à comprendre la manière dont elle a influencé les modalités et l'usage des outils de collaboration interprofessionnelle au sein de la première ligne de soins en Belgique francophone.

### MÉTHODE

Nous avons réalisé une étude qualitative par théorisation ancrée au sein de la première ligne de soins bruxelloise et du Hainaut depuis mars 2020.

Nous avons utilisé comme sources de données :

- Une analyse documentaire provenant de médias, de groupes Facebook, d'administrations, de représentants professionnels et d'acteurs de terrains ;
- 80 entretiens approfondis auprès de professionnels de la 1re ligne (en pratique libérale et en organisation) ;
- 4 études de cas au sein d'organisations de terrain.

### RÉSULTATS

La crise a entraîné une modification importante des outils de collaborations. Nous avons observé une tendance au remplacement des outils non numériques (réunions pluridisciplinaires présentes, discussions informelles, cahier de transmission...) par des outils numériques (visioconférences, groupes de messagerie instantanée, dossiers patients électroniques...). Nous observons que cela s'accompagne d'effets significatifs : réduction des contraintes géographiques, accessibilité plus large et plus rapide à l'information, envahissement dans la sphère privée, transmission à plus d'intervenants entraînant une moindre confidentialité, modification de la structuration de l'information, moindre sécurité des échanges d'informations. L'usage de ces outils est concomitant à une forte diminution des échanges informels entre professionnels.

### DISCUSSION

Il serait nécessaire d'étudier les impacts des modifications observées sur la qualité de la collaboration interprofessionnelle au sein et entre organisations, sur les rapports entre professions, sur la satisfaction et la qualité de vie des professionnels.

### MOTS CLÉS

modalités de collaboration, communication numérique, soins primaires

## 'What is goal-oriented care?' Identifying the attributes, antecedents, and consequences.

**Authors:** Dagje Boeykens<sup>1</sup>, Pauline Boeckxstaens<sup>1</sup>, An De Sutter<sup>1</sup>, Lies Lahousse<sup>1</sup>, Peter Pype<sup>1</sup>, Patricia De Vriendt<sup>123</sup>, Dominique Van de Velde<sup>12</sup>

**Affiliation:** <sup>1</sup>Ghent, <sup>2</sup>Artevelde University of Applied Sciences <sup>3</sup>Vrije Universiteit Brussel

**Corresponding address:** [dagje.boeykens@ugent.be](mailto:dagje.boeykens@ugent.be)

### INTRODUCTION

Healthcare providers mostly focus on disease control which could be in contrast with what patients value. An alternative approach is goal-oriented care (GOC) which tailors care to patients' goals. However, there is a need to translate this concept into tangible knowledge so providers can better understand and use the concept in clinical practice. The aim of this study is to address this need by means of a concept analysis.

### METHOD

Using a concept analysis (Walker and Avant) based on a systematic literature search. The concept analysis consists of eight steps: select a concept, determine purpose, determine defining attributes, identify a model case, identify an additional case, identify antecedents and consequences, and define empirical referents.

### RESULTS

The analysis of 37 articles revealed that GOC is a dynamic and iterative process of three stages (goal-elicitation, goal-setting, and goal-evaluation) underpinned by the patient's context and values. In order to provide GOC, providers and patients should be prepared. GOC could improve patients' satisfaction, understanding, and well-being. For providers, it could enhance the relationship with their patients, and for the health care system it could reduce costs and fragmentation.

### DISCUSSION

A conceptual model of GOC is presented, but further research should focus on translating this knowledge into a tangible workflow so an intervention of GOC could be developed.

### CONCLUSION

GOC is presented as a process, but cannot be implemented as a linear protocol. It is a continuous interaction for which two underpinning attributes represent the philosophy of care.

### KEYWORDS

Goal-oriented care, primary care, chronic conditions

## **'Wat is doelgerichte zorg?' Identificeren van attributen, antecedenten en consequenties**

**Auteurs:** Dagje Boeykens<sup>1</sup>, Pauline Boeckxstaens<sup>1</sup>, An De Sutter<sup>1</sup>, Lies Lahousse<sup>1</sup>, Peter Pype<sup>1</sup>, Patricia De Vriendt<sup>123</sup>, Dominique Van de Velde<sup>12</sup>

**Affiliatie:** <sup>1</sup>Ghent, <sup>2</sup>Artevelde University of Applied Sciences <sup>3</sup>Vrije Universiteit Brussel

**Emailadres auteur:** [dagje.boeykens@ugent.be](mailto:dagje.boeykens@ugent.be)

### INTRODUCTIE

Eerstelijnhulpverleners bieden meestal curatieve zorg wat tegenstrijdig kan zijn met hetgeen 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 DGZ begrepen moet worden zodat hulpverleners dit beter kunnen toepassen in hun praktijkvoering. Het doel van deze studie was om beter begrip te krijgen in DGZ.

### METHODE

Een conceptanalyse (Walker and Avant) is gebruikt om op een systematische manier de literatuur te doorzoeken. De conceptanalyse 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 DGZ een dynamisch en iteratief proces bestaande uit drie stappen (verkennend gesprek, doelbepaling en evaluatie) die onderbouwd worden door patiëntwaarden. Om DGZ toe te passen moeten zowel de hulpverleners als patiënten voorbereid worden. DGZ kan de tevredenheid en 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 handvaten zodat hulpverleners deze benadering kunnen toepassen in hun praktijkvoering.

### CONCLUSIE

DGZ 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.

### KERNWOORDEN

doelgerichte zorg, eerstelijnszorg, chronische aandoeningen

## **Goal-oriented care: from a conceptual model to an intervention for the primary care context**

**Authors:** Dagje Boeykens<sup>1</sup>, Pauline Boeckxstaens<sup>1</sup>, An De Sutter<sup>1</sup>, Lies Lahousse<sup>1</sup>, Peter Pype<sup>1</sup>, Patricia De Vriendt<sup>123</sup>, Dominique Van de Velde<sup>12</sup>

**Affiliation:** <sup>1</sup>Ghent, <sup>2</sup>Artevelde University of Applied Sciences <sup>3</sup>Vrije Universiteit Brussel

**Corresponding address:** [dagje.boeykens@ugent.be](mailto:dagje.boeykens@ugent.be)

### INTRODUCTION

The healthcare system is focused on single-disease guidelines and does not longer meet the challenges of chronic conditions and multimorbidity. A shift from medical-oriented care towards goal-oriented care could be beneficial for patients, healthcare providers, and policy makers. Unfortunately, a GOC intervention to support this shift is lacking. Therefore, the goal of this study is to develop a model of intervention for the implementation of GOC in primary care.

### METHOD

A Phase 0-I study according to the Medical Research Council Framework for development of complex intervention was conducted. Phase 0 consisted of a concept analysis, in-depth interviews with patients with chronic conditions, and focus groups with healthcare providers resulting in a draft model of a GOC intervention. In phase I this model was used as a lens for a deductive analysis on qualitative data of patient-informal caregiver dyads and healthcare providers with the aim to further develop this model.

### RESULTS

Phase 0 resulted in five main building blocks for a model of intervention consisting of 1. a goal-oriented process of care of three stages: goal-elicitation, goal-setting, and goal-evaluation and 2. underpinning values stressing the importance of the patients' context and patients' needs and preferences; each building block further specified with underlying components. In phase I, the deductive analysis reframed this model to a practical approach of GOC.

### DISCUSSION

The perspectives of patients and providers were already taken into account, but further refinement with other stakeholders (e.g. policy makers) and the primary care setting is needed to facilitate a successful implementation.

### CONCLUSION

In this study, a GOC intervention was identified and developed with perspectives of the literature, patients, and healthcare providers. Subsequently, the processes and outcomes will be further modelled as a last step before piloting the intervention.

### KEY WORDS

Goal-oriented care, primary care, intervention developing

## **Doelgerichte zorg: van een conceptueel model naar een interventie voor eerstelijnszorg**

**Auteurs:** Dagje Boeykens<sup>1</sup>, Pauline Boeckxstaens<sup>1</sup>, An De Sutter<sup>1</sup>, Lies Lahousse<sup>1</sup>, Peter Pype<sup>1</sup>, Patricia De Vriendt<sup>1,2</sup>, Dominique Van de Velde<sup>1,2</sup>

**Affiliatie:** <sup>1</sup>Ghent, <sup>2</sup>Artevelde University of Applied Sciences <sup>3</sup>Vrije Universiteit Brussel

**Emailadres auteur:** [dagje.boeykens@ugent.be](mailto:dagje.boeykens@ugent.be)

### INTRODUCTIE

Het gezondheidszorgsysteem is gericht op ziektegerichte richtlijnen die niet langer tegemoet komen aan de uitdagingen voor personen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit. Een shift naar een doelgerichte benadering kan voordelig zijn voor zowel patiënten, hulpverleners als beleidmakers. 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 zorg interventie vanuit een theoretische onderbouwing die doorheen het verdere verloop verder afgestemd wordt met verschillende stakeholders uit de eerstelijnszorg.

### METHODIEK

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

### RESULTATEN

Stap één bestond uit een conceptanalyse waaruit een conceptueel model van DGZ ontstond bestaande uit verschillende fases: verkennend gesprek, doelbepaling en evaluatie onderbouwd door patiëntwaarden. In stap twee werden focusgroepen afgenoemt met hulpverleners uit de eerste lijn om inzicht te krijgen in hoe zij DGZ 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 eerstelijns stakeholders, maar verdere afstemming met de verschillende perspectieven is noodzakelijk om een succesvolle implementatie te garanderen.

### CONCLUSIE

Aan de ene kant is DGZ een inherente basishouding die stakeholders in zich hebben, aan de andere kant is DGZ een proces waarvoor zorgorganisatie de nodige middelen moeten voorzien.

### KERNWOORDEN

doelgerichte zorg, eerstelijnszorg, interventieontwikkeling

## The Development of a Framework for Patient Goals in Goal-Oriented Care

**Authors:** Lotte Vanneste, Lore Torfs & Dr. Pauline Boeckxstaens

**Affiliation:** University of Ghent, Faculty of Medicine and Health Sciences, Department of Public Health and Primary Care

**Address:** [lotte.vanneste@ugent.be](mailto:lotte.vanneste@ugent.be)

### INTRODUCTION

Goal-oriented care implies a shift from disease-oriented care towards care that starts from the patients' goals. Professionals lack guidance to define these patients' goals. One of the reasons is that there is no clear understanding nor a definition of patients' goals in goal-oriented care. The objective of this research is to create a framework for defining patients' goals in goal-oriented care.

### METHOD

The method consists of three data-collection methods. As a first step, an international literature search on treatment goal-setting for complex patients was conducted. In a next step, a document analysis was performed of the background reports of the Flemish tools and strategies for goal-oriented care. This created a draft of a framework for patients' goals. To further develop this framework, twelve primary care professionals with a different professional background and working in different primary care settings were trained to engage in goal-elicitation encounters with their patients. These encounters were recorded and analyzed to define the patient's goals in primary care.

### RESULTS

Berntsen et al. (2015) and Vermunt et al. (2018) initiated a framework for patients' goals by defining those as personal or fundamental goals. Additional, the literature stressed the importance of values as a fundamental element for patients' goals. The document analysis confirms the importance of values. Based on the documents, five more elements of which a patient goal is build, are added to the framework. These are: health; activities; social context; past, present and future; and the positive formulation of patient goals. The goals that the primary care professionals detected in the goal-elicitation encounters contain the above mentioned elements. To detect a patients' goals, it is important to get to know the value and the meaning behind a goal.

### CONCLUSION

This research project develops a framework for patients' goals that supports professionals to implement goal-oriented care in clinical practice.

### KEY WORDS

goal-oriented care, patients' goals, goal-elicitation encounter

## De ontwikkeling van een generiek kader voor patiëntdoelen in doelgerichte zorg.

**Auteurs:** Lotte Vanneste, Lore Torfs & Pauline Boeckxstaens

**Affiliatie:** Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg

**Emailadres auteur:** [lotte.vanneste@ugent.be](mailto:lotte.vanneste@ugent.be)

### 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 dit 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 data-collecties. Als eerste stap werd een internationaal literatuuronderzoek uitgevoerd met betrekking tot '*treatment goal setting for complex patients*'. In een volgende stap gebeurde er 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 eerstelijns hulpverleners 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 deze te definiëren als persoonlijke of fundamentele doelen. Onderzoek blijkt uit het literatuuronderzoek 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 om doelgerichte zorg te implementeren in de praktijk.

### TREFWOORDEN

doelgerichte zorg, patiëntendoelen, doelgericht gesprek

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

**Authors:** Kathy Delabaye<sup>1</sup> and Jean Macq<sup>2</sup>

**Affiliation:** <sup>1,2</sup>HE Vinci, <sup>2</sup> UCLouvain

**Adresse de correspondance:** kathy.delabaye@uclouvain.be

### INTRODUCTION

In Belgium, there is a desire to increase alternatives to hospitalization 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 (propose an explanation) who, in what context, why and how hospital-at-home works.

### METHOD

Health professional were selected to participate to the whole process of data collection. Main criteria of selection were their systemic vision and experience (either in the hospital-at-home or in subsidized 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. During the last session, the most representative proposition, of mechanisms 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 questions asked.

### RESULTS

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 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.

## Les programmes d 'hospitalisation à domicile: perceptions des professionnels de la première ligne et hospitaliers

**Auteurs:** Kathy Delabaye<sup>1</sup> et Jean Macq<sup>2</sup>

**Affiliation:** <sup>1,2</sup>HE Vinci, <sup>2</sup> UCLouvain

**Adresse de correspondance :** kathy.delabaye@uclouvain.be

### INTRODUCTION

En Belgique, il existe une volonté d'accroître les alternatives à l'hospitalisation en transférant les soins de l'hôpital vers le milieu de vie du patient, comme l'hospitalisation à domicile. Pourtant son organisation, son financement, les critères d'inclusion de patients, de responsabilité, etc., n'ont pas encore été définis. De plus, aucun consensus n'existe quant aux résultats escomptés. L'objectif de cette étude est donc d'identifier : qui, dans quel contexte, pourquoi et comment fonctionne l'hospitalisation à domicile.

### MÉTHODE

Les professionnels de la santé ont été sélectionnés pour participer à l'ensemble du processus de collecte de données. Les critères de sélection étaient leur vision et leur expérience systémiques ou en tant que professionnels de terrain (à l'hôpital, à domicile ou dans la coordination).

Premièrement, un questionnaire en ligne leur a été soumis pour obtenir leur perception sur la définition et caractéristiques de l'hospitalisation à domicile.

Deuxièmement, trois sessions de *brainstorming* ont été organisées. La première portait sur la définition des effets attendus de l'hospitalisation à domicile. Les autres ont exploré les mécanismes sous-jacents possibles expliquant ces effets. Au cours de la dernière, les propositions les plus représentatives ont été retenues.

Durant les sessions, la collecte de données a été organisée en ligne à l'aide de l'outil Mural© : les participants complétaient leurs post-its virtuels en rapport avec les questions posées.

### RÉSULTATS

Les résultats seront présentés sous la forme de CME (contexte-mécanismes-effets).

### DISCUSSION

Il s'agit de la première phase d'un projet plus vaste. Les CME sélectionnés seront utilisées pour de futures études de cas.

### CONCLUSION

Les professionnels impliqués donnent leur définition et leur perception de l'hospitalisation à domicile.

### MOTS CLÉS

Hospitalisation à domicile, professionnels de la santé, brainstorming

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

**Authors :** Di Biagi, L., Vanderhofstadt, Q., Defraine, F., Mahieu, C.

**Affiliation :** Université Libre de Bruxelles

**Corresponding address :** lea.di.biagi@ulb.be

### INTRODUCTION

In March 2020, because of the Covid-19 pandemic, primary healthcare professionals had to change their routines and reorganize their work and organization. Of special 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 bad situation, 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.

Thee 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,
- Mobilizing appropriate and easy to understand communication tools (text messages, phone call),
- Modifying their professional identities across health and social skills.

### DISCUSSION

Structures in touch with vulnerable groups anticipated the legal measures imposed (lock, social distancing, resettlement homeless man in hotel, right 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 mobilizing during the 2<sup>nd</sup> wave.

### KEY WORDS

Interprofessional collaboration – vulnerable groups – primary care- Covid-19

## Et si on avançait ou comment maintenir le lien professionnel - public vulnérable en période de Covid-19 ?

**Auteurs :** Di Biagi, L., Vanderhofstadt, Q., Defraine, F., Mahieu, C.

**Affiliation :** Université Libre de Bruxelles

**Adresse de contact :** lea.di.biagi@ulb.be

### INTRODUCTION

En mars 2019, la première vague de la Covid19 a mis à l'épreuve l'organisation des systèmes de Santé Publique belge. Les professionnels de la 1ère ligne de santé ont dû adapter leurs pratiques en fonction des limites structurelles et organisationnelles imposées. Quel ont-été les impacts de la 1ère vague du Covid19 sur l'accompagnement des publics vulnérables ? Quelles ont été les stratégies mises en place par les structures et professionnels afin de maintenir le lien ?

### MÉTHODE

Nous avons réalisé une étude qualitative par théorisation ancrée au sein de la première ligne de soins bruxelloise et du Hainaut. Nous avons utilisé comme sources de données :

- Une analyse documentaire provenant de médias, de groupes Facebook, d'administrations, de représentants professionnels et d'acteurs de terrains ;
- des entretiens approfondis auprès de professionnels de la 1ère ligne (en pratique libérale et institutionnelle);
- des études de cas au sein d'organisations de terrain.

### RÉSULTATS

Les professionnels de la 1ère ligne ont adapté leurs pratiques en fonction des restrictions imposées pour maintenir voir renforcer le lien avec les publics vulnérables. Ces adaptations sont :

- La relocalisation l'offre de services dans les zones de confinement de leurs publics ;
- La mise en place d'une collaboration interdisciplinaire entre les professionnels spécifiques des publics assuétudes et sans abrisme;
- L'utilisation d'outil de communication directe (sms, appels) ;
- La modification de leurs compétences sociales.

### DISCUSSION

La 1ère vague de la crise Covid a eu différents impacts sur les structures de 1ère ligne. Certaines structures et professionnels ont évolué en avance des mesures imposées par l'État (distanciation sociale, fermeture des portes de leur structure, confinement du public sans abris dans des lieux mis à disposition par l'administration public, obligation d'équipement de protection) et se sont adaptées pour maintenir le contact avec leurs publics. Il serait intéressant de voir comment ces professionnels et structures se sont adaptés lors du nouveau contexte de pratique inhérent à la 2nd vague.

### MOTS-CLÉ

Collaboration Interprofessionnelle– groupes vulnérables– soins de première ligne- Covid-19

## The Complexities of Chronic Pain: A Patient's Perspective

**Authors :** Mellier Jessica, Bengoetxea Ana, Céline Mahieu

**Affiliation :** Université Libre de Bruxelles

**Corresponding address :** Jessica.Mellier@ulb.be

### INTRODUCTION

The Behive questionnaire survey, conducted in 2019, revealed that complexity was perceived differently by healthcare professionals and patients. The chronic pain is the most frequent factor mentioned by these, unlike the professionals who quoted it above last place. This study aims to identify factors that lead patients to identify chronic pain as constitutive part of the complexity they live.

### METHOD

Twelve individual interviews were conducted with patients living with chronic neuro-musculoskeletal pain (DCNMS), using a semi-structured interview guide. Recruitment was done through general practitioners, physiotherapists, osteopaths and a neurosurgeon. The Atlas software was used to qualitatively analyze the data. The analysis was done on the basis of the grounded theory.

### RESULTS

Factors that may make a complex life situation in the event of DCNMS can be classified into four broad categories: the intrinsic characteristics of pain, the care pathway, the multidimensional impact and pain self-management. The invisibility and the fact that pain does not jeopardize life expectancy lead to a non-recognition of it by the medical profession and the society. In addition, the recurrence of pain, its omnipresence and / or its high intensity can create changes in behavior as well as a psychological distress. The complexity of the pathway seems central in the lives of these people. A medical wandering, a long wait for appointments, a lack of listening and global vision from the medical world, the unpredictable evolution of their state of health, the expectation of a diagnosis and the many care received seems to be at the heart of these difficult courses. People must then put themselves limits and juggle the important side effects of the analgesics to manage their daily pain.

### CONCLUSION

This study highlights the lack of recognition of DCNMs, pain management difficulties and the lack of structuring of care pathways in this regard. This encourages us to deepen our knowledge by focusing on a greater diversity of patients as well as the point of view of professionals, in order to improve the management of DCNMs from the first line of aid and care.

## Les complexités liées aux douleurs chroniques : point de vue des patients

**Auteurs :** Mellier Jessica, Bengoetxea Ana, Céline Mahieu

**Affiliation :** Université Libre de Bruxelles

**Adresse de correspondance :** Jessica.Mellier@ulb.be

### INTRODUCTION

L'enquête par questionnaire Behive menée en 2019 a révélé que la complexité était perçue différemment par les professionnels de la santé et les patients, la douleur chronique étant l'élément majoritairement cité par ces derniers, à la différence des professionnels qui la citaient en avant dernier lieu. L'objectif est ici d'étudier les facteurs qui conduisent les patients à identifier la douleur chronique comme constitutive de la complexité qu'ils vivent.

### MÉTHODE

Douze entretiens qualitatifs individuels semi-directifs ont été réalisés auprès de patients vivant avec des douleurs chroniques neuro-musculo-squelettiques (DCNMS), à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif. Le recrutement s'est fait via des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des ostéopathes et un neurochirurgien. Le logiciel Atlas a été mobilisé pour analyser qualitativement les données. L'analyse a été faite sur base de la théorisation ancrée.

### RÉSULTATS

Les facteurs pouvant rendre une situation de vie complexe en cas de DCNMS peuvent être classés en quatre grandes catégories : les caractéristiques intrinsèques à la douleur, le parcours de soin, l'impact multidimensionnel ainsi que l'auto-gestion des douleurs.

L'invisibilité et le fait que les douleurs ne remettent pas en cause l'espérance de vie engendrent une non-reconnaissance de celle-ci par le corps médical et la population. De plus la récurrence de la douleur, son omniprésence et/ou sa forte intensité peuvent créer des modifications du comportement ainsi qu'une détresse psychologique. La complexité du parcours de soin semble centrale dans la vie de ces personnes. Une errance médicale, une longue attente pour avoir des rendez-vous, un manque d'écoute et de vision globale de la part du monde médical, l'évolution imprévisible de leur état de santé, l'attente d'un diagnostic et les nombreux soins reçus semblent être au cœur de ces parcours difficiles. Les personnes doivent alors se mettre elle-même des limites et jongler avec les importants effets secondaires des antalgiques afin de gérer leur douleur au quotidien.

### CONCLUSION

Cette étude met en exergue le manque de reconnaissance des DCNMS, les difficultés de gestion de la douleur et le manque de structuration des parcours de soins à cet égard. Ceci nous incite à approfondir nos connaissances en nous intéressant à une plus grande diversité de personnes ainsi qu'au point de vue des professionnels, afin de pouvoir améliorer la prise en charge des DCNMS dès la première ligne d'aide et de soin.

## Access to primary care for vulnerable people

**Authors :** Alexis Creten & Sophie Thunus

**Affiliation :** Institute of Health and Society, UCLouvain

**Corresponding address:** alexis.creten@uclouvain.be

### 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 analyzed 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, multiculturalism, 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.

## L'accès aux soins primaires pour les populations vulnérables

**Auteurs :** Alexis Creten & Sophie Thunus

**Affiliation :** Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain

**Adresse de correspondance:** alexis.creten@uclouvain.be

### INTRODUCTION

La Belgique possède un système de soins de santé et de protection sociale de qualité. Cependant, les difficultés d'accès et le renoncement aux soins est répandu au sein des populations vulnérables.

### MÉTHODE

La recherche Melting Point étudie ces freins d'accès et de recours aux soins de première ligne sur base d'une approche qualitative et relationnelle. Elle repose sur 25 entretiens semi-directifs réalisés auprès d'usagers et 80 auprès d'un panel diversifié de professionnels des soins, analysés selon la méthode de l'analyse de contenu thématique. Plus spécifiquement, l'attention se porte sur les publics vulnérables au sein de Cureghem qui concentre, comme ses habitants, les problématiques sociales.

### RÉSULTATS

La recherche identifie plusieurs problématiques faisant obstacle aux soins : non-maîtrise des langues nationales, précarité, multiculturalité, conditions de vie difficiles, connaissances et compétences en santé moindres... La relation soignant-soigné occupe une place primordiale pour ces publics vulnérables. D'une part, ce sont bien souvent les qualités humaines du soignant qui permettent de réduire ces obstacles et d'améliorer le soin. D'autre part, elle constitue un élément fondamental du soin pour ces publics et leur offre un soutien majeur.

### DISCUSSION

La présente communication décrira la place de cette dimension humaine dans les soins. Cette dernière apparaît d'autant plus importante qu'elle est souvent invisible au travers des études quantitatives sur les inégalités en santé. Cette étude présente également la spécificité de se construire sur base du discours des usagers auquel est intégré celui des professionnels.

### CONCLUSION

Les dimensions humaines de la relation de soin sont essentielles pour lutter contre les freins de recours et d'accès aux soins de première ligne mais peu d'études sont consacrées à ce sujet.

### MOTS CLÉS

Vulnérabilité, relation de soin, vécu des usagers.

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

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

**Affiliation:** Université Libre de Bruxelles

**Corresponding address:** celine.j.mahieu@ulb.be

### INTRODUCTION

During the first wave of the crisis, the number of deaths exploded in Belgian nursing homes. Subsequently, rules of social distancing and strict sanitary measures were imposed by the public authorities and implemented in the nursing homes in 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 subsequent well-being of professionals.

### RESULTS

Unprecedented nature of the conditions has 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 person as people get closer to dying, the division of labour between teams, 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 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 and impact both relationship and occupational well-being of health providers.

## Trois situations pour apprécier l'éthique pratique dans la relation de soins et le bien-être des professionnels en MR(S) pendant la crise Covid- 19

**Auteurs:** Mahieu Céline, Di Biagi Léa, Defraine Fabian, Vanderhofstadt Quentin, Foucart Jennifer

**Affiliation:** Université Libre de Bruxelles

**Adresse de correspondance:** [celine.j.mahieu@ulb.be](mailto:celine.j.mahieu@ulb.be)

### INTRODUCTION

Au plus fort de la crise, le nombre de décès a explosé dans les maisons de repos belges. Des règles de distanciation sociale et des mesures sanitaires strictes ont été édictées par les pouvoirs publics, puis mises en œuvre dans les établissements dans une contexte de pénurie de moyens.

### MÉTHODOLOGIE

Cette communication, basée sur 15 entretiens individuels semi-directifs menés entre mars et décembre 2020 auprès de différents professionnels des MR(S) (infirmier.e.s, aides-soignant.e.s, médecins), vise à identifier la manière dont la crise du Covid-19 a impacté la relation de soins et le bien-être des professionnels.

### RÉSULTATS

Le caractère inédit de la situation a contraint les professionnels à prendre de nouvelles décisions qui ont eu un impact sur la façon dont ils établissent des relations avec leurs patients et leurs collègues ainsi que sur leur éthique professionnelle à cet égard. La prise en charge de la personne à l'approche de la mort, la répartition du travail entre les équipes, les visites familiales représentent trois situations critiques qui révèlent et interrogent ces métiers relationnels qui ont mis au défi le travail relationnel des prestataires de santé. Nous analyserons en quoi ces trois situations sont représentatives d'une interrogation profonde des identités professionnelles dans les maisons de retraite et au-delà.

### DISCUSSION

Dans la plupart des professions de soins, la relation est à la fois un objet (la relation fait partie intégrante du soin) et un outil de travail (donner des soins requiert une bonne relation avec les patients et les collègues) pour les professionnels. Ils développent à cet égard une éthique pratique, dont les principes sont acquis par socialisations et expériences successives, puis actualisés en fonction de la situation. Les questions et renégociations qui ont eu lieu pendant la crise révèlent de profondes interrogations sur l'identification professionnelle et ont un impact sur le bien-être relationnel et professionnel des prestataires de santé.

## Goal-oriented care as a common philosophy in primary care: the development of a training package

**Authors:** Dr. Pauline Boeckxstaens & Reini Haverals

**Affiliation:** University of Ghent

**Corresponding address:** [Reini.haverals@ugent.be](mailto:Reini.haverals@ugent.be)

### INTRODUCTION

Goal-oriented care implies a shift from disease- and problem-oriented care towards care that starts from the patient's goals. In Flanders different stakeholders have developed tools and strategies for goal-oriented care but policymakers and professionals who want to adopt goal-oriented care in practice report lack of overview and guidance on how to use and choose between these different strategies.

### METHOD

In a co-creation process with the Flemish Institute for Primary Care and six innovators in goal-oriented care, the common ground and building blocks of goal-oriented care were identified and translated into a training program that can be implemented in primary care in Flanders.

### RESULTS

First, a widely accessible online training was developed in which every interested citizen can learn about the principles on goal-oriented care. Second, an interprofessional training program was piloted to support primary care professionals to embrace goal-oriented care as a common philosophy of care in their local community. The knowledge and expertise on the different tools and strategies were embedded within both trainings.

### DISCUSSION

The co-creation process identified that the implementation of goal-oriented care doesn't merely depend on the use of tools but is above all based on the adoption of an attitude based on goal-oriented care.

### CONCLUSION

In this project existing expertise in goal-oriented care was translated into a training program on goal-oriented care for citizens, patients, caregivers and providers and will be implemented by policy makers in the Flemish context.

### KEY WORDS

Goal-oriented care, interprofessional collaboration, training

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

**Auteurs:** Dr. Pauline Boeckxstaens & Reini Haverals

**Affiliatie:** Universiteit Gent

**Emailadres auteur:** Reini.haverals@ugent.be

### INLEIDING

Doelgerichte zorg vraagt om een shift van ziektegerichte zorg naar zorg die vertrekt van de doelstellingen van de patiënt. In Vlaanderen werden er 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 en missen een generieke leidraad voor opleiding en implementatie van doelgerichte zorg in de praktijk.

### METHODE

In een co-creatieproces 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 gepilotet 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 co-creatieproces 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.

### KEY WORDS

Doelgerichte zorg, interprofessioneel samenwerken, training

## Teaching communication in health care with digital storytelling

**Authors:** J. Foucart, E. Tsolaki, L. Di Biagi, F. Defraine, Q. Vanderhofstadt, J. Mellier, M. Schetgen, P. D'Ans, A. Bengoetxea, C. Mahieu.

**Affiliation:** Faculté des Sciences de la Motricité, Université Libre de Bruxelles

**Corresponding address:** jennifer.foucart@ulb.be

### INTRODUCTION

Many new developments in primary care are emerging in 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

## Enseigner la communication soignant-soigné avec des ‘digital storytelling’

**Auteurs:** J. Foucart, E. Tsolaki, D. Lecocq, L. Di Biagi, F. Defraine, Q. Vanderhofstadt, J. Mellier, M. Schetgen, P. D'Ans, A. Bengoetxea, C. Mahieu.

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

**Adresse de correspondance :** jennifer.foucart@ulb.be

### INTRODUCTION

Le système des soins est confronté à de profondes mutations du fait, notamment, du développement de la première ligne. L’importance de la communication soignant-soigné devient, dès lors, de plus en plus centrale en lien avec les nouvelles fonctions remplies par la première ligne. Actuellement, dans les formations médicales, cette compétence n’est pas toujours dispensée de manière pratique. En effet, les enseignants sont confrontés à un nombre grandissant d’étudiants. De ce fait, il s’avère impossible d’offrir la possibilité à tous les futurs soignants de bénéficier de ce type d’exercice pratique. Pour pallier à ces difficultés, notre projet à créer un outil digital d’apprentissage de type immersive Learning réalisés sous forme de digital storytelling permettant de simuler des situations d’interaction soignant-soigné. Le ‘digital storytelling’ combine la création de scénario de communication incluant des textes, des images et des scènes filmées.

### MÉTHODE

Afin de créer ces outils pédagogiques, un comité d’experts a été créé incluant différents soignants du Pôle Santé de l’ULB mais aussi un patient-partenaire, des étudiants, et des pédagogues. Le programme Adobe Acrobat a été utilisé et les films ont été tournés avec des acteurs.

### RÉSULTATS

5 thématiques ont été abordées et 18 exercices de type immersive Learning ont été créés.

- Entretien motivationnel
- Gestion de l’agressivité
- Annonce de mauvaise nouvelle
- Fin de vie
- Collaboration interprofessionnelle

### DISCUSSION

Ces supports pédagogiques doivent être pensés dans le parcours pédagogique des étudiants afin de s’y intégrer de manière optimale. L’évaluation de leur efficacité représente également un enjeu en matière de recherche.

### CONCLUSION

Ces différents supports pédagogiques constituent une innovation pédagogique qui pourrait permettre de répondre aux enjeux futurs de la formation des soignants en matière de communication.

## Investigating the presence of goal-oriented care, self-management, and interdisciplinary collaboration in primary care contexts in Flemish higher education programs and courses

**Authors:** Sam Pless, Patricia Devriendt, Dominique Van de Velde, Emily Verté, Roy Remmen, Sandra Martin

**Affiliation:** UCLL, Arteveldehogeschool, UGent, VUB, UA

**Corresponding address:** sam.pless@ucll.be

### INTRODUCTION

Goal-oriented care, self-management, and interdisciplinary collaboration are core ingredients of primary care. As higher education programs for primary care prepare the future workforce, the question rises whether and how these topics are taught in these programs with regard to primary care.

### METHOD

Quantitative data was gathered through an online survey. The target population was all educational programs in Flemish higher education that train professionals who (can) play a role in primary care. The questionnaire was ultimately filled in by 95 educational programs in the first half of 2020. The data was analysed using Excel.

### RESULTS

The results show that 11% of registered higher educational programs spend no attention to goal-oriented care, self-management, and interdisciplinary cooperation with regard to primary care. Further analysis of courses within the programs reveals that the topic of self-management is covered in only 58% of registered courses, while goal-oriented care (73%) and interdisciplinary cooperation (80%) appear more frequently. Importantly, however, explicit mentioning of the topics in course descriptions varies from 21% (goal-oriented care) over 30% (self-management) to 48% (interdisciplinary cooperation). Furthermore, the course level is introductory in the majority of registered courses: 51% for goal-oriented care and interdisciplinary cooperation, and 63% for self-management.

### DISCUSSION

This study shows that goal-oriented care, self-management, and interdisciplinary care in primary care are not fully integrated into the registered higher education programs and courses in this questionnaire. Attention for the topics varies strongly, the topics are often not mentioned explicitly in course descriptions, and they are mostly taught at an introductory level.

### CONCLUSION

Goal-oriented care, self-management, and interdisciplinary collaboration in primary care contexts require more deliberate integration into higher education programs and courses in Flanders.

### KEY WORDS

Primary care, higher education, survey

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

**Auteurs:** Sam Pless, Patricia Devriendt, Dominique Van de Velde, Emily Verté, Roy Remmen, Sandra Martin

**Affiliatie:** UCLL, Arteveldehogeschool, UGent, VUB, UA, UCLL

**Emailadres auteur:** sam.pless@ucll.be

### INLEIDING

Doelegerichte zorg, zelfmanagement en interdisciplinaire samenwerking zijn de kerningrediënten van de eerste lijn. In welke mate zijn die kernelementen echter reeds vervat in hoger onderwijsprogramma's Zorg en Welzijn in Vlaanderen ?

### METHODE

Kwantitatieve data werd verzameld middels 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 uiteindelijk ingevuld door 95 opleidingsprogramma's in de eerste helft van 2020. De data werd geanalyseerd met behulp van Excel.

### RESULTATEN

De resultaten tonen dat 11% van de opleidingsprogramma's geen aandacht besteden aan doegegerichte zorg, zelfmanagement of interdisciplinaire samenwerking in de eerste lijn. Verdere analyse maakt duidelijk dat doegegerichte zorg in 58% van de opleidingsprogramma's voorkomt, zelfmanagement in 73% en interdisciplinaire samenwerking in 80%. Bovendien worden voorgaande onderwerpen slechts beperkt explicet vermeld in vakbeschrijvingen. Doegegerichte 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 doegegerichte zorg en interdisciplinaire samenwerking, 63% voor zelfmanagement.

### DISCUSSIE

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

### CONCLUSIE

Doegegerichte zorg, zelfmanagement en interdisciplinaire samenwerking vragen in de context van de eerste lijn vragen om meer bewuste integratie in de hoger onderwijscurricula in Vlaanderen.

### KEYWORDS

Eerste lijn, hoger onderwijs, survey

## Challenges, success factors and pitfalls of the implementation of self-management support in primary care: a focus group study.

**Authors:** Lotte Timmermans<sup>1</sup>, Prof. Dr. Peter Decat<sup>2</sup>, Prof. dr. Veerle Foulon<sup>1</sup>, Prof. dr. Ann Van Hecke<sup>2</sup>, Prof. Dr. Mieke Vermandere<sup>1</sup>, Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers<sup>1</sup>

**Affiliation:** <sup>1</sup>KU Leuven, <sup>2</sup>Ghent University

**Corresponding address:** Lotte.timmermans@kuleuven.be

### INTRODUCTION

To support self-management of chronically ill persons, innovative approaches of care practice are developed. Unfortunately, many care interventions struggle to achieve reliable and consistent improvements. What is missing, is the healthcare providers opinion prior to the development of interventions. There is a need for a vision on the challenges, success factors and pitfalls before designing interventions.

### METHOD

This study is a qualitative focus group analysis of healthcare professionals in Flanders, examining the requirements to translate self-management support into primary care practice. A maximum variation purposive sampling was used to recruit participants. For the data analysis, the framework of Attride-Stirling was applied.

### RESULTS

Three focus groups were conducted. According to the healthcare provider, self-management support is ideally tailored to the capabilities and needs of each individual patient. Communication seems the way to success. Possible support strategies include coaching techniques, knowledge transfer and peer support. Whether or not a method is effective depends on the individual and must be explored through regular evaluation moments.

### DISCUSSION

Since self-management is personally defined, there is no general concept of the support. Listening to patients' needs and goals, guarantees a motivated patient. Difficulties in evaluation methods make healthcare providers look for alternative strategies such as using teach back methods.

### CONCLUSION

Generic self-management support programmes do not exist. The route to success is a growth process in which support must be adapted to patients' individual needs.

### KEY WORDS

Primary care, Self-Management, Chronic Conditions

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

**Auteurs:** Lotte Timmermans<sup>1</sup>, Prof. Dr. Peter Decat<sup>2</sup>, Prof. dr. Veerle Foulon<sup>1</sup>, Prof. dr. Ann Van Hecke<sup>2</sup>, Prof. Dr. Mieke Vermandere<sup>1</sup>, Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers<sup>1</sup>

**Affiliatie:** <sup>1</sup>KU Leuven, <sup>2</sup>UGent

**Correspondentieadres:** Lotte.timmermans@kuleuven.be

### 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 gerekruiteerd door een maximale variatie steekproef. Voor de analyse van de focusgroep gesprekken werd het framework van Attride-Stirling gehanteerd.

### 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 coaching technieken, informatieoverdracht en peer support. 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 Aandoeningen

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

**Authors :** Lucia Alvarez Irusta, Thérèse Van Durme, Jean Macq

**Affiliation:** Institute of Health and Society, UCLouvain

**Corresponding address:** [lucia.alvarez@uclouvain.be](mailto:lucia.alvarez@uclouvain.be)

### INTRODUCTION

People with chronic wounds often have complex care needs requiring generalist care but also specialised care. Coordination between care providers is thus recognized 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 situations lived by such 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 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 trajectories with healthcare providers suggests a high need for coordination for these patients, namely to address unmet needs. First results suggest that nurses could play 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 referent 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

## Les trajectoires de soins comme outil d'exploration des besoins de coordination des personnes souffrant de plaies chroniques et vivant dans des situations complexes

**Auteurs :** Lucia Alvarez Irusta, Thérèse Van Durme, Jean Macq

**Affiliation :** Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain

**Adresse de correspondance :** [lucia.alvarez@uclouvain.be](mailto:lucia.alvarez@uclouvain.be)

### INTRODUCTION

Les personnes souffrant de plaies chroniques ont souvent des besoins complexes en matière de soins, nécessitant des soins généralistes, mais aussi des soins spécialisés. La coordination entre les prestataires de soins est donc reconnue comme un défi majeur pour améliorer la continuité et les soins centrées sur la personne de ces personnes. Cependant, nous ne disposons pas d'une vision claire sur les situations vécues par cette population. Cette étude vise à explorer avec les soignants ces situations à travers une typologie des caractéristiques des trajectoires de soins.

### MÉTHODE

Une démarche en trois étapes a été réalisée en utilisant des méthodes mixtes. Tout d'abord, nous avons construit des trajectoires de soins pour cette population à partir des données des soins remboursés en utilisant un modèle de mélange multinomial pour un échantillon représentatif de la population belge. Des indicateurs complémentaires d'utilisation des soins de santé ont été calculés pour chaque trajectoire. Deuxièmement, nous avons mené des entretiens semi-structurés ( $n=7$ ) au sein d'un échantillon de convenance afin d'explorer la complexité des situations et d'interpréter les trajectoires. Enfin, 43 prestataires de soins de santé travaillant en groupe ont étudié les besoins de coordination pour cette population dans le cadre d'un atelier basé sur les résultats précédents.

### RÉSULTATS

Nous avons construit douze types de trajectoires de soins différents, dont cinq présentaient une intensité de soins plus élevée, avec une prédominance de soins (à domicile) généralistes et de transitions. L'exploration de ces trajectoires avec les prestataires de soins de santé suggère un besoin élevé de coordination pour ces patients, notamment pour répondre aux besoins non satisfaits. Les premiers résultats suggèrent que les infirmières pourraient exercer un leadership dans la coordination des soins pour cette population.

### DISCUSSION

L'utilisation des soins de plaies chroniques comme cas pour soutenir les personnes vivant dans des situations complexes nous permet de montrer que les longs épisodes de traitement des plaies placent les infirmières dans une position favorable pour agir comme référent du patient afin d'assurer une coordination entre les prestataires de soins adaptés au point de vue des patients, surtout lorsque les autres prestataires s'impliquent moins. Cependant, des compétences et des conditions spécifiques doivent être remplies pour assumer ce rôle.

### CONCLUSION

Les trajectoires des soins nous ont permis d'explorer les situations vécues et les besoins de coordination des personnes à domicile souffrant de plaies chroniques.

### MOTS CLÉS

besoins complexes, plaies chroniques, coordination

## What is good primary care? Experiences of patients and informal caregivers in Flanders.

**Authors:** Dagje Boeykens<sup>1</sup>, Muhammed Mustafa Sirimsi<sup>2</sup>, Lotte Timmermans<sup>3</sup>, Maja Lopez Hartmann<sup>4</sup>, Dominique Van de Velde<sup>15</sup> & Patricia De Vriendt<sup>156</sup>

**Affiliation:** <sup>1</sup> University of Ghent, <sup>2</sup> University of Antwerp, <sup>3</sup> Catholic University of Leuven, <sup>4</sup> Karel De Grote University College, <sup>5</sup> Artevelde University of Applied Sciences <sup>6</sup> Vrije Universiteit Brussel

**Address:** [dagje.boeykens@ugent.be](mailto:dagje.boeykens@ugent.be)

### INTRODUCTION

The increasing number of chronic patients requires a reorganization of current primary healthcare systems to meet patients' needs. Previous research focused on one-on-one interviews with patients to elicit these needs, but research with patients-informal caregiver dyads is rare. Our study explored needs, preferences, facilitators, and barriers towards primary care experiences of the dyads' perspectives.

### METHOD

This study relies on a phenomenological-hermeneutical philosophy and consisted of in-depth, semi-structured interviews with patient-informal caregiver dyads. An open-ended interview guide was used to elaborate on the dyads' experiences regarding primary care. A purposive, maximal variation sampling was applied to recruit participants.

### RESULTS

Based on sixteen dyads' reflections, 'good' care was defined as '*listening and giving attention to what patients want, to what they strive for, and above all to endorse them in their autonomy in a supporting environment of a team of formal caregivers, family, and friends*'.

### DISCUSSION

This study addresses the majority of the primary care needs in contrast of focusing on one care aspect. Earlier studies mostly performed one-on-one interviews instead of dyads. The presence of an informal caregiver was experienced as supportive.

### CONCLUSION

To meet dyads' needs, self-management should be fully addressed in an interprofessional environment in which the patient is the important partner. The findings may facilitate a paradigm shift to encourage patients in their strengths, their needs and their collaboration in an interprofessional team.

### KEY WORDS

Primary care – chronic conditions – informal caregivers

## Wat is goede eerstelijnszorg? Inzichten van patiënten en hun mantelzorgers.

**Auteurs:** Dagje Boeykens<sup>1</sup>, Muhammed Mustafa Sirimsi<sup>2</sup>, Lotte Timmermans<sup>3</sup>, Maja Lopez Hartmann<sup>4</sup>, Dominique Van de Velde<sup>15</sup> & Patricia De Vriendt<sup>156</sup>

**Affiliation:** <sup>1</sup> Universiteit Gent, <sup>2</sup> Universiteit Antwerpen, <sup>3</sup> KU Leuven <sup>4</sup> Karel De Grote Hogeschool, <sup>5</sup> Artevelde Universiteit voor Toegepaste wetenschappen <sup>6</sup> Vrije Universiteit Brussel

**Adres:** [dagje.boeykens@ugent.be](mailto:dagje.boeykens@ugent.be)

### INTRODUCTIE

Het toenemende aantal chronische patiënten vraagt om een reorganisatie van het huidig gezondheidszorgsysteem om aan de behoeften van patiënten te voldoen. Voorgaand onderzoek baseerde voornamelijk op een-op-een interviews, 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 dyads met betrekking tot eerstelijnszorg te ontdekken. Duo's werden gerekruteerd met behulp van een selecte, maximale variatie steekproef.

### RESULTATEN

Zestien patiënt-mantelzorger duo's definiëren goede 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 er 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.

### KERNWOORDEN

eerstelijnszorg – chronische aandoening – mantelzorgers

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

**Authors :** Macq J.; Herbaux D.; Van Durme Th.; Capiau M.

**Affiliations :** Institute of Health and Society, UCLouvain

**Corresponding address :** [jean.macq@uclouvain.be](mailto:jean.macq@uclouvain.be)

### INTRODUCTION

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

In the same time, 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 these 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 centered local system integration.

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

### METHODS

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 co-creation process of reflection.

At micro-level, we identified and classified 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 in 5 modules, starting from clarifying concept related to care integration, primary care and local health system. It develops thereafter a systematic approach giving competencies to analyze a situation (at individual and population level) and identify relevant strategies.

At the same time, a policy dialogue using HSO referential 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 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 at micro and meso-level and the refection at macro level will indeed contribute to improving care integration with a focus on primary care and territorial approach.

### KEY WORDS

integrating care, primary care, territorial approach, training, policy dialogue

## **Des soins intégrés comme slogan à l'amélioration de l'intégration du système local centrée sur les soins primaires**

**Auteurs :** Macq J.; Herbaux D.; Van Durme Th.; Capiau M.

**Affiliations :** Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain

**Adresse de correspondance :** [jean.macq@uclouvain.be](mailto:jean.macq@uclouvain.be)

### **INTRODUCTION**

Les soins intégrés sont devenus un « mot à la mode » dans les politiques de soins de santé belges. Par conséquent, il manque en grande partie de cohérence. En outre, cela pourrait contribuer à accroître la confusion plutôt que l'orientation des futures réformes, en particulier dans les régions wallonnes et bruxelloises.

Parallèlement, de plus en plus de données probantes sont maintenant disponibles à la suite de diverses « vagues » de projets pilotes : projets « protocole3 » pour les personnes âgées fragiles, de réseaux « psy 107 » pour les personnes atteintes de maladies psychiatriques, de projets de « soins intégrés pour une meilleure santé » pour les personnes avec maladies chroniques, etc.

Pour tirer le meilleur parti de ces données probantes et clarifier les significations et les moyens d'améliorer l'intégration des soins, nous avons décidé en 2020 de développer une réflexion au niveau micro (individuel) et méso (population) avec une option claire d'améliorer l'intégration du système local centré sur les soins primaires.

L'objectif de cette présentation est d'expliquer nos stratégies dans le but de contribuer à une meilleure intégration des soins de santé.

### **MÉTHODE**

Nous avons d'abord construit un cadre d'analyse pour les niveaux de micro et de méso. Cela a été inspiré par les normes de HSO Canada, les leçons tirées de l'évaluation des projets de « soins intégrés pour une meilleure santé » et l'expérience acquise en organisant et en enseignant un cours sur l'organisation du système et des réseaux de santé.

Au niveau macro, nous avons utilisé les normes HSO pour favoriser le processus de co-création de la réflexion.

Au micro-niveau, nous avons identifié et classé l'expérience existante en Belgique et dans les pays francophones pour créer une unité d'enseignement pour les professionnels de la santé.

### **RÉSULTATS**

Un cours ouvert en ligne massif (MOOC) débutera en octobre 2021. Il utilise l'analyse individuelle des processus de soins cliniques (sous forme narrative) comme point d'entrée. Il est divisé en 5 modules, commençant par une clarification du concept lié à l'intégration des soins, aux soins primaires et au système de santé local. Il propose par la suite une approche systématique donnant des compétences pour analyser une situation (au niveau individuel et au niveau de la population) et identifier les stratégies pertinentes.

Dans le même temps, un dialogue « politique » utilisant le référentiel HSO est également en cours. Il a été lancé avec des intervenants, représentatifs des hôpitaux, des soins primaires, des mutuelles et des professionnels. Il examine l'intégration des soins avec un accent clair sur l'approche territoriale.

### **DISCUSSION**

L'amélioration de l'intégration des soins est un processus complexe qui nécessite des stratégies étroitement liées aux différents niveaux du secteur des soins de santé en Belgique francophone. On s'attend à ce que le MOOC au niveau micro et méso et la réflexion au niveau macro contribuent en



effet à améliorer l'intégration des soins en dans une optique de renforcement des soins primaires et d'une approche territoriale.

MOTS CLÉS

intégration des soins, soins primaires, approche territoriale, formation, dialogue politique



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

**Authors:** Van Durme, Thérèse<sup>1</sup>; Jean-Luc Belche<sup>2</sup>; Hubert Jamart<sup>2</sup>; De Munck, Paul<sup>3</sup>; Macq, Jean<sup>1</sup>

**Affiliation:** <sup>1</sup>Institute of Health and Society, UCLouvain, <sup>2</sup> University Department of General Practice, ULiège, <sup>3</sup>Plateforme de la Première Ligne Wallonne

**Corresponding address:** therese.vandurme@uclouvain.be

### 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 territorial structuration. We conducted a 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 analyzed 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 reinforced : (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 as 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

## La pandémie de Covid-19 comme étude de cas pour identifier les forces et les faiblesses de la première ligne en Wallonie

**Auteurs:** Van Durme, Thérèse<sup>1</sup>; Jean-Luc Belche<sup>2</sup>; Hubert Jamart<sup>2</sup>; De Munck, Paul<sup>3</sup>; Macq, Jean<sup>1</sup>

**Affiliation:** <sup>1</sup>Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain, <sup>2</sup>Département Universitaire de Médecine Générale, ULiège, <sup>3</sup>Plateforme de la Première Ligne Wallonne

**Adresse de correspondance:** therese.vandurme@uclouvain.be

### INTRODUCTION

Une première ligne de qualité devrait être la pierre angulaire d'un système de santé solide et résistant en temps de crise. En Belgique francophone, l'absence d'une structure territoriale de la première ligne, soutenue par tous, semble être une des raisons pour laquelle la première ligne est peu robuste. En région wallonne, la Plate-forme wallonne de la première ligne vise à favoriser la collaboration interprofessionnelle pour de meilleurs soins, ce que nous considérons comme une opportunité d'évoluer vers une structuration territoriale. Nous avons mené une recherche qualitative lors de la première vague de la pandémie Covid-19 afin de déterminer comment, pourquoi et pour qui les soins de première ligne en région wallonne ont été renforcés ou affaiblis.

### MÉTHODE

Nous avons utilisé le schéma de Bitton pour analyser la première ligne et guider notre recherche. Au moyen d'entretiens qualitatifs hebdomadaires, d'avril à septembre 2020, nous avons exploré les événements critiques de la première vague de la crise Covid-19 avec des acteurs clés de dix disciplines différentes de la première ligne. Ces données ont été complétées par une analyse documentaire.

### RÉSULTATS

Au total, nous avons analysé 84 documents et 104 entretiens. Les résultats ont montré de nombreux exemples de bonnes pratiques de soins proactifs et flexibles. Mais nous avons également trouvé cinq domaines dans lesquels la première ligne wallonne devraient être renforcés : (a) une gouvernance de la première ligne, ancrée dans un territoire, permettant un leadership partagé et une implication de la communauté ; (b) une approche basée sur les données pour l'amélioration de la qualité et l'apprentissage continu ; (c) des outils et des espaces pour le partage interdisciplinaire d'informations sur les patients et la population, mais aussi sur les meilleures pratiques ; (d) l'adaptation de la formation pour permettre aux prestataires actuels et futurs de relever le défi de la première ligne et (e) des ressources adéquates.

### DISCUSSION & CONCLUSION

Une crise telle que la pandémie peut révéler et faire prendre conscience des forces et faiblesses actuelles du système. Les bonnes pratiques de soins devraient être reconnues mais les événements critiques survenus pendant une crise ont révélé les domaines dans lesquels la première ligne devrait être renforcée afin de soutenir les bonnes pratiques existantes permettant l'intégration des soins à tous les niveaux du système de santé, tout au long des trajectoires de vie des personnes et des populations. Une prochaine étape logique devrait être la définition du territoire, de sa vision et de ses missions, en tenant compte des forces et faiblesses actuelles de la première ligne wallonne.

### MOTS CLÉS

première ligne - structuration territoriale - Covid-19

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

**Authors:** Delphine Kirkove, Bernard Voz, Benoit Pétré

**Affiliation:** Department of Public Health Sciences, Université de Liège

**Corresponding address:** delphine.kirkove@uliege.be

### INTRODUCTION

Because of a lack of systemic support in the recent years, community health in Belgium materialize in isolated initiatives rather than an integrated package in 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 fall 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 1801 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

## Etat des lieux de l'implémentation des principes liés à l'approche en Santé communautaire dans les pratiques des structures de la première ligne en Belgique francophone

**Auteurs:** Delphine Kirkove, Bernard Voz, Benoit Pétré

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

**Adresse de correspondance:** delphine.kirkove@uliege.be

### INTRODUCTION

Du fait d'un désinvestissement au cours des dernières années, les pratiques de santé communautaire relèvent davantage d'initiatives isolées que d'une philosophie de travail pour l'ensemble du territoire. Des appels récents, tant politiques que scientifiques, motivent à redynamiser ces pratiques. Nous souhaitons comprendre comment les principes de santé communautaire guident le travail des acteurs de la première ligne en région wallonne et bruxelloise.

### MÉTHODE

En automne 2020, toutes les institutions de la première ligne ont été invitées à participer à une étude quantitative, observationnelle et transversale par questionnaire en ligne auto-administré. Sur base d'un croisement de littérature, huit principes de l'approche en santé communautaire ont été questionnés.

### RÉSULTATS

Sur 1801 organisations incluses dans l'étude, 332 organisations réparties sur le territoire belge francophone ont répondu à l'enquête. Les pratiques actuelles présentent les caractéristiques suivantes : dominées par les activités spécifiques à la prévention et la promotion, ciblant principalement le comportement individuel, présentant une plus faible proportionnalité d'activités collectives, initiées par un groupe de professionnels, faisant peu appel à la participation du public et avec une pratique collaborative limitées aux secteurs de la santé et du social. La difficulté la plus importante est la participation du public aux activités, bien avant le manque de moyens humains et matériels.

### DISCUSSION

Ces résultats mettent en évidence un déséquilibre quant à l'application des principes sensés guider une approche de santé communautaire. Cette étude invite à soutenir les professionnels de la première ligne dans l'appropriation de ces principes et leur mise en contexte.

### MOTS CLÉS

Santé communautaire, Belgique francophone, quantitative

## Configuration of primary care practices

**Authors:** Hubert Jamart<sup>1</sup> Van Durme, Thérèse<sup>2</sup>; Macq, Jean<sup>2</sup>; Béatrice Scholtes<sup>1</sup>; Jean-Luc Belche<sup>1</sup>

**Affiliation:** <sup>1</sup>University Department of General Practice, ULiège, <sup>2</sup>Institute of Health and Society, UCLouvain

**Corresponding address:** hjamart@uliege.be

### INTRODUCTION

Primary care practices are growing in various contexts in Europe in general and in Belgium particularly. Even though solo practices still exist and are even the main sort 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 professionals that should be associated, nor the population that this team should be responsible for.

### METHOD

We made a 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 problematization note exploring the different concepts. We used the European Expert Panel primary care dimensions in order to characterize what 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), either there is a freedom of choice (Belgium). The denominator is therefore quite difficult to apprehend in order to compare practices and their populations of responsibility. The next aspect that was questioning 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 have an influence on the workload and the number of patient's one general practitioner can take in charge.

### DISCUSSION & CONCLUSION

It is not quite clear through the literature what recommendations could be done in order to match a certain number of patients to a practice. Nor how a practice is organized: patient lists are usually studied linked to a general practitioner more 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

## Exploration des pratiques de première ligne : d'une taille de patientèle à la configuration d'une pratique

**Auteurs:** Hubert Jamart<sup>1</sup>; Van Durme, Thérèse<sup>2</sup> ; Macq, Jean<sup>2</sup> ; Béatrice Scholtes<sup>1</sup> ; Jean-Luc Belche<sup>1</sup>

**Affiliation:** <sup>1</sup>Département Universitaire de Médecine Générale, ULiège, <sup>2</sup>Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain

**Adresse de correspondance :** hijamart@uliege.be

### INTRODUCTION

Les pratiques de première ligne sont de plus en plus nombreuses en Europe d'une façon générale et en Belgique en particulier. Quoique la prévalence des pratiques solistes soit toujours très importante dans certains contextes, l'avenir de la première ligne de soins est définitivement tourné vers les pratiques de groupe multidisciplinaire. Le médecin généraliste reste la pierre angulaire de ces pratiques ; mais la diversité des autres métiers de première ligne associés dans ces pratiques n'est pas aussi clairement définie. Finalement la population de responsabilité dont dépendraient ces pratiques n'est pas clairement délimitée.

### METHODE

Nous avons réalisé une revue narrative de la littérature qui s'intéressait à la taille des patientèles des pratiques de soins primaires. Nous avons ensuite construit une table d'évidence et finalement une note de problématisation explorant les différents concepts. Nous nous sommes servis du 'Expert Panel on effective ways of investing in Health' (EXPH) et des dimensions proposées comme grille d'analyse pour observer les différents résultats des études retenues.

### RESULTATS

Les patientèles sont définies différemment selon les contextes. Selon l'organisation des systèmes de soins, il peut y avoir une définition claire d'une population de référence (UK), liberté de choix du patient (Irlande), ou des systèmes plus hybrides, à incitants, comme en Belgique. Il est dès lors compliqué de comparer les pratiques dans ces différents contextes sur la seule base de leur population de responsabilité. Nous nous sommes dès lors interrogés sur les différents types de services qui sont offerts par ces pratiques. En effet, nous souhaitons pouvoir comparer des pratiques avec une approche généraliste, qui offrent des paquets de service globaux, incluant différents aspects dont des soins curatifs, mais aussi préventifs, avec de la promotion à la santé. Quoique les patientèles soient classiquement attribuées à des médecins généralistes, plus qu'à des pratiques de groupe multidisciplinaire, l'organisation même de la pratique influencera deux choses. D'une part l'étendue des services qui y seront proposés, et d'autre part la taille de la patientèle. Finalement, la morbidité des patients va inévitablement influencer la charge de travail et par la même la taille de la patientèle.

### DISCUSSION & CONCLUSION

Il n'est pas évident de trouver dans la littérature des recommandations pour estimer un nombre de patients à assigner à une pratique. A travers cette recherche, trois éléments majeurs semblent tout de même intimement liés à la notion de patientèle d'une pratique de soins de première ligne : l'organisation de la pratique, la charge en morbidité et le paquet de services délivrés. Par ailleurs, d'autres éléments sont indispensables et devraient faire l'objet de notre attention : la participation des patients et la satisfaction des professionnels.

### MOTS CLÉS

Taille de patientèle, travail en équipe multidisciplinaire, population de responsabilité.

## **Implementation science: the use of models and frameworks**

**Authors:** Ine Huybrechts, prof. dr. Peter Raeymaeckers, prof. dr. Anja Declercq, prof. dr. Emily Verté, prof. dr. Sibyl Anthierens

**Affiliation:** University of Antwerp & Free University of Brussels

**Address:** [ine.huybrechts@vub.be](mailto:ine.huybrechts@vub.be)

### INTRODUCTION

Within the field of implementation science, various frameworks and models exist to support the uptake of research findings and evidence-based practices. However, they are often not sufficiently actionable or targeted for use by intervention designers. Our objective is to map various frameworks and models, aiming to find the key constructs that form the foundation of an implementation model.

### METHODS

A narrative review was conducted. From the different implementation frameworks the core phases, components or other elements or models were extracted and listed. We analysed similarities and differences between the frameworks and models and elaborated on their core building blocks.

### RESULTS

A total of 28 implementation frameworks and models were included in our analysis. Three core phases and three core components were identified: a development phase, translation phase and sustainment phase and the intended change, context and implementation strategies.

### DISCUSSION

The core phases and components that were identified will be the foundation for further research that aims to develop a new model that provides guidance to develop and implement complex interventions in primary care. This will help to build evidence on how to best introduce change in specific primary care settings. We will engage the audience to reflect upon how these core components are believed to interact and affect implementation outcomes. By using concrete examples and ask about own experiences, they are asked to intuitively prioritize certain context variables and implementation strategies. This will help to further develop our model.

### KEYWORDS

implementation frameworks, implementation models, primary care interventions

## **Implementatiewetenschap: het gebruik van modellen en kaders**

**Auteurs:** Ine Huybrechts, prof. dr. Peter Raeymaeckers, prof. dr. Anja Declercq, prof. dr. Emily Verté, prof. dr. Sibyl Anthierens

**Affilatie:** Universiteit Antwerpen en Vrije Universiteit Brussel

**Adres:** Ine.huybrechts@vub.be

### INTRODUCTIE

Binnen 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 om 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.

### METHODEN

We voerden een narrative review uit. De voornaamste fasen, componenten en andere elementen van ieder kader of model werden geïdentificeerd en opgeliist. 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 vertaalfase en een vestigingsfase en de beoogde verandering, de context en implementatiestrategieën.

### DISCUSSIE

De kernfasen en -componenten die geïdentificeerd werden vormen de basis voor verder onderzoek dat als doel heeft een nieuw model te ontwikkelen die ondersteuning biedt om complexe interventies binnen de eerste lijn te ontwikkelen en implementeren. Dit zal bijdragen om kennis te vergaren over hoe verandering in specifieke eerstelijnssettings het best geïntroduceerd kan worden. We zullen het publiek aanmoedigen 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. Dit zal ons helpen het model verder te ontwikkelen.

### TREFWOORDEN

implementatiekaders, implementatiemodellen, eerstelijnsinterventies

## Quality improvement programmes in primary healthcare centres

**Author :** Madeleine Capiau

**Affiliation :** Institute of Health and Society, UCLouvain

**Corresponding address :** [madeleine.capiau@uclouvain.be](mailto:madeleine.capiau@uclouvain.be)

### INTRODUCTION

Literature 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. The study aims to analyze the development phase of a quality improvement program in Belgian community health centers, DEQuaP “Let’s develop together the quality of our practices”. Specially, 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 DEQuaP program development process documents.

### RESULTS

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

### DISCUSSION

The diversity of organizational cultures within community health centers appears to be an essential contextual factor in understanding the key phases of the DEQuaP program’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 like community health centers.

### CONCLUSION

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

### KEY WORDS

community health centers, quality improvement intervention development’s phase, organizational culture.

## Evaluation du programme DeQuap dans les maisons médicales

**Auteur :** Madeleine Capiau

**Affiliation :** Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain

**Adresse de correspondance :** madeleine.capiau@uclouvain.be

### CONTEXTE

L'impact du contexte sur les résultats des interventions d'amélioration de la qualité a été démontré. Pourtant, les influences contextuelles ne sont pas pleinement anticipées dans le processus de développement de ces mêmes interventions. L'objectif de notre étude est d'analyser ce processus pour un programme d'amélioration de la qualité en maison médicale, le programme DEQuaP, pour l'acronyme « développons ensemble la qualité de nos pratiques ».

### METHODES

Nous avons conduit une recherche au design qualitatif. Dix entretiens semi-structurés avec des parties prenantes, ayant été impliquées de près ou de loin dans le développement du programme, et une revue documentaire relative au développement du programme ont ainsi réalisés.

### RÉSULTATS

Nous avons pu : 1) décrire les évolutions du programme de sa réflexion jusqu'à son implantation et 2) identifier les facteurs explicatifs de ces évolutions.

### DISCUSSION

La diversité des cultures organisationnelles au sein des maisons médicales apparaît être un facteur contextuel important pour comprendre les phases clés du développement du programme DEQuaP. Ainsi, puisque développement et implantation interagissent, cette diversité de cultures organisationnelles devrait nous permettre de mieux comprendre comment et pourquoi des programmes d'amélioration de la qualité au sein des pratiques de groupes pluridisciplinaires de première ligne, telles que les maisons médicales, fonctionnent.

### CONCLUSION

Comprendre comment et pourquoi la culture organisationnelle influence les programmes d'amélioration de la qualité est probablement essentiel pour véritablement renforcer la qualité des structures de première ligne.

### MOTS-CLÉS

maison médicale, phase de développement d'intervention d'amélioration de la qualité, culture organisationnelle.

