Onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en verpleegkundigen rond pijn in de palliatieve fase in de RVT-setting.

Stijn Van Elewyck, KU Leuven

Promotor: Dr. Mieke Vermandere, KU Leuven

Masterproef huisartsgeneeskunde

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2016 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Voorwoord

Graag zou ik deze masterproef beginnen door enkele personen te bedanken die mij geholpen hebben met het tot stand brengen van deze masterproef.

Ten eerste wil ik graag mijn promotor Dr. Mieke Vermandere bedanken voor de ondersteuning bij het uitvoeren van deze masterproef en de vele goede aanwijzingen die ze mij heeft gegeven.

Vervolgens wil ik ook de artsen bedanken die zich bereid hebben getoond om mee te werken aan mijn masterproef en de tijd hebben voorzien om zich door mij te laten interviewen. Ook was hun kennis over palliatieve zorgen voor mij een mooi meegenomen leermoment.

Verder wens ik ook graag het WZC Berckenbosch te bedanken voor het ter beschikking stellen van hun verpleegkundigen. Ik wil deze verpleegkundigen ook danken voor hun tijd en moeite. Hun visie op communicatie tussen arts en verpleegkundige ga ik in mij carrière meenemen, telkens ik met verpleegkundigen mag samenwerken.

Mijn praktijkopleider Dr. Jo Peeters wens ik via deze weg ook te bedanken voor het helpen afbakenen van het onderwerp van mijn masterproef en voor mij de tijd en ruimte te geven om mijn masterproef te kunnen uitwerken.

Ook dank ik mijn collega Dr. Marina Essers voor mij in contact te brengen met de artsen van de werkgroep palliatieve intervisie. Hun bijdrage aan de masterproef was dan ook erg belangrijk.

Ten slotte wens ik mijn vriendin Marieline, mijn ouders en mijn broer te bedanken voor mij te steunen tijdens het maken van deze masterproef en voor mij het nodige vertrouwen te schenken tijdens de studies voordien.

Abstract

Onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en verpleegkundigen rond pijn in de palliatieve fase in de RVT-setting.

Huisarts in opleiding: Stijn Van Elewyck, KULeuven

Academiejaar: 2016-2018

Promotor: Dr. Mieke Vermandere, KU Leuven

Praktijkopleider: Dr. Jo Peeters

Inleiding: Elke huisarts wordt tijdens zijn loopbaan geconfronteerd met palliatieve patiënten. In de RVT-setting gebeurt de zorg in nauwe samenwerking tussen verplegend personeel en de huisarts, opdat in elk aspect van de zorg voorzien kan worden. Zeker in een palliatieve situatie dient er intens samen gewerkt te worden om in een zo goed mogelijk comfort te kunnen voorzien. Dit vereist primordiaal een duidelijke heldere communicatievorm tussen beide partijen. De behandeling van pijn in de palliatieve setting is een uitdaging voor de huisarts, waarbij hij nood heeft aan de ondersteuning van het verplegend personeel. Dit zowel naar signalisatie van het pijnprobleem als naar de praktische uitvoering van het opgestelde beleid. In deze studie worden zowel het verplegend personeel als de huisarts bevraagd naar hun visie op de communicatie omtrent de pijnbeleving door de patiënt in de palliatieve situatie.

Onderzoeksvraag: Hoe ervaren de huisartsen en het verplegend personeel de communicatie omtrent pijn in het kader van een palliatieve patiënt in een RVT-setting? Waar liggen de eventuele verbeterpunten? Worden er eventueel alternatieve communicatiestrategieën aangereikt?

Methodologie: Een kwalitatief onderzoeksopzet, gebruik makende van semigestructureerde interviews met op voorhand opgestelde vragenlijsten. Daarna inventarisatie en analyse van de antwoorden van de interviews op een gestandaardiseerde manier. Tenslotte opstellen van aanbevelingen die toepasbaar zijn in de praktijk.

Resultaten: Bij tien artsen en bij negen verpleegkundigen worden er interviews afgenomen. Uit deze interviews komen er bij beide beroepsgroepen telkens acht thema's naar voren die volgens hen een significante invloed hebben op de communicatie. Zeven thema's delen de beide beroepsgroepen, maar ze geven er soms wel een andere invulling aan. Deze thema's zijn de communicatiekanalen, het stellen van behandeldoelen, signalisatie van het pijnprobleem, de communicatie met artsen die de permanentie verzorgen, de invloed van ervaring en kennis over palliatieve zorgen op de communicatie, de invloed van de familie op de communicatie en het vertrouwen en respect van de arts naar de verpleegkundige toe. Elke beroepsgroep heeft nog één uniek thema. Bij de artsen is dit de overdracht van informatie, bij verpleegkundigen de communicatie rond staande orders. Na deze resultaten uit de literatuur te toetsen aan de beschikbare literatuur worden er aanbevelingen opgesteld.

Conclusies: Communicatie blijft een cruciaal onderdeel van de behandeling van pijn in de palliatieve fase. Artsen en verpleegkundigen geven grotendeels dezelfde thema's aan die een invloed hebben op de communicatie. De invulling van deze thema's kan wel verschillen. Aanbevelingen worden opgesteld om de communicatie te optimaliseren.

Inhoudstafel

1. Introductie masterproef p. 6
2. Methodologie p. 7
    - 2.1 Onderzoeksopzet p. 7
    - 2.2 Deelnemers p. 7
    - 2.3 Datacollectie p. 8
    - 2.4 Data-analyse p. 9

3. Resultaten p. 10
    - 3.1 Deelnemers . p. 10
    - 3.2 Resultaten uit de interviews p. 12
4. Discussie
    - 4.1 Observaties uit de studie met toetsingen aan de literatuur p. 19
    - 4.2 Beperkingen van de studie p. 21
    - 4.3 Aanbevelingen voor in de praktijk p. 22

5. Conclusie p. 23

6. Referentielijst p. 24

7. Bijlagen p. 25

1. Introductie masterproef

Huisartsgeneeskunde is een medische discipline waarbij de arts patiënten begeleidt vanaf het eerste levensjaar tot aan de terminale fase van het leven.. Elke huisarts wordt tijdens zijn loopbaan geconfronteerd met palliatieve patiënten.

Het grootste deel van de patiënten overlijdt in het ziekenhuis of de eigen thuisomgeving, maar desondanks overlijdt een aanzienlijk deel, 23,2%, ook in een RVT-setting.(1) In de RVT-setting gebeurt de zorg in nauwe samenwerking tussen verplegend personeel en de huisarts, opdat in elk aspect van de zorg voorzien kan worden. Zeker in een palliatieve situatie dient er intens samen gewerkt te worden om in een zo goed mogelijk comfort te kunnen voorzien. Dit vereist primordiaal een duidelijke heldere communicatievorm tussen beide partijen.(2)

Voor een arts neemt lichamelijke zorg, naast de vermelde andere facetten, een prominente plaats in. (3) .Binnen deze lichamelijke zorg vormt de beheersing van pijn een zeer grote uitdaging. Voor patiënt, omgeving en arts is pijn het symptoom dat het meeste angst inboezemt. De behandeling van pijn in de palliatieve setting is een uitdaging voor de huisarts, waarbij hij nood heeft aan de ondersteuning van het verplegend personeel. Dit zowel naar signalisatie van het pijnprobleem als naar de praktische uitvoering van het opgestelde beleid. Indien er in de communicatie tussen arts en verplegend personeel sprake is van miscommunicatie, kan dit voor de patiënt negatieve consequenties hebben. (4)

In deze studie worden zowel het verplegend personeel als de huisarts bevraagd naar hun visie op de communicatie omtrent de pijnbeleving door de patiënt in de palliatieve situatie.

Het doel van deze studie is dus om na te gaan hoe deze communicatie over pijnbeleving in een palliatieve setting tussen de verpleegkundigen werkzaam in een RVT-setting en de huisartsen momenteel verloopt ,op welke punten deze communicatie eventueel kan verbeteren en of er al alternatieve communicatiestrategieën kunnen worden aangereikt en geïmplementeerd.

2. Methodologie

2.1 Onderzoeksopzet

Het opzet van deze studie was om een beter beeld te verkrijgen over hoe de communicatie over pijn in de palliatieve setting tussen huisarts en verpleegkundigen in het woonzorgcentrum op dit moment verliep. Dit werd uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde interviews met behulp van een topic guide. Aansluitend volgde dan een thematische analyse van de uitgeschreven interviews. Tenslotte werden de resultaten vergeleken met de literatuur en zo mogelijk werd er een aanbeveling gegeven om de communicatie op gerichte verbeterpunten te optimaliseren.

2.2 Deelnemers

Wie zijn de deelnemers?

Bij dit onderzoek werd er gewerkt met twee verschillende groepen van deelnemers. De eerste groep bestond uit verpleegkundigen werkzaam in een woonzorgcentrum. De andere groep bestond uit huisartsen die hun eigen patiënten begeleiden in een woonzorgcentrum.

Welke zijn de in-en exclusiecriteria?

Voor de verpleegkundigen hadden we als inclusiecriteria dat ze momenteel werkzaam zijn in een woonzorgcentrum en dat ze al minimaal één palliatieve begeleiding in een woonzorgcentrum hadden uitgevoerd. Thuisverpleegkundigen of verpleegkundigen werkzaam in een ziekenhuis-setting werden niet bevraagd in de studie.

Voor de huisartsen hadden we als inclusiecriteria dat ze momenteel hun eigen patiënten in een woonzorgcentrum opvolgen en dat ze al minimaal één palliatieve begeleiding in het woonzorgcentrum hadden uitgevoerd. Coördinerende en raadgevende artsen (CRA) werden niet in deze capaciteit bevraagd in de studie.

Hoe werden de deelnemers gerekruteerd?

Voor de rekrutering van de verpleegkundigen werd er in eerste instantie contact opgenomen met het WZC Berckenbosch te Heusden-Zolder. Op hun algemeen palliatief overleg van december 2016 werd de studie voorgesteld en hun medewerking gevraagd. Zij stemden toe om negen van hun verpleegkundigen beschikbaar te stellen voor een interview.

Voor de rekrutering van de huisartsen werd er een mail rondgestuurd naar de huisartsen van de wachtkring Houthalen-Helchteren waarin de studie kort werd voorgesteld, de inclusiecriteria werden vermeld en waarbij hun medewerking werd gevraagd. Verder kon de studie ook via mail worden voorgesteld aan een werkgroep palliatieve intervisie met behulp van Dr. Marina Essers, huisarts werkzaam te Houthalen. Bij een positief antwoord werd dan het tijdstip van het interview afgesproken.

2.3 Datacollectie

Topic guide

De semigestructureerde interviews werden afgenomen aan de hand van een topic guide. Deze topic guide werd op voorhand opgesteld waarbij er bepaalde topics werden geselecteerd om aan bod te komen. De topic guide bestond in twee versies waarbij een versie voorzien was voor de verpleegkundigen in het woonzorgcentrum en de andere versie voorzien was voor de huisartsen. De topics waren bijna identiek voor de beide groepen van deelnemers, maar de vraagstelling werd aangepast aan de groep van deelnemers zodat het topic meer relevant werd voor hun dagelijkse werking. Op deze manier konden de beide groepen hun visie geven rond het topic, en konden later de antwoorden van de beide groepen per topic worden vergeleken. Er werd getracht om zoveel mogelijk met open vragen te werken en waar nodig in enkele gesloten subvragen te voorzien. De vragen van de originele topic guide werden gebaseerd op de literatuur en meer bepaald over specifieke aspecten van de communicatie die naar voren werden geschoven als relevant voor een optimale communicatie in een palliatieve setting. Indien bij het afnemen van de interviews enkele thema's aan bod kwamen die niet werden bevraagd bij de originele topic guide, dan kon de topic guide door de onderzoeker worden aangepast.

Semigestructureerd interview

De semigestructureerde interviews werden face-to-face afgenomen. De onderzoeker nam de interviews persoonlijk af. Elk interview werd individueel afgenomen waarbij er dus slechts twee actoren aanwezig waren, namelijk de onderzoeker en de deelnemer. Er waren dus geen dubbelinterviews voorzien.

Opname van het interview

Het interview werd enkel auditief, dus niet visueel, opgenomen. Tijdens het interview kon de onderzoeker wel schriftelijk nota's maken. Deze nota's hadden betrekking tot de non-verbale communicatie van de deelnemer of een persoonlijke opmerking van de onderzoeker.

Transcriptie van het interview

Na het afnemen van het interview werd er een integrale transcriptie van het interview gemaakt door de onderzoeker waarbij de audio-opname als bron diende.

Datasaturatie

De datacollectie werd, indien mogelijk, volgehouden tot er datasaturatie werd bereikt. Dit was het punt waarop er geen nieuwe thema's meer werden aangereikt met betrekking tot de onderzoeksvraag van deze studie.

2.4 Data-analyse

Familiarisatie

Bij kwalitatief onderzoek is het belangrijk dat de onderzoeker zich in eerste instantie familiariseert met de bekomen data. De interviews werden door de onderzoeker zelf afgenomen. Ook de transcriptie werd door de onderzoeker uitgevoerd. Door de voorbije stappen zelf uit te voeren maakte de onderzoeker zich al wat vertrouwd met de data. Daarna werden de data meerdere malen herbekeken zodat de onderzoeker zich volledig eigen maakte met de letterlijke betekenis van de bekomen data, maar ook met de achterliggende gedachten van de deelnemers.

Thematische analyse

Thematische analyse is een methode om kwalitatieve data te analyseren en om patronen te zoeken in de verworven data. Het doel is om de resultaten dan op een gestructureerde en transparante manier weer te geven.

De eerste stap bestond uit het coderen van de data. Aan de antwoorden van de deelnemers op de topics werden codes toegewezen. Deze codes werden verzameld in een codelijst waarbij elke code een nummer kreeg toegewezen. De codes werden zowel kort als lang omschreven. De korte omschrijving zorgde ervoor dat men snel een overzicht kreeg over de verschillende codes. De lange omschrijving diende vooral ter verduidelijking van de code, opdat de onderzoeker makkelijker kon beslissen of een deel van de data kon worden gelinkt aan een vooraf neergeschreven code, of opdat er een nieuwe code diende aangemaakt te worden. De codelijst werd gebruikt over de hele collectie van interviews en dus was er maar één codelijst voor de gehele data.

Bij de tweede stap werden er descriptieve thema's opgesteld. Deze thema's werden opgesteld aan de hand van de codelijst. Bepaalde groepen van codes werden indien ze gelijkaardige informatie bevatten samengevoegd tot één thema. Belangrijk hierbij was dat er nog geen interpretatie van de data werd uitgevoerd en dat er enkel op objectieve manier een themalijst werd opgesteld. Indien er na enkele interviews een thema werd opgemerkt dat niet expliciet werd bevraagd in de topic guide, dan kon de topic guide worden aangepast.

Bij de derde stap werden de descriptieve thema's omgevormd tot analytische thema's. De onderzoeker kon de bekomen thema's nu wel gaan interpreteren en een eigen hypothese opstellen rond de onderzoeksvraag. Er kon ook worden terug gekoppeld naar de reeds beschikbare literatuur om een eigen hypothese te vormen.

3. Resultaten

3.1 Deelnemers

Verpleegkundigen

Er zijn bij negen verpleegkundigen interviews afgenomen. Die verpleegkundigen waren allemaal werkzaam in het WZC Berckenbosch te Heusden. De negen verpleegkundigen werden verdeeld op basis van de verdieping waarop zij werkzaam waren.

Er zijn drie verdiepingen in het woonzorgcentrum. Op elke verdieping zijn er drie verpleegkundigen werkzaam.

Er is per verdieping ook telkens één palliatief referentieverpleegkundige.

Er hadden geen verpleegkundigen aan de studie deelgenomen die enkel vaste nachtdiensten vervulden.

Hoewel de verpleegkundigen allen in eenzelfde woonzorgcentrum werkten, was er geen protocol aanwezig naar de begeleiding van patiënten in een palliatieve situatie. De drie verdiepingen werken ieder via hun eigen geïmplementeerde systemen.

Tabel1: Kenmerken van de deelnemende verpleegkundigen

Kenmerken verpleegkundigen			
Geslacht	Man: 2	Vrouw: 7	/
Leeftijd	<30j: 4	30j – 50j: 3	50j+: 2
Ervaring in het WZC	<5j: 5	5j-10j: 2	10j+: 2

Huisartsen

Er werden in totaliteit twintig mails naar huisartsen verzonden. Veertien mails naar huisartsen behorend tot de wachtkring Houthalen – Helchteren, zes naar huisartsen verbonden aan de werkgroep palliatieve intervisie.

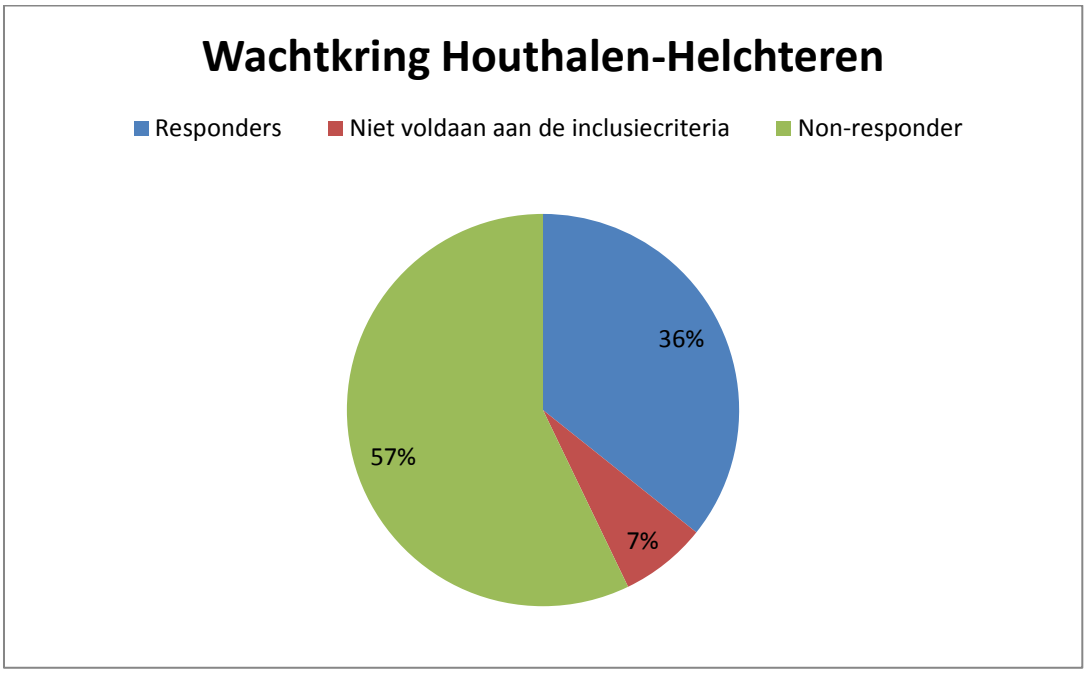
Van tien artsen, vijf artsen van de wachtkring, vijf artsen van de werkgroep palliatieve intervisie, werd er een positief antwoord bekomen voor het afnemen van een interview.

Eén arts vermeldde niet te voldoen aan de studiecriteria omwille van nog te weinig ervaring .

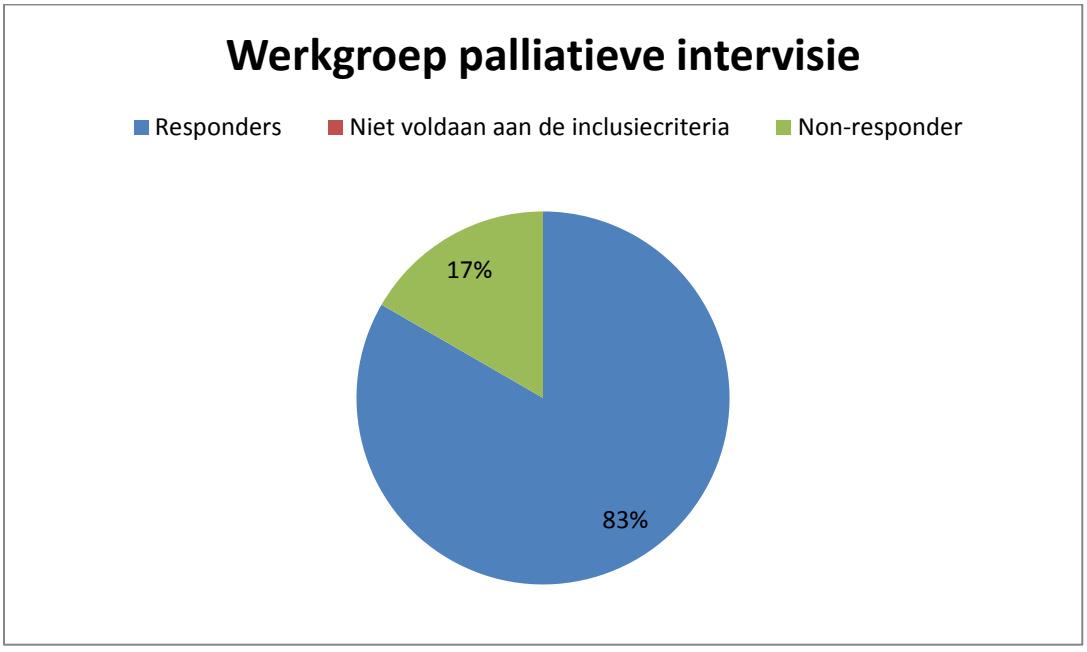
Negen artsen hebben dus niet gereageerd, waarvan acht huisartsen behorende tot de wachtkring Houthalen-Helchteren en één huisarts behorend tot de werkgroep palliatieve intervisie.
Bij iedere arts die positief had gereageerd, werd er een interview gepland en afgenomen.

Tabel 2: Kenmerken van de deelnemende artsen

Kenmerken huisartsen			
Geslacht	Man: 8	Vrouw: 2	/
Leeftijd	<30j: 1	30j-50j: 2	50j+:7
Ervaring als arts	<5j: 2	5j-10j: 1	10j+: 7



Figuur 1: Responsratio wachtkring Houthalen-Helchteren



Figuur 2: Responsratio werkgroep palliatieve intervisie

3.2 Resultaten uit de interviews

Analytische thema's uit de interviews met de huisartsen

1) Communicatiekanalen

Communicatie tussen huisartsen en verpleegkundigen in het woonzorgcentrum verloopt momenteel bijna uitsluitend via drie kanalen. Ten eerste is er het telefonisch contact tussen de huisarts en de verpleegkundige. Huisartsen geven aan dat de verpleegkundigen tijdens een telefonisch contact snel hun vraag duidelijk moeten kunnen stellen. Ofwel bellen ze voor een inlichting ofwel vragen ze een huisbezoek aan. Ten tweede gebeurt een groot deel van de communicatie tijdens een huisbezoek mondeling, face-to-face. Er is tenslotte ook nog een derde minder gebruikt kanaal, namelijk informatie uitwisseling via het papieren palliatief dossier van de patiënt in het woonzorgcentrum. Elke arts geeft aan dat hij de casus met de verpleging bespreekt en geeft mondeling zijn instructies door. Vaak schrijft hij ook zijn bevindingen neer in het papieren palliatief dossier van de patiënt, eventueel aangevuld met staande orders indien dit aangewezen is. Andere kanalen worden momenteel niet gebruikt.

"*Ik doe dat voornamelijk ter plaatse en in geval van nood kunnen ze mij bellen. Dan doen we dat telefonisch. Dat zijn de kanalen. Ik doe niet via e-mail of ik weet niet welke kanalen er nog mogelijk zijn tegenwoordig*"

(HA 8)

2) Overdracht van informatie

Zoals al eerder aangegeven wensen artsen dat de communicatie vlot en efficiënt verloopt. Vooral telefonisch verwachten ze dat de verpleegkundige snel zijn vraag kan formuleren. De huisarts moet weten of het om een probleem gaat dat telefonisch kan verholpen worden of dat een huisbezoek geïndiceerd is. Zowel bij een face-to-face als bij een telefonisch contact verwacht de huisarts dat de verpleegkundige de situatie kort en bondig kan schetsen en snel hun het probleem kan duiden. De huisarts verwacht ook dat de verpleegkundige bijkomende informatie snel kan verschaffen, zoals de parameters van de bewoner of de medicatiefiche, zodat die informatie niet lang achterblijft. Bij een huisbezoek wordt persoonlijk contact met de verpleegkundige als essentieel beschouwd. Communicatie overdracht via het papieren dossier is voor artsen eerder een aanvulling op de informatie, maar mag niet de enige bron van informatie zijn tijdens een huisbezoek. De huisarts verwacht dus ook dat de verpleegkundige, die op het moment van het huisbezoek aanwezig is, voldoende op de hoogte is van de situatie .

"*Kijk, wij verwachten van u een huisbezoek, dat ik dat heel snel weet. Niet beginnen met heel veel omschrijvingen te doen. Gewoon zeggen wat er niet goed loopt en waarvoor ik moet langskomen*."

(HA 1)

3) Signalisatie van een pijnprobleem

Pijnproblemen in de palliatieve setting worden voornamelijk gesignaleerd door de verpleegkundigen. Artsen verwachten dat verpleegkundigen in de palliatieve setting extra aandacht schenken aan de bevraging en observatie van pijnproblemen. Wat betreft de

signalisatie van een pijnprobleem ervaren de artsen geen problemen met de keuze van het communicatiekanaal, telefonisch of tijdens een huisbezoek. Ze ervaren wel soms lange periodes tussen het vaststellen van het pijnprobleem door de verpleegkundige en het melden aan de huisarts. Elk moment van aarzeling in het doorgeven van het pijnprobleem vinden ze te lang. Het gebruik van pijnschalen in het woonzorgcentrum gebeurt momenteel weinig. Artsen lijken ook verdeeld te zijn omtrent het nut van het implementeren van pijnschalen in de rusthuissetting. Sommigen zien het als een handige tool die bij éénzelfde patiënt veel informatie kan geven omtrent de graad van pijnervaring om vervolgens de therapie te kunnen herevalueren. Andere artsen vertrouwen eerder zowel op de eigen subjectieve ervaring als die van de verpleegkundigen, en zien weinig bijkomende voordelen in het gebruik van pijnschalen.

"*Palliatieve pijn mag niet bestaan. Ze moeten niet aarzelen. Bijvoorbeeld als ze onrustig worden van de pijn. Bijvoorbeeld: "Het was al van deze morgen bezig en we bellen nu 's avonds om 17 uur." Dat vind ik wat te lang.*"

(HA 4)

4) Communicatie omtrent behandeldoelen

Artsen geven aan dat het belangrijk is om bij elke casus duidelijk de behandeldoelen met de verpleging te bespreken en ze te betrekken in de besluitvorming van de inhoud van deze doelen. Veel miscommunicatie kan volgens de artsen worden voorkomen als je op voorhand duidelijk aangeeft wat het doel is van je therapie. Huisartsen erkennen dat het tijd vergt om hun visie op de casus aan de verpleging uit te leggen en om zo openlijk mogelijk hieromtrent te communiceren. De motivatie achter de beslissing moet worden meegedeeld opdat de verpleegkundige het voorgestelde beleid begrijpt. Alleen als ze mee zijn in het verhaal, kunnen ze de therapie correct evalueren en de juiste feedback geven aan de huisarts. Een gezamenlijke besluitvorming over de therapie zorgt ervoor dat artsen en verpleegkundigen zich als één team opstellen, voorkomt overbodige contacten en zorgt voor een betere feedback naar de arts toe. Artsen behouden wel de eindverantwoordelijkheid voor het ingestelde beleid, maar stappen meer en meer af van het hiërarchische model waarbij de wil van de arts wet is.

"*Maar dan moet je wel heel goed instructies geven. Ook zeggen waarom je iets niet doet wat ze verwacht hadden en goed opvolgen. Als je iets niet doet wat ze verwacht hadden en je volgt het dan ook niet goed op, dan wordt het chaos*."

(HA 5)

5) Verzorging van de permanentie

Het verzorgen van de permanentie verschilt tussen de artsen onderling. De fase in de palliatieve zorg speelt hier een belangrijke rol. In een niet-terminale fase maakt elke arts gebruik van de traditionele permanentievoorzieningen. Buiten de werkuren en in het weekend wordt er gevraagd om de arts van wacht te contacteren bij een plots ontstaan probleem. Eens in de terminale fase verandert dit. De meeste artsen geven dan hun privé-nummer waarop ze te bereiken zijn. Enkele praktijken passen een systeem van gedeelde permanentie toe. Twee of meer collega's wisselen elkaar dan af in de permanentie van de palliatieve patiënten van hun praktijk. Ten slotte zijn er ook enkele artsen die hun privé-

nummer niet doorgeven en zich beroepen op het traditionele wachtsysteem. Artsen maken wel steeds meer gebruik van staande orders in de palliatieve setting. Sommigen zien het gebruik van staande orders als een hulpmiddel om het aantal contacten tussen de arts en de verpleegkundigen buiten de normale werkuren te verminderen. Andere artsen wensen echter wel bij elk probleem te worden gecontacteerd en verwijzen dan naar de inhoud van een staand order om het probleem op te lossen indien mogelijk. Staande orders worden ook veel gebruikt door de artsen die hun privé-nummer niet doorgeven. Zij willen op die manier bekomen dat de arts van wacht zo weinig mogelijk moet worden gecontacteerd en dat de meeste nieuw ontstane problemen door de verpleging zelf kunnen worden opgelost gebruik makende van hun staande orders.

"*Gsm, Gsm, Gsm. Altijd bereikbaar. Dat is kapotmakerij, bij een patiënt. Ge denkt dan dinsdag, hij zal vannacht wel overleden zijn, dan zit ge daar de hele nacht naar uw GSM te kijken. Dan duurt dat tot zondagavond. Soms is een rusthuis wat ambetanter, die bellen gemakkelijker."*

(HA 4)

6) Ervaring en kennis van de verpleegkundige in de palliatieve zorg

Essentieel voor een vlotte en gerichte communicatie is dat de beide partijen voldoende kennis en ervaring hebben rond palliatieve zorgen. Indien deze kennis niet voldoende is, dan verloopt de communicatie moeizaam. Duidelijk afgebakende vragen van een ervaren verpleegkundige met kennis van zaken zorgen voor een vlottere en meer efficiënte communicatie waarbij er vaak een huisbezoek kan worden vermeden en het probleem telefonisch kan worden opgelost. Ook kan een ervaren verpleegkundige beter inschatten wanneer een nieuw contact, telefonisch of face-to-face, nodig is en kunnen meerdere nutteloze contacten worden vermeden. Bijscholing zowel voor zichzelf als voor de verpleegkundige equipes blijven een vereiste om op de hoogte te blijven van de nieuwste ontwikkelingen in de palliatieve zorg.

"*Wat ik ook fijn vind, is als de verpleegkundigen met je meedenken in het beleid. Dat ze niet enkel van mij verwachten wat we gaan doen, maar dat ze tenminste ook aangeven wat ze denken dat haalbaar is en wat hun ervaringen daar bij zijn. De zin: "U bent de dokter" vind ik voor hun te gemakkelijk en toont weinig motivatie om een goede terminale of palliatieve zorg te verlenen."*

(HA 10)

7) Invloed van de familie van de bewoner op de communicatie tussen arts en verpleegkundige

De artsen gaven allemaal aan de invloed van de familie op de communicatie te voelen. Deze invloed vertaalt zich in verschillende aspecten. Artsen merken vaak op dat de familie via de verpleegkundige druk uitoefent op het ingestelde beleid. Huisartsen vragen wel dat de opmerkingen van de familie worden genoteerd en terug gekoppeld worden naar de huisarts toe, maar dat ondertussen het ingestelde beleid wel wordt verantwoord. Ook omgekeerd moeten artsen de verpleegkundigen steunen in hun verzorging en de familie het gevoel geven dat verzorging optimaal verloopt. Huisartsen zijn er zich van bewust dat opmerkingen van de familie aan de verpleging moet worden doorgegeven om eventueel de verzorging te

kunnen aanpassen. Fouten die gebeuren in de verzorging moeten uitgesproken worden tussen de arts en de verpleging en ze geven aan dat ze zich ervoor moeten behoeden om bepaalde fouten aan de verpleging toe te kennen.

"*Ik denk dat het alleen maar een meerwaarde is naar de familie toe als de communicatie heel duidelijk is. Hoe meer communicatie, hoe leuker dat allemaal is, want de familie is emotioneel betrokken partij en die beginnen dan met heel die emotie en met die verwerking. Dan is het nog belangrijker om te voelen, die staan op één lijn en die kunnen we niet tegen elkaar uitspelen*."

(HA 6)

8) Vertrouwen en respect van de arts naar de verpleegkundige toe

Vertrouwen en respect van de huisarts voor de verpleegkundige zijn volgens de huisarts belangrijk voor het opbouwen van een goede professionele relatie. De vroegere hiërarchische structuur van de arts die boven de verpleegkundigen staat en zijn orders door gaf aan de verpleging zonder enige inspraak te vragen is voorbij. Aan de ene kant vraagt dit een vertrouwen van de arts in de verpleegkundige equipe. Fouten moeten ook uitgesproken kunnen worden. Dit kan op een respectvolle manier met constructieve feedback. Sommige artsen durven dit gesprek echter niet aan te gaan omwille van een voordien mindere relatie of omdat ze denken dat de communicatie vervolgens minder goed gaat verlopen. Indien het nodige respect en vertrouwen niet aanwezig is, gaat in de eerste plaats de communicatie en vervolgens de palliatieve zorg op zich minder goed verlopen.

"*Goh, ik denk eerlijk gesproken dat het voornaamste is, ze herkennen en ze erkennen, snapt ge. Ook ze erkennen, dat doe ik altijd. Ik erken ze ook altijd. Dan voelen ze zich minder geremd en dan durven ze mij ook te bellen*."

(HA 8)

Analytische thema's uit de interviews met de verpleegkundigen werkzaam in de RVT-setting

1) Communicatiekanalen

Communicatie met de huisarts verloopt in de eerste plaats telefonisch. Afhankelijk van het probleem wordt er ofwel telefonisch advies gevraagd of is het telefonisch contact bedoeld om een huisbezoek aan te vragen als het probleem te complex is om telefonisch op te lossen of als de patiënt zelf klinisch dient geëvalueerd te worden. Tijdens een huisbezoek is face-to-face contact met de huisarts noodzakelijk. Ze schetsen kort de situatie en stellen dan hun specifieke vraag of leggen hun probleem voor. Een derde kanaal in de communicatie is het palliatief papieren dossier. Daarin kan de arts langs zijn kant zijn bevindingen neerschrijven of indien nodig de staande orders noteren. Ook de verpleegkundigen hebben de mogelijkheid om hier hun observaties neer te schrijven opdat de arts deze zou kunnen lezen.

"*Telefonisch, als wij het nodig vinden dan bellen wij hun en dan komen ze tot hier, tot in de verpleegpost of in het bijzijn van de patiënt zelf. Telefonisch en dan wanneer ze hier op huisbezoek komen."*

(VPK 2)

2) Signalisatie van een pijnprobleem

Observatie van de bewoner en pijnsignalisatie zijn belangrijke taken van de verpleegkundigen. Minstens éénmaal per dag in de preterminale fase en in de terminale fase tot drie maal per dag wordt de pijn actief bevraagd. Ook daarbuiten is er plaats voor observaties waar men let op tekenen van pijn. Verpleegkundigen geven de arts aan dat er pijn is en geven ook vaak aan wanneer de pijn optreedt, waar de pijn zich bevindt en wat de patiënt al krijgt voor de pijn. De huisarts geeft in het merendeel gevolg aan deze signalisatie en komt de patiënt evalueren en eventueel de therapie aanpassen. Soms gebeurt het echter dat de arts niet ingaat op de signalisatie of het oneens is met de observaties van de verpleegkundigen wat tot frustratie leidt binnen de verpleging. Niet elke vorm van pijnsignalisatie leidt tot een huisbezoek. In de terminale fase is er vaker nood aan herevaluatie van het pijnprobleem, maar kan er bijvoorbeeld met staande orders gewerkt worden. Pijnsignalisatie verloopt momenteel nog grotendeels subjectief. De verpleging bevraagt actief de pijn of indien de patiënt niet meer kan communiceren verloopt het via non-verbale uitingen van pijn. Objectieve methodes zoals pijnschalen worden voorlopig maar weinig toegepast in de praktijk. Ze zijn wel aanwezig en klaar voor gebruik, maar zijn blijkbaar niet altijd even gemakkelijk in het gebruik. Pijnschalen worden soms wel gebruikt bij patiënten die niet meer kunnen communiceren en waar men op de non-verbale tekenen moet afgaan.

“*Wij werken met pijnschalen, maar een getal, daar kunnen wij niet mee werken. Ik kan dat vaak ook niet aangeven, hoeveel pijn dat ze hebben. Ge merkt dat aan die benen, aan die armen, aan die mimiek. En dan proberen we dat te verwoorden naar de huisarts.”*

(VPK 8)

3) Behandeldoelen

Therapeutische hardnekkigheid is een term die vaak naar voren komt in de interviews met de verpleegkundigen. Verpleegkundigen geven aan dat ze sneller een patiënt in de palliatieve fase plaatsen dan artsen. Vroegtijdige zorgplanning is wel een instrument dat verpleegkundigen kunnen gebruiken om de wil van de patiënt duidelijker te formuleren naar de artsen toe. Indien arts en verpleging op dezelfde pagina zitten wat betreft behandeldoelen verloopt de communicatie vaak eenvoudiger en meer gericht. Als dit niet het geval is, dan wordt de communicatie een stuk moeilijker omdat de arts en de verpleging iets anders verwachten van het ingestelde beleid. Ze geven ook aan dat het moeilijk is om het beleid van de arts te verdedigen als ze er zelf niet achter staan. In de terminale fase zijn de behandeldoelen vaak wel gelijk en primeert comfortzorg. Op dat moment geven verpleegkundigen aan dat de communicatie vaak vlotter begint te verlopen en dat zowel artsen en verpleegkundigen zich sneller kunnen vinden in het te volgen beleid.

“*Niet geloven hè, therapeutische hardnekkigheid. De patiënt die aangeeft dat ze wil sterven, dat ze heel erg achteruit gaat. Dat ze comfortzorg wil. Maar dan een huisarts die zegt: “ als ik een pilletje heb dat u beter kan maken.” Ja, natuurlijk wil iedereen toverpilletjes.”*

(VPK 7)

4) Communicatie met artsen van wacht

Het bellen van de dokter van wacht wordt door elke verpleegkundige het liefst vermeden. Het contact met de arts van wacht verloopt meestal wel goed, maar de verpleging erkent dat het voor die arts moeilijk is om in een situatie te gaan tussen komen, waarbij de arts niet op de hoogte is van de situatie en het vooropgestelde beleid. De verpleging probeert dit op te vangen door op voorhand een bondige samenvatting te geven en probeert zo gericht mogelijk hun vraag te stellen zodat de arts precies weet wat van hem verwacht wordt. De ervaring van de verpleegkundige is evenwel dat artsen van wacht meestal maar weinig durven veranderen aan het beleid van de feitelijke huisarts. Een ingevulde vroegtijdige zorgplanning en een duidelijk neergeschreven beleid van de huisarts kunnen dit echter voorkomen. In de terminale fase geven de meeste huisartsen hun privé-nummer en kunnen verpleegkundigen hun daar bereiken. Indien dit niet het geval is, dan proberen verpleegkundigen zoveel mogelijk te werken met staande orders. Voor verpleegkundigen is het een ideale situatie als alle problemen die voorzien zijn op voorhand al besproken zijn en de therapie al is neergeschreven in de vorm van een staand order.

"*Eigenlijk dat er geen dokter van wacht moet komen, dat alles al op voorhand besproken is. Dat ze bijvoorbeeld zeggen, als er meer pijn is, moogt ge dit al doen. Dat alles al effectief in orde is en dat we de dokter van wacht alleen moeten bellen bij het effectief sterven.*"

(VPK 4)

5) Communicatie rond staande orders

Het gebruik van staande orders wordt door elke verpleegkundige als een meerwaarde gezien in de palliatieve zorg. Toch is er nood aan duidelijke communicatie omtrent deze staande orders. Ten eerste is het belangrijk dat deze orders duidelijk zijn neergeschreven in het palliatief dossier van de patiënt en ondertekend zijn door de behandelende arts. Op deze manier kan er geen twijfel ontstaan over welke medicatie er mag worden toegediend en waarom. Ten tweede dient het staand order uitvoerig besproken te worden met de verpleging. Niet enkel wat er mag worden toegediend moet worden uitgelegd, maar ook duidelijk afspraken rond wanneer het staand order mag worden uitgevoerd en of er eerst nog een terugkoppeling naar de arts dient te gebeuren voordat het staand order wordt uitgevoerd.

"*Ik merk dat sommige verpleegkundigen het nog moeilijk hebben met het feit als het gaat om indien nodig. Ga ik het nu al toedienen, toch wachten? Die interpretatie, daar hebben ze het toch wel moeilijk mee.*"

(VPK 2)

6) Ervaring en kennis van de huisarts in de palliatieve zorg

Volgens verpleegkundigen in een woonzorgcentrum wordt er nog te weinig aandacht geschonken in de opleiding van huisartsen aan palliatieve zorgen. Met artsen die voldoende kennis en ervaring hebben verloopt het contact opmerkelijk vlotter en kan men gerichter te werk gaan in de evaluatie van het ingestelde beleid. Bij artsen met minder ervaring merken ze op dat de communicatie vaak stroever verloopt doordat de arts niet goed weet wat doen en hoe hij moet reageren op bepaalde problemen. Sommige verpleegkundigen durven dan wel een therapievoorstel doen, maar niet elke arts staat hiervoor open. Bij artsen waarbij de

professionele relatie met de verpleging goed is, is er ook meer ruimte voor inbreng van de verpleegkundigen en is er meer overleg in de besluitvorming van het beleid.

"*Er wordt vaak een afwachtende houding aangenomen. Recent ook wel onder dosering. Uit angst of onwetendheid, dat weet ik niet. Als we dit aanhalen, sommige dokters staan er voor open, anderen niet. Dat is een beetje feeling hebben, een beetje aftasten dan hoe ver je kan gaan*."

(VPK 3)

7) Invloed van de familie op de communicatie tussen arts en verpleegkundige

De invloed van de familie op de communicatie tussen de arts en de verpleegkundigen is volgens de verpleegkundigen aanzienlijk. De verpleging acteert vaak als eerste aanspreekpunt voor de familie. Bemerkingen van de familie moeten op een constructieve manier worden doorgegeven aan de arts, waarbij de arts ruimte krijgt om hier zijn visie op te geven. Het weerhouden van de bemerkingen van de familie leidt volgens de verpleging tot moeilijkheden in de latere stadia van de palliatieve verzorging. Indien de artsen in samenspraak met de familie het beleid aanpassen, vragen ze dan ook dat de artsen open communiceren over het nieuwe te volgen beleid en dit persoonlijk naar de verpleegkundige communiceren. Artsen dienen ook de verzorging van de verpleging te verdedigen als er opmerkingen komen van de familie en deze eveneens in een constructieve manier door te geven aan de verpleging.

"Dat mis ik dus wel, dat de familie dingen komen zeggen die wij dus totaal niet weten. Dat er medicatie wordt opgestart zonder dat wij het weten. Dat ze dan met een voorschrift afkomen. Ik vind het ook belangrijk om te weten waarom we dingen aan het doen zijn en wat er aan de hand is."

(VPK 7)

8) Vertrouwen en respect van de arts naar de verpleegkundige toe

Voor een goede professionele relatie is er vertrouwen en respect langs beide kanten nodig. Verpleegkundigen hebben bij sommige artsen echter het gevoel dat er weinig vertrouwen is in hun vaardigheden. Hierbij geven ze aan dat de arts niet altijd in gaat op hun pijnsignalisatie of het niet eens is met hun evaluatie van het vooropgestelde beleid. Voor de verpleegkundigen is dit erg frustrerend aangezien zij bijna continue bij de patiënt aanwezig zijn. Als de arts hun opmerkingen langs zich neerlegt voelen de verpleegkundigen niet dat de arts nog vertrouwen heeft in hun observaties. Als de arts echter wel het vertrouwen schenkt aan de verpleegequipe, dan zijn ze natuurlijk meer gemotiveerd om met de arts te gaan overleggen wat ervoor zorgt dat de patiënt van naderbij wordt gevolgd.

"Ja, het vertrouwen is er gewoon en dat maakt het gewoon gemakkelijk. Je hebt ook een veiliger gevoel om iets verkeerd te gaan doen, daarom dat we niet iets verkeerd gaan doen. Vooral dat vertrouwen is er."

(VPK 7)

4. Discussie

4.1 Observaties uit de studie met toetsingen aan de literatuur

Uit de resultaten komen bij beide beroepsgroepen telkens acht grote thema's naar voren die volgens hen een significante rol hebben in de communicatie tussen huisarts en verpleegkundige in het woonzorgcentrum over pijn in de palliatieve setting. Zeven van de acht thema's waren sterk gelijkaardig en werden door beide beroepsgroepen naar voren geschoven als significant. Bij elke beroepsgroep was er echter één thema dat niet bij de andere beroepsgroep naar voren kwam.

Bij artsen kwam het thema "overdracht van informatie" naar voren als een belangrijk onderdeel van de communicatie. De structuur en inhoud van de informatieoverdracht is voor een arts essentieel als hij zo efficiënt mogelijk wil werken. De arts wil op een zo kort mogelijke termijn, zoveel mogelijk relevante informatie over zijn patiënt te weten komen. Verpleegkundigen lijken zich echter weinig bewust van de significantie van hoe zij de informatie overdragen aan de arts. In de interviews met de verpleegkundigen komt dit aspect nauwelijks aan bod. Ook Tjia et al. (4) gaven in hun onderzoek aan dat de voorbereiding van verpleegkundigen op de overdracht van groot belang is voor een effectieve communicatie. Al gaven verpleegkundigen dit wel zelf aan in die studie.

Bij verpleegkundigen kwam als uniek thema "de communicatie rond staande orders" naar voren. Verpleegkundigen ervaren dit wel als een essentieel onderdeel van de communicatie tijdens de palliatieve fase. De communicatie rond staande orders moet voor hen duidelijk zijn naar soort medicatie, dosissen en indicatie om te de therapie te starten. Ook of er eventueel een terugkoppeling met de arts dient te gebeuren moet op voorhand besproken zijn. Voor artsen was de communicatie rond staande orders geen belangrijke topic. Ze zien het algemeen wel als een nuttige tool, maar lijken zich minder bewust van de significantie van een duidelijke communicatie rond deze staande orders. De literatuur geeft wel aan dat er bepaalde voorwaarden dienen vervuld te zijn voordat de verpleegkundige in eer en geweten het staand order kan uitvoeren. (5) Als er aan de voorwaarden voldaan is geeft een staand order wel een geruststellend gevoel aangezien ze de verpleegkundige een vorm van controle over de situatie geven en indien nodig kunnen ze ingrijpen. (6)

De andere zeven thema's kwamen bij beide beroepsgroepen terug, maar de invulling was vaak verschillend. Wat betreft de communicatiekanalen lijkt er wel eensgezindheid te zijn. Beide beroepsgroepen identificeren telefonisch contact als de hoeksteen van de communicatie eventueel aangevuld door een huisbezoek. Andere kanalen zoals een papieren medisch dossier zijn aanwezig, maar worden minder gebruikt. Het openstellen van het elektronisch medisch dossier van de verpleegkundigen naar de huisarts toe wordt hier en daar al voorgesteld door de deelnemers, maar lijkt nog niet voor de nabije toekomst. Andere vormen van multimedia worden niet als een optie beschouwd door de deelnemers. Opvallend is dat nergens het gebruik van een vast overlegmoment werd gebruikt of zelfs maar werd voorgesteld. De literatuur geeft echter aan dat vaste overlegmomenten soms wel een meerwaarde kunnen zijn om pijnproblemen systematisch op te volgen. (7) Een gebrek aan tijd lijkt hier echter een praktisch bezwaar te zijn.

Het thema “signalisatie van pijn” geeft gelijkaardige resultaten, maar de klemtoon wordt door de beide beroepsgroepen anders gelegd. Artsen benadrukken het belang van een zo kort mogelijke periode tussen de observatie van pijn en de signalisatie van pijn naar de arts toe. In de literatuur vinden naast een te lange periode tussen de observatie van pijn en het doorgeven aan de arts ook het verzwijgen van medische fouten en het te laat doorgeven van een sterke algemene achteruitgang van de patiënt als twee andere oorzaken van een verminderde pijnsignalisatie. (8) Deze kwamen echter niet uit de interviews naar voren. Verpleegkundigen leggen de klemtoon bij dit thema eerder op het feit of hun observatie door de arts als waardevol wordt beschouwd en dat de arts hier een gevolg aan vasthangt. Pijnschalen waren voorhanden, maar het gebruik ervan is zowel bij de artsen als bij de verpleegkundigen nog niet ingeburgerd. Beide groepen hechten meer belang aan hun subjectieve observatie.

Het gelijkstemmen van de behandeldoelen wordt door beide groepen als essentieel beschouwd om de communicatie zo optimaal mogelijk te laten verlopen. Dit kan enkel als beide partijen de ruimte hebben om hun visie op de bewoner te geven en bij verschillen om hun standpunt te verklaren. Alleen bij een gezamenlijk gekozen behandeldoel kan de communicatie vlot verlopen. Indien dit niet het geval is, kan de verpleging maar moeilijk achter het beleid van de huisarts gaan staan. Vaak gaat het volgens de verpleging dan om “therapeutische hardnekkigheid” van de arts. Ook de literatuur geeft aan dat huisartsen misschien nog te weinig zijn opgeleid om te kunnen inschatten wanneer een patiënt in de palliatieve fase dient te worden geplaatst. (9) Omgekeerd kan de arts weinig gerichte of relevante feedback verwachten op zijn ingesteld beleid en kunnen toekomstige contacten tussen arts en verpleging geen of weinig meerwaarde bieden.

Over het algemeen wensen verpleegkundigen in de palliatieve fase zo weinig mogelijk met artsen van wacht te werken. Ze geven aan dat er vaak erg veel informatie moet worden gegeven voor uiteindelijk weinig te bekomen. Indien het over de permanentie in de terminale fase gaat, dan geven de meeste artsen hun privénummer en verloopt de communicatie vaak weer vlotter omdat de arts vertrouwd is met de casus en gepaster kan optreden. Artsen wensen wel dat er duidelijke afspraken worden gemaakt rond die contacten in de terminale fase aangezien elke arts daar zijn eigen voorkeur in lijkt te hebben. Sommige artsen wensen enkel bij acute noodgevallen te worden gecontacteerd en verwijzen naar de staande orders. Anderen wensen nauwer betrokken te blijven en geven aan een lage drempel te hanteren voor nieuwe contacten met de verpleegkundigen.

Beide beroepsgroepen geven aan dat voldoende kennis over palliatieve zorgen nodig is voor een vlotte communicatie tussen de beide beroepsgroepen. Indien dit bij één van de beide zorgverleners niet het geval is, wordt er vaak aangegeven dat de communicatie vaak niet doelgericht verloopt en dat er meerdere contacten nodig zijn om éénzelfde doel te bereiken. Beide beroepsgroepen geven wel aan dat er een continue nood is aan bijscholing, maar vermelden in de interviews toch vooral dat het gebrek aan kennis en ervaring bij de andere beroepsgroep ligt. (10,11) Dit doet de vraag ontstaan dat beide beroepsgroepen misschien andere kennis nodig hebben om palliatieve zorgen goed te laten uitvoeren, maar bij praktische vragen dan moeilijker bij de andere beroepsgroep terecht kunnen.

De invloed van de familie op de communicatie wordt door beide beroepsgroepen erkend. Deze invloed kan zich in verschillende vormen tot uiting komen. Beide beroepsgroepen zijn

het erover eens dat een open, transparante communicatie waarbij bemerkingen van de familie integraal worden doorgegeven aan de andere groep van essentieel belang is. Dit om negatieve emoties te voorkomen als één van de beide partijen zich uitgesloten voelt of als men het gevoel krijgt dat de andere beroepsgroep niet het volledige vertrouwen schenkt aan de andere partij en dit ook naar de familie toe laat blijken. Dit kan een druk uitoefenen op de professionele relatie tussen arts en verpleegkundige.

Ten slotte komen zowel bij de arts als de verpleegkundigen het thema “respect en vertrouwen van de arts in de verpleegkundige” naar voren. Omgekeerd lijkt geen topic te zijn dat een invloed heeft op de communicatie. Beide beroepsgroepen geven aan dat een optimale communicatie en bij uitbreiding een goede palliatieve verzorging enkel kan gebeuren in een sfeer van onderling respect en vertrouwen. Elke arts gaf aan dat hij de verpleegkundigen respecteert en dat ze een integraal onderdeel maken van het behandelend team. Ook geven artsen vaak aan dat ze de verpleging vertrouwen en een stuk verantwoordelijkheid over de therapie uit handen willen geven. Uit de interviews blijkt echter dat verpleegkundigen nog te vaak te weinig respect en vertrouwen ervaren van de huisartsen. Ook de literatuur geeft weer dat een gebrek aan respect en vertrouwen één van de grootste oorzaken is voor een suboptimale communicatie tussen huisarts en verpleegkundige. (4,8,11)

4.2 Beperkingen van de studie

De helft van de deelnemende artsen kwam uit de werkgroep palliatieve intervisie, wat ervoor kan zorgen dat zij door hun ervaring misschien een andere mening hebben over het thema in vergelijking met de doorsnee huisarts. Ook lijken ze op basis van hun responsratio een grotere interesse te hebben in de studie als de artsen die aangeschreven waren in de wachtdienstkring Houthalen-Helchteren waar de responsratio lager lag. Hoewel ik uit de data geen noemenswaardige verschillen waarnam tussen de beide groepen huisarts wat betreft hun antwoorden, dient dit toch vermeld te worden.

De verpleegkundigen kwamen allemaal uit hetzelfde woonzorgcentrum dat hun medewerking had verleend aan deze studie. Er was wel geen protocol aanwezig over palliatieve zorg waardoor de drie afdelingen anders functioneerden. Toch moet het als een beperking gezien worden dat er geen verpleegkundigen van andere rusthuizen hebben deelgenomen aan het interview.

Het is mogelijk dat de interviewer de deelnemers heeft beïnvloed tijdens het interview, maar dit werd zoveel mogelijk vermeden.

Met deze studie werd er gekeken naar welke factoren een invloed kunnen hebben op de communicatie over pijn tussen arts en verpleegkundige in de RVT-setting in de palliatieve fase. Het is echter een verkennend onderzoek waarvan de resultaten niet veralgemeend mogen worden.

4.3 Aanbevelingen voor in de praktijk

Na de resultaten uit de studie getoetst te hebben aan de literatuur worden er nu enkele aanbevelingen weergegeven die in de praktijk kunnen worden toegepast.

- Het inbouwen van een vast overlegmoment, face-to-face of telefonisch, kan een meerwaarde betekenen op de communicatie. Artsen kunnen zelf bepalen wanneer zij het contact kunnen laten doorgaan op een moment dat daarvoor gekozen is. Verpleegkundigen weten dat ze dan de tijd hebben om hun informatie op een rustige manier voor te stellen of om hun vragen gericht te kunnen stellen. Verder kunnen beide partijen zich ook voldoende voorbereiden op het gesprek.
- Verpleegkundigen dienen zich voldoende voor te bereiden op een contact met de arts. Ze moeten in staat zijn een bondige samenvatting te geven van de casus en gericht hun vraag stellen aan de arts. Extra informatie die de arts nodig kan hebben, moet de verpleegkundige klaar hebben liggen om mee te delen aan de arts indien er naar gevraagd wordt.
- Artsen dienen hun staande orders duidelijk neer te schrijven op een afgesproken plaats in het dossier zodat er geen misverstanden kunnen ontstaan over medicament, dosis of wijze van toediening. Extra informatie over wanneer het staand order mag worden uitgevoerd en of een terugkoppeling naar de arts noodzakelijk is dient op voorhand uitgebreid besproken te worden en liefst ook worden genoteerd zodat ook hierover geen misverstanden kunnen ontstaan.
- De plaats van het papieren medisch dossier in de communicatie dient duidelijk afgesproken te zijn.
- Het is aan te raden om een zo kort mogelijke tijd te laten bestaan tussen observatie van pijn en de signalisatie ervan aan de huisarts. Daarop is het ook aangewezen dat de arts zijn beleid ook zo snel mogelijk kenbaar maakt aan de verpleegkundige ofwel telefonisch ofwel na een huisbezoek.
- Probeer de vroegtijdige zorgplanning zo volledig mogelijk in te vullen zodat de wensen van de patiënt gekend zijn bij zowel de arts als de verpleegkundigen.
- Bij elke scharniermoment in de palliatieve fase, bespreken of de behandeldoelen van de beide beroepsgroepen nog gelijklopend zijn en bij een verschil na een overlegmoment tot een gezamenlijk behandeldoel te komen.
- Probeer te vermijden dat in de terminale fase de arts van wacht moet worden gecontacteerd. Dit kan door het privénummer van de arts te geven of door middel van staande orders de nood voor een arts van wacht te verminderen. Indien er toch een arts van wacht dient te komen, probeer de probleemstelling zo duidelijk mogelijk te schetsen of de vraagstelling zo gericht mogelijk te maken.
- Bijscholingen over palliatieve zorgen zijn nodig om op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen zodat de beide beroepsgroepen met kennis van zaken met elkaar kunnen communiceren.
- Bewaar een transparante communicatie over de bemerkingen van de familie. Tracht als één behandelend team naar voren te treden in plaats van twee aparte beroepsgroepen.
- Zorg ervoor dat de communicatie altijd professioneel en respectvol verloopt. Durf de kwaliteit van de communicatie in vraag te stellen en dit op een rustige manier met elkaar te bespreken.

5. Conclusie

Communicatie tussen huisarts en verpleegkundige blijft het vertrekpunt van waaruit de pijnbestrijding in de palliatieve fase in de RVT-setting wordt opgebouwd. Indien deze vlot verloopt kan de pijnbestrijding optimaal worden toegepast. Een goede communicatie blijkt echter niet altijd vanzelfsprekend te zijn.

Deze communicatie is onderhevig aan verschillende factoren die een rol spelen in de kwaliteit van de communicatie. Huisartsen en verpleegkundigen brengen over het algemeen dezelfde thema's naar voren die zij een belangrijk aspect van de communicatie vinden. Deze thema's zijn de communicatiekanalen, het stellen van behandeldoelen, signalisatie van het pijnprobleem, de communicatie met artsen die de permanentie verzorgen, de invloed van ervaring en kennis over palliatieve zorgen op de communicatie, de invloed van de familie op de communicatie en het vertrouwen en respect van de arts naar de verpleegkundige toe. Hoewel de beide beroepsgroepen over sommige aspecten wel grotendeels dezelfde visie hebben zijn er ook thema's waar de invulling verschillend blijkt te zijn.

Elke beroepsgroep bracht ook wel een uniek thema naar voren wat zij als een belangrijk aspect van de communicatie zagen wat bij de andere beroepsgroep niet of minder naar voren kwam. De huisartsen gaven aan dat de overdracht van informatie voor hun een zeer belangrijk onderdeel is van een goede communicatie over pijn in de palliatieve fase. Verpleegkundigen uit de RVT-setting geven aan dat communicatie rond staande orders voor hen een belangrijk thema was.

Het erkennen van deze verschillende thema's en daaruit bepaalde lessen trekken is een belangrijke stap naar de optimalisatie van de communicatie. Uit de inhoud van de interviews en na toetsing met de beschikbare literatuur kwamen we tot een aantal aanbevelingen die de communicatie verder kunnen optimaliseren.

Een kwaliteitsvolle communicatie blijft essentieel voor een goede behandeling van pijn in de palliatieve fase en is een thema waar zowel huisartsen en verpleegkundigen in de RVT-setting blijvend aandacht aan moeten schenken.

6. Referentielijst

1) Houttekier, D., Cohen J., Pepersack, T. & Deliens, L. Dying in hospital: A study of incidence and factors related to hospital death using death certificate data. The European Journal of Public Health, 1-6. (2013).
2) Grande, G E ; Barclay, S I ; Todd, C J. Difficulty of symptom control and general practitioners' knowledge of patients' symptoms
Palliative medicine, September 1997, Vol.11(5), pp.399-406 [Peer Reviewed Journal]
3) http://www.pallion.be/nl/wat-is-palliatieve-zorg
4) Tjia J, Mazor KM, Field T, Meterko V, Spenard A, Gurwitz JH. Nurse-Physician Communication in the Long-Term Care Setting: Perceived Barriers and Impact on Patient Safety. Journal of patient safety. 2009;5(3):145-152.
5) Wilson E, Morbey H, Brown J, Payne S, Seale C, Seymour J. Administering anticipatory medications in end-of-life care: a qualitative study of nursing practice in the community and in nursing homes. Palliat Med. 2015 Jan;29(1):60-70. doi: 10.1177/0269216314543042. Epub 2014 Jul 28.
6) Bowers B, Redsell SA. A qualitative study of community nurses' decision-making around the anticipatory prescribing of end-of-life medications. J Adv Nurs. 2017 Oct;73(10):2385-2394. doi: 10.1111/jan.13319. Epub 2017 May 16.
7) Swafford KL, Miller LL, Tsai PF, Herr KA, Ersek M. Improving the process of pain care in nursing homes: a literature synthesis. J Am Geriatr Soc. 2009 Jun;57(6):1080-7. Review.
8) Rosenstein AH, O'Daniel M. A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2008 Aug;34(8):464-71.
9) Thoonsen B, Groot M, Verhagen S, van Weel C, Vissers K, Engels Y. Timely identification of palliative patients and anticipatory care planning by GPs: practical application of tools and a training programme. BMC Palliat Care. 2016 Apr 5;15:39. doi: 10.1186/s12904-016-0112-9.
10) Gardiner C, Gott M, Ingleton C, Hughes P, Winslow M, Bennett MI. Attitudes of health care professionals to opioid prescribing in end-of-life care: a qualitative focus group study. J Pain Symptom Manage. 2012 Aug;44(2):206-14. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.09.008. Epub 2012 Jun 5.
11) Cadogan MP, Franzi C, Osterweil D, Hill T. Barriers to effective communication in skilled nursing facilities: differences in perception between nurses and physicians. J Am Geriatr Soc. 1999 Jan;47(1):71-5.

7. Bijlagen

Bijlage 1: Protocol

Aanvraag Ethische begeleiding masterproeven "Onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en verpleegkundigen rond pijn in de palliatieve fase in de RVT-setting." (mp19096)

Gelieve in te loggen op http://gbiomed.kuleuven.be/apps/ec om deze aanvraag te controleren.

Samenvatting aanvraag

Onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en verpleegkundigen rond pijn in de palliatieve fase in de RVT-setting.

Student(en):
Stijn Van Elewyck
Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
monocentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is:
Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:
Achtergrond:

Huisartsgeneeskunde is een discipline waarbij men patiënten begeleidt van elke leeftijd. Men volgt de patiënt van bij zijn eerste levensjaren tot aan de terminale fase van het levenseinde. Elke huisarts wordt vroeg of laat geconfronteerd met een palliatieve patiënt. Ook dan wil ik mijn patiënten zo goed mogelijk bijstaan.

Het grootste deel van de patiënten overlijdt in het ziekenhuis of de eigen thuisomgeving, maar desondanks overlijdt een aanzienlijk deel, 23,2%, ook in een RVT-setting. In de RVT-setting wordt de zorg van de patiënt een wisselwerking enerzijds tussen het verplegend personeel van de RVT zelf en anderzijds de huisarts. Beide beroepsgroepen dienen nauw samen te werken om in elk aspect van de zorg te kunnen voorzien. Zeker in een palliatieve situatie moet er intensiever worden samen gewerkt om de patiënt een zo goed mogelijk comfort te kunnen schenken. Om deze samenwerking zo optimaal mogelijk te laten verlo pen, moet er tussen de beide partijen een duidelijke communicatievorm tot stand komen.

Vraagstelling:

Hoe ervaren de huisartsen en het verplegend personeel de communicatie omtrent pijn in het kader van een palliatieve patiënt in een RVT-setting? Waar liggen de eventuele verbeterpunten? Worden er eventueel alternatieve communicatiestrategieën aangereikt?

Methodologie:

- Een kwalitatief onderzoeksopzet, gebruik makende van semigestructureerde interviews met op voorhand opgestelde vragenlijsten.
- Inventarisatie en analyse van de antwoorden van de interviews op een gestandaardiseerde manier.
- Eventueel opstellen van aanbevelingen.

Referenties:
Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:
Promotor:
Mieke Vermandere (mieke.vermandere@kuleuven.be - u0062287 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Registratienummer:
mp19096

Bijlage 2: Gunstig advies ethische begeleidingscommissie van van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)"

Martine Goossens <martine.goossens@kuleuven.be>

woensdag 22/03/2017 19:46

Aan:Mieke Vermandere;

CC:Stijn Van Elewyck;

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en verpleegkundigen rond pijn in de palliatieve fase in de RVT-setting." onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en verpleegkundigen rond pijn in de palliatieve fase in de RVT-setting." and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Bijlage 3: Topic Guide semigestructureerd interview

Topic guide verpleegkundigen

Hoe verloopt momenteel de communicatie over pijncontrole tussen huisarts en verpleegkundige in de palliatieve fase?

Via welke kanalen wordt er gecommuniceerd?

Wat verwacht u van de communicatie van de huisarts naar u toe wat betreft pijncontrole in een palliatieve situatie?

Hebt u veel ervaring met palliatieve situaties in Rust-en verzorgingsinstellingen?

Welke opleiding over palliatieve zorg hebt u gevolgd?

Hoe communiceert u over de graad van pijn naar de arts toe?

Maakt u gebruik van pijnschalen? Gebruikt u andere manieren om pijn te objectiveren?

Hoe wordt er gecommuniceerd over het gebruik van staande orders?

Wat zijn uw gevoelens rond het werken met staande orders?

Aan welke voorwaarden moet worden voldaan om een staand order uit te voeren?

Hoe verloopt de communicatie naar artsen van wacht toe die worden ingeroepen bij een palliatieve situatie?

Kunt u een voorbeeld geven van een casus waarbij de communicatie omtrent pijncontrole met de huisarts goed verliep?

Kunt u een voorbeeld geven van een casus waarbij de communicatie omtrent pijncontrole met de huisarts minder goed verliep?

Topic guide huisartsen

Hoe verloopt momenteel de communicatie over pijncontrole tussen huisarts en verpleegkundige in de palliatieve fase?

Via welke kanalen wordt er gecommuniceerd?

Wat verwacht u van de communicatie van de verpleegkundige in het woonzorgcentrum naar u toe wat betreft pijncontrole in een palliatieve situatie?

Hebt u veel ervaring met palliatieve situaties in Rust-en verzorgingsinstellingen?

Welke opleiding over palliatieve zorg hebt u gevolgd?

Hoe wilt u dat verpleegkundigen de graad van pijn naar u toe communiceren?

Maakt u gebruik van pijnschalen? Gebruikt u andere manieren om pijn te objectiveren?

Hoe wordt er gecommuniceerd over het gebruik van staande orders?

Wat zijn uw gevoelens rond het werken met staande orders?

Aan welke voorwaarden moet worden voldaan om een staand voor te schrijven?

Hoe communiceert u over de permanentie bij een palliatieve situatie?

Bent u continu bereikbaar tijdens de terminale fase?

Kunt u een voorbeeld geven van een casus waarbij de communicatie omtrent pijncontrole met de verpleegkundigen goed verliep?

Kunt u een voorbeeld geven van een casus waarbij de communicatie met de verpleegkundigen omtrent pijncontrole minder goed verliep?