Samenwerking tussen huisartsen en thuisverpleegkundigen: bron van succes of frustratie?

Karen Dhont, Universiteit Gent

Promotor: An De Sutter, Universiteit Gent

Co-promotoren: Peter Pype, Universiteit Gent

Fien Mertens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2019

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.

Dankwoord

Deze thesis zou niet mogelijk zijn zonder de hulp en de ondersteuning van andere mensen. Daarom had ik hen graag even bedankt.

Allereerst wil ik mijn collega HAIO Dr. Matthias Soens , mijn promotor Prof. Dr. An De Sutter en mijn co-promotors Dr. Peter Pype en Dr. Fien Mertens bedanken voor het brainstormen rond de uitwerking van de thesis, de behulpzame tips en hun geduld en gespendeerde tijd in deze thesis.

Ook wil ik alle deelnemers aan de vragenlijsten en aan de focusgroepgesprekken bedanken voor de tijd die ook zij in deze thesis hebben gestoken en zonder wie deze thesis helemaal niet mogelijk was geweest.

Daarnaast wil ik ook mijn praktijkopleider Dr. Luc Deprost bedanken voor de ondersteuning geboden tijdens het maken van deze thesis.

Mijn dank gaat ook uit naar mijn vriend, familie en vrienden die mij gesteund en geholpen hebben waar nodig.

Inhoudstafel

Dankwoord 3

Inhoudstafel 4

Abstract 6

Inleiding 6

Methode 6

Resultaten 6

Conclusie 6

Inleiding 7

Methodes 9

Literatuuronderzoek 9

Kwantitatief onderzoek 10

Kwalitatief onderzoek 11

Resultaten 12

Literatuuronderzoek 12

Manier van communiceren 12

Overleg 13

Voorschrift verpleegkundige zorgen 13

Kwantitatief Onderzoek 14

Kwalitatief onderzoek 16

Kenmerken huisartsen 16

Kenmerken thuisverpleegkundigen 17

Resultaten 17

Discussie 23

Manier van communicatie 23

Overleg 24

Onderlinge relatie 24

Voorschrift verpleegkundige zorgen 25
Kennis over nomenclatuur 26
Oplossingen 26
Beperkingen van deze studie 26
Conclusie en praktijkimplicaties 28
Referenties 29
Bijlagen 32
Bijlage 1: Registratieformulier kwantitatief onderzoek 32
Bijlage 2: Goedgekeurd protocol 33
Bijlage 3: Gunstig advies ethisch comité 35

Abstract

Inleiding

Door de vastgestelde vergrijzing van de bevolking, wordt de groep thuisblijvende ouderen met chronische ziekten groter. Een goede samenwerking binnen de eerste lijn wordt dus steeds belangrijker. In deze eerste lijn wordt traditioneel de huisarts en de thuisverpleegkundige centraal gezet, wat inhoudt dat de communicatie tussen beiden optimaal zou moeten zijn. Binnen deze communicatie vormt het voorschrift voor verpleegkundige zorgen een belangrijk onderdeel. Deze studie wil onderzoeken hoe de communicatie hieromtrent verloopt en bekijken of hier problemen rond zijn.

Methode

Deze studie is onderverdeeld in drie stukken.

Het eerste deel is het literatuuronderzoek waarbij gezocht werd in de databases Pubmed en CINAHL. Hiernaast werd ook de masterproevendatabase van het ICHO geraadpleegd, naast de website van het RIZIV. Er werden ook een studie van het KCE en twee relevante artikels uit het blad HuisartsNu gevonden.

Het tweede onderdeel vormt het kwantitatief onderzoek. Hierbij werden vragenlijsten bijgehouden door huisartsen en thuisverpleegkundigen gedurende 1 à 2 maand. Dit gebeurde in 2 regio's: Wetteren en Zele.

Het derde en laatste deel van dit onderzoek is kwalitatief van aard. Er werden in 2 regio's (Wetteren en Zele) focusgroepgesprekken gehouden, telkens met huisartsen en thuisverpleegkundigen apart.

Resultaten

Tijdens het kwantitatief onderzoek namen in totaal 6 huisartsen en 10 thuisverpleegkundigen deel. De leeftijd van de huisartsen varieerde van 26 tot en met 60 jaar en de ervaring reikte van 1,5 jaar tot en met 15 jaar. Alle huisartsen werkten in een kleine groepspraktijk (2 huisartsen + HAIO). Bij de verpleegkundigen varieerde de leeftijd van 26 tot 69 jaar en de ervaring van 3 tot 46 jaar. Er waren zowel zelfstandigen (zowel in duo- als in groepsverband) bij als mensen die bij het Wit Gele Kruis werkten. In totaal werden 185 contacten geregistreerd. In het algemeen gingen de contacten in 24,9% keer van de gevallen over het verpleegkundig voorschrift, terwijl het 82,2% over overleg ging.

Tijdens het kwalitatief onderzoek namen in totaal 8 huisartsen en 11 thuisverpleegkundigen deel aan de focusgroepgesprekken.

Beide beroepsgroepen gaven aan dat de communicatie met elkaar over het algemeen wel goed verliep. De telefoon is het meest gebruikte communicatiemiddel. Voor de toekomst wordt er gekeken naar de elektronische apps, met idealiter implementatie in beide dossiers. De thuisverpleegkundigen geven aan dat er nog steeds veel fouten sluipen in het voorschrift voor verpleegkundige zorgen, terwijl de huisartsen zich (bijna) van geen kwaad bewust zijn.

Conclusie

We kunnen concluderen dat er, ondanks reeds nota's van het RIZIV, er nog steeds onvoldoende duidelijkheid is over de inhoud van het voorschrift voor verpleegkundige zorgen. Dit geldt vooral voor de huisartsen, maar ook voor de thuisverpleegkundigen bleken er nog punten van discussie. Bijscholingen hieromtrent lijken zich aan te dienen, idealiter met beide beroepsgroepen samen.

Inleiding

Volgens cijfers van Statbel en Statistiek Vlaanderen[1] uit 2017 zal de veroudering van de bevolking in de Vlaamse steden en gemeenten de komende 10 jaar verder gezet worden. Er wordt namelijk tussen 2017 en 2027 een stijging van het aantal 65-plussers van meer dan 22% gezien.

We kunnen afleiden dat door deze vergrijzing het aandeel van thuisblijvende ouderen wordt.[2] Daarbij komt dat, in vergelijking met vroeger, mensen met een chronische ziekte vaker thuis verzorgd worden dan in het ziekenhuis.[3,4] Coördinatie, samenwerking en communicatie zijn dus absolute vereisten naar de toekomst toe.[5,6] Ook Nieuwboer et al.[7] stelt dat het groeiend aantal chronisch zieke patiënten met complexe gezondheidszorgbehoeften eerstelijnszorgprofessionals moet aansporen om interprofessionele samenwerking dringend te optimaliseren en de communicatie te verbeteren. Centraal binnen de eerste lijn staan klassiek de huisarts en de thuisverpleegkundige.[8] De kwaliteit van samenwerking tussen huisartsen en thuisverpleegkundigen bepaalt met andere woorden in grote mate de kwaliteit van zorg.[9] Het is reeds vastgesteld in de literatuur dat interprofessionele samenwerking de zorg voor de patiënt verbetert en dan vooral die patiënten met complexe en/of chronische aandoeningen. Interprofessionele samenwerking kan de patiëntveiligheid, maar ook de patiënt tevredenheid verhogen, kwaliteit van gezondheidszorg en ook gezondheidsuitkomsten verbeteren, jobtevredenheid van de deelnemende professionals verbeteren en daarenboven resulteren in betere personeelswerving en personeelsbehoud.[10]

Om in een zorg waar de patiënt centraal staat een dergelijke effectieve interprofessionele samenwerking te bekomen, blijkt een goede communicatie een van de noodzakelijke factoren te zijn.[5,7,9,11,12,13,14] De communicatie tussen de verscheidene zorgverleners dient met andere woorden efficiënt te verlopen opdat een optimale continuïteit van zorg kan worden voorzien.[5] Daarnaast leidt effectieve communicatie tot een verminderd risico op fouten, wat dan weer tot een veiligere zorg leidt en dus een betere kwaliteit van zorg.[2,4,9] Er is echter nog niet zo veel onderzoek gedaan binnen de eerste lijn als je zou verwachten: de meeste communicatieonderzoeken in de zorg spelen zich voor het grootste deel af in de context van het ziekenhuis. Hierbij blijft de thuiszorg onderbelicht.[2,9,12]

Een klein deeltje van deze communicatie tussen huisartsen en thuisverpleegkundigen is het voorschrift voor verpleegkundige zorgen.

Volgens het RIZIV[15,16] zijn er een aantal zaken die verplicht vermeld moeten worden op een doktersvoorschrift voor verpleegkundige zorgen. Zo moeten, naast de standaard gegevens zoals de gegevens van de patiënt en de voorschrijvend arts, de aard, het aantal en de frequentie van de toe te dienen zorgen neergeschreven staan. Zodoende moet het de nodige gegevens bevatten om de zorgen te kunnen identificeren. Indien er geneesmiddelen of medicamenteuze oplossingen moeten toegediend worden, moet ook hierbij de aard, de dosis en de toedieningswijze vermeld worden. Bij enterale, parenterale voeding of toedienen van perfusies moeten bovendien het debiet en de hoeveelheid per 24 uur vermeld worden. Voorschriften wondzorg moeten ook de omschrijving van de wonde (plaats), de maximale frequentie van de verzorging, posologie van geneesmiddelen (indien van toepassing), de periode waarover de wonde dient verzorgd te worden bevatten. Belangrijk bij dit laatste is dat dit de begin- en einddatum is, de vermelding ‘tot genezing’ is niet geldig.

In de literatuur is weinig te vinden over het doktersvoorschrift voor verpleegkundige zorgen. Wat wel werd gevonden was een verslag van een middagbijscholing van huisartsen en thuisverpleegkundigen.[13] Hier werden een aantal bestaande problemen aangekaart en soms mogelijke oplossingen gegeven. Zo werd gesteld dat het voorschrift zelden in orde was. Deze bedenking wordt ook gestaafd door een studie gedaan door het RIZIV[15] waarbij gezien werd dat bij de onderzochte criteria er steeds een belangrijk aandeel van de voorschriften niet in orde was. Het is dan ook zeer interessant om de huidige stand van zaken te bekijken. Vandaar de keuze voor dit (deel)onderwerp voor deze masterproef.

Methodes

Deze studie maakt deel uit van een ruimer onderzoek naar de communicatie tussen huisartsen en thuisverpleegkundigen. Deze duomasterproef werd gedaan in samenwerking met Matthias Soens. Terwijl zijn masterproef zich vooral richt op de inhoud en de manier van communicatie tussen deze twee groepen in het algemeen, zal deze thesis zich ook toespitsen op het verpleegkundig voorschrift.

Literatuuronderzoek

Enerzijds gebeurde er een literatuuronderzoek om uit te maken wat reeds rond de samenwerking tussen huisarts en thuisverpleegkundige werd neergeschreven. Hiervoor werden verschillende databases bekeken waaronder Pubmed en CINAHL. Aan de hand van de literatuur werd er bekeken welke problemen zich reeds voor deden en wat als mogelijke oplossing gegeven werd. Specifiek in deze thesis werd er ook opgezocht wat er op een verpleegkundig voorschrift moet staan en of er hierrond reeds problemen zijn gerapporteerd.

Gehanteerde zoektermen waren ("general practitioner" OR gp OR "family doctor" OR "primary care") AND ("home nurse" OR nurse) AND communication.

In Pubmed gaf dit 1480 resultaten. Enkel Engels- en Nederlandstalige artikels met een vrij beschikbare full-text werden weerhouden. Na overlopen van de titels en abstracten op relevantie werden 7 artikels weerhouden. Uiteindelijk werden hiervan 4 artikels behouden wegens relevant voor deze thesis. Zo werden artikels die specifiek handelden over verpleegkundigen in woonzorgcentra of ziekenhuismilieu niet geïncludeerd. Ook artikels die zich meer richtten op andere zaken dan communicatie werden geëxcludeerd. Enkel artikels die zich focusten op communicatie tussen huisartsen en thuisverpleegkundigen werden geïncludeerd, wanneer dit tussen eigen collega's of met andere beroepsgroepen gebeurde, werden deze geëxcludeerd.

Wanneer CINAHL werd geraadpleegd met bovenstaande zoektermen, gaf dit 777 referenties als zoekresultaat. Bij het limiteren van de search naar enkel Engels- of Nederlandstalige artikels met een beschikbaar abstract blijven hier nog 723 artikels van over. Na het overlopen van de titels en abstracten op relevantie werden 6 artikels behouden. De andere artikels werden geëxcludeerd omwille van volgende mogelijke redenen: niet in het Engels of Nederlands, geen full text beschikbaar, onderzoek gehouden in woonzorgcentra of in het ziekenhuismilieu en onderzoek die zich niet focust op communicatie. Hiervan werd nog 1 artikel niet behouden omdat dit reeds geïncludeerd werd vanuit Pubmed en 1 artikel omdat er geen full tekst beschikbaar was. Na doornemen van de artikels op relevantie werden uiteindelijk 2 artikels geïncludeerd in deze thesis.

Wanneer in Pubmed volgende zoekterm werd ingegeven, werden 538 resultaten bekomen: ("general practitioner" OR gp OR "family doctor" OR "primary care") AND ("home nurse" OR nurse) AND prescription. Na uitselecteren van Engels- of Nederlandstalige artikels met een vrij beschikbare full text werden nog 189 resultaten bekomen. Bij het nalezen van de titels en abstracten konden geen relevante artikels worden geselecteerd.

In CINAHL gaven voorgaande zoektermen 285 resultaten. Wanneer enkel werd gekeken naar Engels- of Nederlandstalige artikels met een beschikbaar abstract, werden nog 267 referenties bekomen. Ook hier konden geen relevante artikels worden weerhouden na bekijken van titels en abstracten.

Relevante masterproeven in de ICHO database die betrekking hadden tot de relatie en communicatie tussen huisartsen en thuisverpleegkundigen werden ook bekeken. Hiervoor werden zoektermen als 'thuisverpleegkundig' en 'thuiszorg' gebruikt. Hierbij werden twee thesissen behouden.

Op Google werd gezocht met de term "thuisverpleging voorschrift". Bij de zoekresultaten zat onder andere een link naar een vooropgesteld voorschrift van het Wit Gele Kruis met daarbij ook wat er volgens het RIZIV op een voorschrift moet staan. Deze werd, omwille van de relevantie voor deze thesis, geïncludeerd. Tijdens deze search werden ook twee relevante artikels uit het blad HuisartsNu gevonden. Ook werd een relevant KCE rapport gevonden.

Hiernaast werd ook de website van het RIZIV zelf geraadpleegd, waarbij een infobox en een nota werden weerhouden.

Kwantitatief onderzoek

Na het literatuuronderzoek is er een registratie gebeurd van de contacten tussen thuisverpleegkundigen en huisartsen. Dit gebeurde zowel door thuisverpleegkundigen als door huisartsen.

De huisartsen die gerekruteerd werden, waren collega's in dezelfde praktijk van de onderzoekers (inclusief de onderzoekers zelf). De thuisverpleegkundigen die werkzaam waren in dezelfde regio van de onderzoekers (zijnde de streek van Wetteren en Zele) werden gevraagd of zij wilden deelnemen aan deze vragenlijst. Dit gebeurde door middel van rechtstreeks contact bij een patiënt of wanneer er bij de patiënt ter sprake kwam dat er een thuisverpleegkundige langs kwam, werden de contactgegevens van deze verpleegkundige in kwestie opgevraagd. Uiteindelijk werden in totaal 11 verpleegkundigen hiervoor gecontacteerd door de onderzoekers (waarvan 1 die de resterende 15 leden van zijn groep hiervoor ook contacteerde).

De registratie verliep over een periode van 1 à 2 maand waarbij een gemiddelde van 10-15 geregistreerde contacten werd nagestreefd.

Inhoudelijk bevatte deze vragenlijst onder andere wie er rechtstreeks betrokken was bij de communicatie (de huisarts, de patiënt zelf, familie van de patiënt), wie het initiatief nam, via welk medium de communicatie verliep en ten slotte wat de inhoud van de communicatie was. Eventuele incidenten die met communicatie te maken (zouden kunnen) hebben (zoals bv. medicatiefouten, onenigheid,…) werden hierin ook genoteerd. Oplossingen die de betrokkene hiervoor eventueel al in gedachten had, konden ook genoteerd worden. De inhoud van het registratieformulier werd bekomen na overleg tussen de onderzoekers. *Zie ook bijlage 1.*

Na ontvangst van de registraties werden deze geanalyseerd en onderverdeeld in verschillende categorieën. Zo werd getracht een beter overzicht te maken van wat er juist zoal gecommuniceerd werd, de manier waarop en waar de meeste problemen zich voordeden. Ook werden de registraties van verpleegkundigen tegenover die van huisartsen gezet om een zicht te krijgen op de verwachtingen naar elkaar toe.

Deze categorieën behelsden in eerste instantie 'Wie', "Aantal weken" en het "Aantal contacten". Het aantal contacten werd dan onderverdeeld in "Voorschrift" of "Overleg". Wanneer een contact zowel over het voorschrift als over overleg ging, werd deze in beide categorieën ingedeeld. In deze thesis werd dan specifiek enkel verder gewerkt met de contacten die over het verpleegkundig voorschrift gingen. Eerst werd de manier van communicatie bekeken: "Telefonisch", "Thuisdossier" (ook een papier achtergelaten bij de patiënt thuis werd hierbij gerekend), "Mail/SMS", "Persoonlijk" en "Via derden" waren de subcategorieën. Ook werd gekeken wie het initiatief nam: "Arts" of "Verpleegkundige". Als laatste werd ook gekeken waarover de communicatie rond het voorschrift (VS) juist ging: ging het om een "Nieuw VS", een "Verlenging VS", "Fout VS", "Stop VS" of gewoon een "Vraag VS". Zo werd een overzichtelijke tabel bekomen waaruit de resultaten van het kwantitatief onderzoek konden gehaald worden.

Kwalitatief onderzoek

Als derde luik in deze thesis werden er ook focusgroepen georganiseerd om de resultaten van bovenstaande registraties te bespreken en opmerkingen van beide groepen te noteren. Huisartsen en thuisverpleegkundigen, werkzaam in dezelfde regio als de onderzoekers, werden hiervoor gecontacteerd. Dit werd dus niet beperkt tot enkel diegenen die deel namen aan het kwantitatief onderzoek. 1 van de onderzoekers had nog kennissen in de thuisverpleging, ook zij werden voor deelname gecontacteerd. Zij die toezegden en aanwezig konden zijn op de vooropgestelde datum werden geïncludeerd in de focusgroep. Op voorhand werd gestreefd naar een 5-tal deelnemers per gesprek. Huisartsen en thuisverpleegkundigen werden hierbij in aparte groepen gesproken om sociaal wenselijke antwoorden naar elkaar toe zoveel mogelijk te vermijden. De onderzoekers zelf namen niet deel aan de focusgesprekken, maar traden op als moderator.

De mogelijke topiclijst van de gesprekken werd op voorhand reeds vastgelegd aan de hand van de resultaten van het kwantitatief onderzoek, inclusief de incidenten en oplossingen die hier werden aangereikt. Te bespreken onderwerpen waren onder andere: ervaring van de communicatie in het algemeen, ervaring rond initiatiefname van communicatie, manier van communicatie (ook voorkeur, eventuele hinderpalen), adequate communicatie (en of er soms te weinig/te veel gecommuniceerd wordt), communicatie rond het voorschrift voor verpleegkundige zorgen en eventuele verschillen tussen een eerste voorschrift en een verlenging van het voorschrift. Deze lijst van topics diende eerder als houvast dan als een vaste leidraad voor de focusgroepgesprekken.

Van deze focusgroepgesprekken werden geluids- en/of video-opnames gemaakt met medeweten en akkoord van alle deelnemers. Deze werden dan volledig uitgeschreven en geanonimiseerd. Hierna werden ze dan door elke onderzoeker apart thematisch geanalyseerd, in grote lijnen volgens de thema's die reeds op voorhand waren opgesteld in de topiclijst.

Resultaten

Literatuuronderzoek

Manier van communiceren

De huisarts en de thuisverpleegkundige hanteren een verschillende benadering van de zorg voor patiënten. Zo kijkt de verpleegkundige over het algemeen vanuit een breder perspectief naar de patiënt, met meer aandacht voor sociale aspecten. De arts zal daarentegen meer gefocust zijn op diagnosestelling en interventies. Dit verschil tussen beide partijen heeft ook zijn consequenties voor de onderlinge communicatie.[9,12]

De Jong et al.[8] stelt dat het niet erg duidelijk is hoe multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn in realiteit verloopt. Over het algemeen zijn er occasionele contacten tussen de betrokken zorgverleners. De frequentie hiervan varieert van patiënt tot patiënt.[7,8] Er zou geen interdisciplinaire communicatie zijn wanneer er niets mis gaat.[8,10] De communicatie verloopt vaak incidenteel en wordt dan ook frequent mondeling gedaan waardoor de informatie vaak ook niet gedeeld wordt met andere betrokkenen.[8]

In een studie gedaan in het kader van de zorg voor patiënten met diabetes werd gezien dat frequente, dagelijkse face-to-face communicatie zorgt voor een beter teamklimaat wat resulteert in een betere kwaliteit van zorg voor diabetespatiënten. Een gebrek aan teamwork zou daarentegen geassocieerd zijn met gemiste verpleegkundige zorgen en slechtere uitkomsten voor de patiënt.[17]

Melby et al.[12] en Lyngstad et al.[4] bevestigen dit gegeven: voornamelijk worden de telefoon of face-to-face ontmoetingen gebruikt als middel tot communicatie tussen zorgverstrekkers (naast fax, brieven, meetings en verpleegkundigen die de praktijk van de huisarts bezoeken). Dit leidt tot soms trage en gefragmenteerde informatie waardoor zorgverstrekkers soms moeite hebben om met elkaar in contact te komen. Als resultaat konden de noden van de patiënt soms onvoldoende verstaan worden. Ook bij Nieuwboer et al.[7] werd telefonie, naast email, als voornaamste manier van communicatie aangeduid. Hierbij werd wel vermeld dat dokters niet altijd vlot telefonisch bereikt konden worden. Een andere studie gaf dan weer aan dat de meerderheid van de communicatie door middel van brieven zou gebeurd zijn en slechts in een minderheid van de gevallen telefonisch of via de patiënt zelf. Daarnaast werd wel gezien dat brieven niet zo een grote responsratio hadden ten opzichte van telefonische communicatie. Telefonie werd daarom aangeraden voor acute of kleinere noden en de geschreven communicatie voor het beschrijven van meer complexe gezondheidsnoden met gepast detail.[2] In de thesis van Uyttersprot[5] werd gezien dat ook bij de patiënt zelf één of ander communicatiemiddel aanwezig was. Wanneer hier een gestandaardiseerd thuiszorgdossier werd geïmplementeerd bleek dit echter voornamelijk gebruikt te worden door de huisarts (of huisarts van wacht), maar veel minder door thuisverpleegkundigen. Bij de studie gedaan door Pype et al.[14] zag men dat communicatie soms verliep via telefoon of via notities bij de patiënt thuis. In de studie van Smith et al.[2] bleek communicatie via de patiënt niet de nood voor directe communicatie tussen thuisverpleegkundigen en huisartsen te elimineren.

Deze directe communicatie is ook gebonden aan enkele regels rond privacy (GDPR[a]). Als antwoord hierop wordt vaak gekeken naar een elektronisch communicatiemiddel voor zorgprofessionals.[4,8,12] Het zou

[a] General Data Protection Regulation

leiden tot een beter overzicht van de medicatie van de patiënt en dus accuratere behandeling met en dosering van medicatie.[12] Hierbij blijkt een link met het eigen zorgdossier zeer belangrijk te zijn.[8] Hierop werd relatief recent ingespeeld door het Wit Gele Kruis. Zij lanceerden een digitaal platform met een ingebouwde link in de meeste softwarepakketten voor huisartsen (ook de ziekenhuizen hebben directe inzage). Bedoeling van dit platform is dat het niet alleen gebruikt wordt binnen de organisatie van het Wit Gele Kruis, maar dat het ook uitgebreid wordt naar alle thuiszorgorganisaties.[18] Het is dan ook interessant om te kijken of zulke elektronische middelen wel degelijk in de praktijk gebruikt worden voor interdisciplinaire communicatie. Dit werd in Noorwegen al eens ondervraagd en hieruit blijkt dat 26% van de thuiszorgverstrekkers e-messages gebruiken voor hun communicatie met huisartsen en dat 38% van de huisartsen communiceren met de thuiszorginstellingen via e-messages.[12] Het bleek de toegang tot elkaar te verhogen, met meer communicatie tussen huisartsen en thuisverpleegkundigen. Het werd als meer efficiënt bevonden, maar werd wel als minder persoonlijk beschouwd. Er bleek meer uitwisseling van informatie te zijn en verpleegkundigen werden meer actieve organisatoren en facilitatoren van het werk van huisartsen, wat op zich kan beschouwd worden als een betere follow-up van patiënten. Het kan als een hulpmiddel beschouwd worden om zaken gedaan te krijgen en de cognitieve overload te elimineren.[4,12] Lyngstad et al.[4] zag ook dat zelfs als elektronische communicatie werd geïmplementeerd, men nog steeds non-elektronische methoden bleef gebruiken. E-messaging verving dus de standaardmethoden van communicatie niet, maar ze complementeerden eerder elkaar. Ondanks de aangehaalde voordelen van elektronische communicatie, wordt mondelinge communicatie toch aangehaald als superieur in zijn eenvoud en rijkdom van expressie en de mogelijkheid van een onmiddellijk antwoord, waaronder de opportuniteit om misverstanden te onderscheppen.

Overleg

Voor een goede samenwerking blijkt er ook een nood te zijn aan overlegmomenten. Hierbij werd in de studie van De Gendt[2] aangegeven dat de verpleegkundigen eigenlijk graag vaker met de huisarts zouden overleggen, maar zou het bij sommige huisartsen moeilijk zijn om overlegmomenten te organiseren. Mogelijke redenen als tijdsgebrek en schrik voor kritiek werden door de verpleegkundigen hiervoor aangehaald. Mahmood-Yousuf et al.[19] stelt dan weer dat binnen de palliatieve zorg huisartsen eerder informele communicatie waarderen dan formele meetings, aangezien kwesties konden overlegd worden zonder vertraging op het meest relevante punt in de tijd. Langs de andere kant zouden formele samenkomsten voor de thuisverpleegkundigen deels compenseren voor de moeilijkheden om sommige huisartsen te bereiken. Zij zagen dan ook dat wanneer zowel formele als informele overlegmomenten werden gebruikt, de communicatie het meest effectief verloopt. Pype et al.[14] sluiten zich hierbij aan: huisartsen zouden vaak niet de tijd vinden om deel te nemen aan teamoverlegmomenten en verkiezen regelmatige teammeetings dus ook niet. Voor hen is het voldoende dat teamgenoten bereikbaar zijn voor overleg mochten er zich problemen voordoen.

Voorschrift verpleegkundige zorgen

Tijdens een middagbijscholing van huisartsen en thuisverpleegkundigen[13] werd gesteld dat het voorschrift voor verpleegkundige zorgen zelden in orde is. Zij stelden dat alles vermoedelijk beter zou worden ingevuld met een elektronisch voorschrift. Zij kaartten ook het probleem aan dat de thuisverpleegkundige niets mag wijzigen als een voorschrift niet in orde is, maar dat het document terug naar de arts moet gestuurd worden ter correctie.

Zowel in de studie gedaan door het RIZIV[6] als in het KCE rapport[3] was de conclusie dat toch een groot aandeel van de onderzochte voorschriften niet conform de regels waren. Hierbij haalden deze laatsten aan dat de thuisverpleegkundigen vaak aan de arts moeten vragen om een voorschrift te schrijven, maar blijkbaar zou deze regelmatig niet akkoord zijn met de geschiktheid van de verpleegkundige interventie. Het RIZIV vond dat onder andere 16,1% van de voorschriften geschreven voor bijkomende zorgen naast het toilet, 23,9% van de voorschriften voor eenvoudige wondzorg, 29,1% van de voorschriften complexe wondzorg en 33,3% van de voorschriften specifieke wondzorg niet conform de vereisten waren. Zij zagen verschillende manieren waarop het voorschrift niet in orde kon zijn: geen identificatie van de voorschrijver, ontbrekende datum, duur en frequentie van de behandeling niet gepreciseerd, identificatie van de verzorging, aard en dosering van de producten niet gespecificeerd. (Hierbij maakten ze wel de connotatie dat de identificatie van de voorschrijver niet noodzakelijk in het dossier wordt vermeld wegens het afschrift)

Een ander punt dat op de middagbijscholing[13] werd aangehaald is dat huisartsen niet altijd op de hoogte zouden zijn van welke handelingen thuisverpleegkundigen (mogen) uitvoeren. Ook in het KCE rapport[3] werd dit bevestigd: dokters zouden onvoldoende de nomenclatuur van thuisverpleegkundigen kennen waardoor ze niet altijd correct het soort verzorging die de patiënt nodig heeft volgens de thuisverpleegkundige, voorschrijven. Ook Pype et al.[5] stelt dat het een must is voor interprofessionele samenwerking dat professionelen elkaars expertise, rol en verantwoordelijkheden kent.

Kwantitatief Onderzoek

Tijdens het kwantitatief onderzoek werden de vragenlijsten ingevuld door in totaal 16 zorgverstrekkers in de eerste lijn, waaronder 6 huisartsen en 10 thuisverpleegkundigen. Vele thuisverpleegkundigen haakten af omdat ze het bijhouden van de contacten gedurende minstens een maand te intensief vonden. Dit gold voor het Wit Gele Kruis in 1 regio die deelname niet zag zitten. Ook een groep van 15 zelfstandigen waarvan het hoofd de vragenlijsten aan zijn collega's heeft uitgedeeld, bleek op het einde van de periode geen enkel contact genoteerd te hebben.

De leeftijd van de huisartsen varieerde van 26 tot en met 60 jaar en de ervaring reikte van 1,5 jaar tot en met 15 jaar. Alle huisartsen werkten in een kleine groepspraktijk (2 huisartsen + HAIO).

Tabel 1 Karakteristieken Huisartsen Kwantitatief Onderzoek

	Geslacht	**Leeftijd (jaar)**	**Team**	**Aantal jaren werkervaring als huisarts**	**Regio**
H1	V	38	Groep	13	Zele
H2	M	38	Groep	13	Zele
H3	M	27	Groep	1,5	Zele
H4	M	60	Groep	35	Wetteren
H5	V	60	Groep	35	Wetteren
H6	V	27	Groep	1,5	Wetteren

Bij de verpleegkundigen varieerde de leeftijd van 26 tot 69 jaar en de ervaring van 3 tot 46 jaar. Er waren zowel zelfstandigen (zowel in duo- als in groepsverband) bij als mensen die bij het Wit Gele Kruis werkten.

	Geslacht	**Leeftijd (jaar)**	**Team**	**Aantal jaren werkervaring als thuisverpleegkundige**	**Regio**
V1	V	42	Groep	12	Zele
V2	V	69	Duo	46	Zele
V3	V	60	Groep	30	Zele
V4	V	40	Groep	18	Zele
V5	V	26	Groep	4	Zele
V6	V	28	Groep	6	Zele
V7	V	36	Duo	8	Zele
V8	V	58	Groep	15	Zele
V9	V	39	Groep	3	Wetteren
V10	M	53	Groep	5	Oosterzele

Tabel 2 Karakteristieken Thuisverpleegkundigen Kwantitatief Onderzoek

In totaal werden 185 contacten geregistreerd. Dit waren 100 contacten in de groep van de huisartsen en 85 contacten in de groep van de thuisverpleegkundigen. De contacten werden gedurende 3 tot 11 weken geregistreerd. In het algemeen gingen de contacten in 46 keer van de gevallen (24,9%) over het verpleegkundig voorschrift, terwijl het 152 keer (82,2%) over overleg ging. Sommige contacten gingen zowel over het voorschrift als over overleg. Deze werden dan bij beide categorieën gerekend. De meeste contacten rond het verpleegkundig voorschrift (27 van de 46 of 58,7%) werden telefonisch gedaan, terwijl dit in 8 van de gevallen via derden (17,4%), 7 via een thuisdossier (15,2%) en bij 4 persoonlijk verliep (8,7%). Rond het voorschrift werd niet gecommuniceerd via mail of SMS. In 27 van de gevallen (58,7%) nam de arts het initiatief, terwijl de verpleegkundigen dit in 19 van de gevallen deden (41,3%). Het ging in 71,7% om een nieuw voorschrift, in 10,9% om een verlenging van een voorschrift, 13,0% was een fout voorschrift en in 4,3% gevallen ging het contact om het stoppen van een voorschrift.

Tabel 3 Overzicht Contacten

	Overleg	**VS**	**Totaal contacten**
Huisartsen	86	25	100
Thuisverpleegkundigen	66	21	85
	152 (82,2%)	46 (24,9%)	185

Tabel 4 Manier van communicatie rond het voorschrift

	Telefonisch	**Via derden**	**Thuisdossier**	**Mail/SMS**	**Persoonlijk**
Huisartsen	12	3	7	0	3

Thuisverpleegkundigen	15	5	0	0	1
	27 (58,7%)	8 (17,4%)	7 (15,2%)	0 (0%)	4 (8,7%)

Tabel 5 Initiatiefname bij communicatie rond het VS

	Arts initiatief	**Verpleegkundige initiatief**
Registratie door Huisartsen	12	13
Registratie door Thuisverpleegkundigen	15	6
	27 (58,7%)	19 (41,3%)

Tabel 6 Inhoud van communicatie rond het voorschrift

	Nieuw VS	**Verlenging VS**	**Fout VS**	**Stop VS**
Huisartsen	19	4	1	1
Thuisverpleegkundigen	14	1	5	1
	33 (71,7%)	5 (10,9%)	6 (13%)	2 (4,3%)

Kwalitatief onderzoek

Er werden in totaal 4 focusgroepgesprekken gehouden. Elke onderzoeker deed in eigen regio een focusgroepgesprek met huisartsen en een focusgroepgesprek met thuisverpleegkundigen. In totaal namen 8 huisartsen en 11 thuisverpleegkundigen deel.

Tabel 7 Overzicht Focusgroepgesprekken

	Huisartsen	**Thuisverpleegkundigen**
Regio Zele	4	6
Regio Wetteren	4	5

Kenmerken huisartsen

De leeftijd onder de huisartsen varieerde van 31 tot en met 70 jaar en de ervaring reikte van 2 jaar tot en met 44 jaar. Er waren zowel solo-artsen bij, artsen die in duo werkten en artsen die in een groep werkten. Er waren 4 mannelijke en 4 vrouwelijke artsen aanwezig.

Tabel 8 Kenmerken Huisartsen Groepgesprekken

	Geslacht	**Leeftijd (jaar)**	**Team**	**Werkervaring (jaar)**	**Regio**
H1	V	38	Groep	13	Zele
H2	M	38	Groep	13	Zele
H3	M	56	Duo	27	Zele
H4	V	43	Duo	2	Zele

H5	V	31	Duo	5	Wetteren
H6	M	70	Solo	44	Wetteren
H7	M	60	Groep	35	Wetteren
H8	V	60	Groep	35	Wetteren

Kenmerken thuisverpleegkundigen

Bij de verpleegkundigen varieerde de leeftijd van 27 tot 69 jaar en de ervaring van 3 tot 46 jaar. Er waren zowel zelfstandigen (zowel in duo- als in groepsverband) bij als mensen die bij het Wit Gele Kruis (WGK) werkten. Er waren 9 vrouwen en 2 mannen aanwezig.

Tabel 9 Kenmerken Thuisverpleegkundigen Focusgroepgesprekken

	Geslacht	**Leeftijd (jaar)**	**Team**	**Werkervaring als thuisverpleegkundige (jaar)**	**Regio**
V1	V	36	Duo	8	Zele
V2	V	60	Groep	30	Zele
V3	V	42	Groep	12	Zele
V4	V	37	WGK	6	Zele
V5	V	69	Duo	46	Zele
V6	V	43	WGK	20	Zele
V7	M	35	Duo	5 (2j WGK, 3j zelfst) + 2j ZH	Gent
V8	V	39	Groep	3	Wetteren
V9	V	27	Groep	6	Wetteren
V10	V	57	Duo	36 (12j WGK, 24j zelfst)	Gent
V11	M	42	Groep	20	Wetteren

Resultaten

Manier van communicatie

Nieuw voorschrift

Ondanks de vooruitgang in de technologie, blijkt het papieren thuisdossier nog steeds een vaste waarde te zijn om iets in te noteren. Ook het neerleggen van het voorschrift bij de patiënt thuis (met eventueel

wat extra informatie) wordt regelmatig gedaan. Over het nut van een dossier aanwezig bij de patiënt zijn de meningen van de verpleegkundigen wel verdeeld.

> *'Ik houd de gegevens bij op papier, maar niet bij de patiënt thuis'. 'Ik vind het niet nodig dat er een gemeenschappelijk dossier is tussen huisarts en verpleegkundige bij de patiënt thuis'.* V5

> *Bij patiënten waar de huisarts maandelijks komt, kunnen er wel ondringende zaken doorgegeven worden via een mapje dat bij de patiënt thuis ligt. Bijvoorbeeld over medicatie ofzo. Ik vind het wel evident dat wanneer de huisarts dan komt, dat hij alles dan eens bekijkt. Voor zo'n zaken vind ik een thuisdossier wel zeer handig.* V6

Verschillende deelnemers gaven te kennen de telefoon te verkiezen voor acute zaken boven alle andere mediums. Ook voor meer complexe zaken of zaken die wat meer uitleg vragen, wordt dit medium verkozen. Daarnaast wordt al eens de bedenking gemaakt of dit medium misschien niet eens wat vaker zou moeten gebruikt worden. Niet iedereen vindt dit echter altijd het medium bij uitstek voor de communicatie.

> *Ik vind telefonisch het efficiëntste, zo kan je meer vragen dan bijvoorbeeld wanneer er via mail gecommuniceerd wordt. Ik ben nu wel van een oudere generatie,... Ik kan ook moeilijker werken met de gsm en de applicaties etc. Wij dateren nog vanuit het tijdperk dat alles via de post verliep enzo. Via een sms'je heb je niet meteen antwoord, aan de telefoon heb je meer dynamiek. […] Het verschil tussen mail en tussen telefonisch contact is, dat je bij mail wel steeds een bewijs hebt dat je iets doorgegeven hebt. Moest er toch op een bepaalde moment discussie zijn, dan heb je dit op papier staan. Bij telefonisch contact kan dit achteraf niet meer opgeroepen worden.* V2

Toch wordt er niet altijd rechtstreeks met de verpleging gecommuniceerd en wordt er, om verscheidene redenen, verkozen om via de patiënt als tussenpersoon te handelen. Een huisarts (H2) gaf hierbij aan dat patiënten toch ook wel een grote invloed op de verpleging hebben en soms zaken sneller kunnen laten gebeuren. Wat dit betreft werd wel tijdens een ander gesprek door een verpleegkundige (V2) de bemerking gemaakt dat dit niet altijd ideaal is: het is niet altijd efficiënt en men begrijpt niet altijd wat er bedoeld wordt (vaak een oudere populatie).

> *Wij zullen bijvoorbeeld enkel aan de patiënt zeggen: 'hier zijn de spuitjes (bv. Clexane), maar dan is het vaak aan de patiënt om de verpleegkundige te bellen. In dit soort gevallen bellen wij niet zelf naar de verpleegkundige. Dan is er van onze kant uit niet altijd contactname om iets op te starten. Of bijvoorbeeld als wij voorstellen dat er beter iemand zou langskomen om hen te wassen, dan laat je ook het initiatief aan de patiënt om een verpleegkundige te laten langskomen.* H1

Qua communicatie rond de opstart van een nieuw voorschrift voor verpleegkundige zorgen lopen de meningen van de verpleegkundigen wat uiteen. Sommigen vinden dat bij bepaalde zaken er niet te veel dient gecommuniceerd te worden, anderen daarentegen missen vaak wel wat achtergrond. Wanneer een verpleegkundige de verantwoordelijkheid van de zorg van de patiënt wil opnemen, wordt toch heel wat belang gehecht aan voldoende medische informatie over de patiënt, opdat zij toch zo optimaal mogelijk kunnen werken. Dit laatste bleek niet altijd in voldoende mate aanwezig te zijn.

> *Wanneer er bij een chronische patiënt een maandelijkse inspuiting moet gebeuren, is voor mij overleg minder nuttig. Aan een spuit is er nu eigenlijk niet zo heel veel te overleggen hé,..* V2

Maar ik denk ook dat alles al begint naar dat hoe jullie de patiënten doorgeven enzovoort. Als gij een patiënt doorgeeft en ge gewoon zegt, ja, clexane, dan denk ik wij zijn wel verpleegkundigen die meer dan die clexane, ale, we willen wel wat achtergrond he. Niet gewoon Clexane en da ist. Want dan zijn wij gewoon een uitvoerder. Ik vind, we zijn een verpleegkundige he, echt letterlijk kundig, dus wij moeten die achtergrond hebben, wij moeten weten waarom, enzovoort. En dat is met alles eh, alles over de wondzorg, ale, ge moet veel meer weten dan gewoon die wonde he, ge moet de achtergrond van de ziektes enzovoort weten en dat stroomt veel te weinig door naar de thuisverpleegkundigen. Daar wordt veel te weinig achtergrond aan gegeven. V9

Verlenging van een voorschrift

Over het algemeen wordt er weinig verschil aan gegeven tussen een nieuw voorschrift en een verlenging van een verpleegkundig voorschrift. Qua communicatie echter blijkt er toch een miniem verschil volgens 1 verpleegkundige:

Wanneer het verlengingen zijn, maken wij zelf een voorschriftje op, en steken we deze vaak binnen bij de huisarts om te laten tekenen. Vaak worden verlengingen door de huisarts vergeten, waardoor we ze dan zelf moeten invullen en laten ondertekenen. V2

Voor de verlenging van een voorschrift geven de huisartsen aan dat de verlenging van het voorschrift meestal wel gelijkaardig verloopt als bij het schrijven van een nieuw voorschrift. Wel wordt aan gegeven dat hiervoor de verpleging toch al eens moet bellen. De communicatie hierrond gebeurt hier eigenlijk op velerlei manieren.

Dan schrijf ik dat gewoon. Das tzelfde ma blijven eh. Ast er iets moet veranderen. Maar dikwijls is dat ook dat de verpleging, die zelfstandige verpleging belt dan alst er iets verandert of als ze vinden dat die patiënt er niet goed op reageert, dan bellen die wel. En als ge dan een einddatum zet, gij denkt er niet meer aan, de verpleging vindt dat het nog niet gans dicht is, dat het nog verzorging nodig heeft, dan contacteren ze wel he. H8

Soms zijn hierbij toch wat wrijvingen over de manier waarop communicatie verloopt, wanneer er bijvoorbeeld al zorgen gestart of voortgezet worden zonder reeds een voorschrift te hebben die ondertekend is. Hiervoor blijkt de termijn waar dit op gebeurt het belangrijkste struikelblok.

Wat je ook wel vaak hebt, is zo bijvoorbeeld skin tears ofzo daze dan verzorgd hebben, soms een maand geleden, en da ze dan in ene keer komen, Daze een briefke vragen, maar ge weet daar eigenlijk niet van. Dat vind ik toch wel een beetje ambetant. Dat zouden ze niet mogen doen, ma ja, daze zo op de moment zelf keer contacteren van ja, we hebben hier een skin tear, ge moet niet speciaal komen, we gaan dat wel in orde krijgen, maar niet zo een maand later, aja, hier een voorschrift. Dat je dan een beetje uit de lucht valt. H5

Het zelf schrijven van een voorschrift door de verpleegkundige

Veel verpleegkundigen vullen al eens zelf het voorschrift voor verpleegkundige zorgen in. Over dit zelf schrijven van een verpleegkundig voorschrift en of het überhaupt wel mag zijn de meningen toch wel verdeeld, zowel bij de thuisverpleegkundigen zelf als bij de huisartsen. Veel thuisverpleegkundigen vinden dit zeer handig en zijn zo quasi zeker dat het voorschrift correct is ingevuld. 1 Verpleegkundige was hier

niet mee akkoord en zou dit liever niet doen. De meeste huisartsen gaven aan dit wel gemakkelijk te vinden, anderen tolereren het eerder, maar zouden dit liever niet hebben.

> *Alles zomaar in onze schoenen schuiven en zeggen van doe maar en uw eigen voorschriften schrijven, wat in principe ook niet mag, kvind dat allemaal wel wat gemakkelijk. V11*

> *Als iemand, laat ons zeggen, 6 jaar in de thuisverpleging ga moeten verzorgd worden en het derde jaar krijgde zo een voorschrift voor 12 maanden, vind ik dat persoonlijk niet fout, kvind dat eigenlijk, ale, gemakkelijk. Kweet dat natuurlijk niet op voorhand dat dat 6 jaar gaat zijn. Ale, retrospectief dan bekeken, vind ik dat eigenlijk wel gemakkelijk […] die mensen die elk jaar voortgezet worden, waar daje in feite maar een handtekening moet zetten. Het Wit Gele Kruis laat gewoonlijk wel ook toe dat je hier en daar de kruisjes nog wat zet en zo. Ze vullen het niet volledig in eigenlijk he. Ze willen echt niet helemaal uw verantwoordelijkheden in uw plaats doen.* H7

Inhoud van het voorschrift

Over de inhoud van het voorschrift zijn er veel verschillende meningen. Zowel over of er al dan niet regels zijn, welke regels er juist zijn en hoe deze nageleefd worden. De grootste meningsverschillen bevinden zich tussen de huisartsen en thuisverpleegkundigen, maar ook binnen dezelfde beroepsgroep durven de meningen soms uit elkaar lopen. Waar de thuisverpleging het dan wel zeker over eens is, is het feit dat er wel heel erg veel fouten sluipen in de verpleegkundige voorschriften voorgeschreven door de huisartsen. Zo worden onder andere verkeerde data of geen begin- en /of einddata, afwezige diagnoses, geen vermelding van locatie (van bv. een wonde),… vermeld.

> *Maar ik denk, soms weten de huisartsen niet wat dat de vereisten zijn om een voorschrift in orde te hebben, hoewel dat dat allemaal op de website van 't RIZIV staat.* V9

Het voornaamste punt van discussie was of er op een verpleegkundig voorschrift het product dat diende toegediend te worden vermeld moest worden.

> *Voor wondzorg moet er ook specifiek op staan welk product nodig is en waar het moet toegepast worden. Dit is verplicht.* V6

> *Moet dat? Maar nee, das niet waar, wij mogen kiezen, ale, in principe als het in overleg met, maar wij mogen wel bepalen welk product dat wij gebruiken. Maar er zijn sommigen die zeggen dat moet het zijn en dan oke, dan is dat zo. Maar als er gewoon op staat wondzorg, dan zijn wij vrij om te kiezen.* V8

Ondanks de vele fouten die aangehaald worden door de verpleegkundigen, lijken de huisartsen zich eigenlijk van geen (of weinig) kwaad bewust te zijn. Voor velen lijken de regels duidelijk, anderen willen ook de communicatie wat open houden en zien de verpleegkundige als een deskundige en willen daarom nog wat vrijheid aan de verpleegkundige zelf laten (waardoor sommige zaken op vlak van bijvoorbeeld wondzorg worden open gelaten).

> *Ik denk dat verpleegkundigen daar ook een redelijk brede tolerantiemarge hebben, dat ze weten dat ze dingen moeten invullen die er niet staan. Ik denk dat er ook nooit enige richtlijnen geweest zijn hoe gedetailleerd zo een voorschrift moet staan.* H7

De huisartsen mogen dan volgens hen wel veel fouten maken, volgens de verpleegkundigen kan het nog slechter: voorschriften uit het ziekenhuis zouden volgens hen nog veel minder in orde zijn.

> *Ik vind over het algemeen van de huisartsen dat dat wel meestal wel oké is, vind ik. Ik heb meer problemen met de voorschriften vanuit het ziekenhuis, daar heb ik meer, ale, dingen die te kort zijn of ontbreken of…* V8

Er is soms ook wat wrevel bij sommige verpleegkundigen over het feit dat er soms voorschriften opgesteld worden voor zaken waarvoor de thuisverpleegkundige niet of nauwelijks wordt voor betaald.

> *Maar ik denk, soms weten de huisartsen niet waarvoor dat wij betaald worden en waarvoor niet, dat jullie gewoon niet weten waar dat er bij ons nomenclatuur voor bestaat. Dat da al 1 van de grootste zaken is dat ne keer bij jullie beroepsvereniging moet aangekaart worden om een keer het bewustzijn een beetje te verbeteren eigenlijk.* V9

Één verpleegkundige gaf nog een ander heikel punt aan:

> *Leesbaarheid is bij bepaalde artsen ook een minpunt. Meestal kan het gekrabbel wel ontrafeld worden, aangezien je ongeveer weet waarover het gaat.* V2

Over de bepaling van de duur van een voorschrift worden ook niet altijd dezelfde gedachtegang gehanteerd: de ene huisarts zal een meer beperkte duur hanteren om beter een oogje in het zeil te kunnen houden, de andere huisarts schrijft dan weer lang genoeg om zo de werkdruk voor zichzelf wat in te perken.

> *Ik schrijf zelf ook meestal mijn datum lang genoeg, zodat ik niet om de haverklap een nieuw briefje moet gaan schrijven.* H3

> *Neenee, ik zeg altijd een bepaalde termijn. Tis te zien welke wonde dat dat is, zodanig dak weet dat die nog niet zal dicht zijn, dak kan kijken, of dat dat genoeg evolueert. Als dat dat echt zo een ulcus is, moet je dat toch ne keer kijken he. Tenzij dat dat in een RVT is, dan trek ik mij dat zo niet aan. Als dat zo thuis, ja, dan moet ge dat toch ne keer zien of dat dat wel voldoende heelt, of dat dat wel goed gaat, verbetert. En dan schrijf ik in het begin zo 14 dagen en dan kan ik ne keer kijken.* H8

Er is gelukkig wel iets van beterschap te bespeuren, aangezien de meeste verpleegkundigen het erover eens zijn dat de jongere generatie het over het algemeen beter doet dan de oudere generatie. Volgens hen zou de communicatie vlotter en sneller gebeuren en zouden ze al sneller door hen gecontacteerd worden voor hun mening over bepaalde zaken.

> *Maar ze bellen ons nog regelmatig vind ik. Van wat zou gij daarop doen, ik heb die of die wonde. Dat vind ik nu wel, bij jonge huisartsen ebde dat wel he. V10*

Mogelijke oplossingen

Tijdens de gesprekken werd er soms al gesproken over al dan niet mogelijke oplossingen.

Zo vond men het goed dat er al een mogelijkheid was om tijdens de opleiding eens een halve dag mee te lopen met een thuisverpleegkundige, al zouden ze dit voor studenten die echt voor huisartsgeneeskunde kiezen vast in de opleiding steken.

Natuurlijk naargelang uw keuze. Als ge zegt van ik ga voor huisarts, is dat wel een meerwaarde he, zo ne keer meelopen, ik vind dat wel. V8

Anderen zouden het dan weer ruimer trekken en ook na de opleiding voor (huis)arts hierrond iets doen. Men denkt zo onder andere aan interdisciplinaire opleidingen rond communicatie, gemengde bijscholingen (al dan niet over de regels van het voorschrift en de nomenclatuur).

Ik denk niet alleen in de opleiding maar da kan ook gewoon, ale, ik denk dat beroepsverenigingen daar ook al op kunnen inspelen. Om opleidingen te geven over hoe communiceren. En dat dat eigenlijk ideaal zou zijn, moest je dan direct een mix hebben met thuisverpleegkundigen en huisartsen, dat je direct workshops kunt beginnen geven he. En da ge ze eigenlijk samenbrengt. V9

Bijscholingen samen, dat zou eigenlijk wel interessant zijn. Ik peis daje dan op den duur ook de huisartsen beter leert kennen op een ander niveau en dat de communicatie ook vlotter gaat verlopen. V10

Er wordt ook naar de toekomst gekeken en dan voornamelijk naar de digitalisering. Al heeft men wel verschillende meningen hieromtrent: sommigen willen dat het voorschrift zo gestandaardiseerd mogelijk is, anderen willen dan weer het voorschrift zelf volledig in handen hebben en dat de huisarts enkel nog dient te ondertekenen.

Ge kunt in de toekomst, met de digitalisering, daze gewoon een standaardpapier hebben ale van dit moet erin staan en daze gewoon moeten aanklikken. V9

Ik zou het handiger vinden moesten wij elektronisch zelf ons voorschrift mogen typen, doorsturen en zij signeren. V10

Of dat het gewoon rechtstreekse feedback geven op een geschreven voorschrift veel zou uithalen, heeft men zijn twijfels:

Maar eigenlijk zouden jullie ook eens geconfronteerd moeten worden met hoeveel verkeerde voorschriften jullie schrijven. Ale, al onze voorschriften zijn bijna allemaal niet in orde he. […] Maar tis niet dat als ge voorschrift hebt en ze toont kijk zo moet het, tis niet dat ze hun volgend voorschrift goed gaan doen. V9

Discussie

De doelstelling van dit onderzoek was het bekijken van de communicatie tussen huisartsen en thuisverpleegkundigen. Meer specifiek gaat deze thesis over het verpleegkundig voorschrift: hoe verloopt de communicatie hieromtrent en vormen er zich problemen? (zowel op vlak van communicatie als inhoud van het voorschrift).

Manier van communicatie

In deze thesis werd telefonie zowel in het kwantitatief als het kwalitatief deel aangehaald als dé vorm van communicatie die het meest gebruikt werd. Deze manier wordt vooral verkozen bij acute situaties of situaties waarbij er meer uitleg dient gegeven te worden. Niet elke deelnemer was het hier echter over eens: sommigen gaven aan toch ook graag nog schriftelijke informatie te ontvangen, op papier of digitaal. Tijdens de focusgroepgesprekken kwam het thuisdossier, in al zijn mogelijke vormen, ook aan bod. Zowel thuisverpleegkundigen als huisartsen meldden dit te gebruiken en voor sommige, niet dringende zaken wel handig te vinden. Al was er wel 1 verpleegkundige die niet echt het nut zag om zowel bij zichzelf als een gemeenschappelijk dossier bij de patiënt bij te houden.

Wat betreft communicatie tussen huisartsen en thuisverpleegkundigen wordt in de literatuur gezien dat dit op verschillende manieren verloopt. Telefonie werd hierbij ook het meest aangehaald als hét communicatiemiddel bij uitstek.[4,7,12,14] Een tweede vaak gebruikte manier van communiceren was één of andere vorm van thuisdossier (gaande van een los papiertje tot een volwaardig patiëntendossier).[5,14] Smith et al.[2] gaven dan weer aan dat de telefoon het meest werd aangeraden voor acute of kleinere gezondheidsnoden, terwijl geschreven communicatie voor meer complexe gezondheidsnoden met gepast detail, werd behouden. Dit komt dus niet volledig overeen met wat gezien werd in deze studie.

De nieuwe GDPR regels dreigen voor deze laatste manier van communiceren voor velen roet in het eten te strooien. Dit werd zowel door de huisartsen als de thuisverpleegkundigen aangehaald tijdens de focusgroepgesprekken.

Tijdens het kwantitatieve deel van deze masterproef werd echter door geen van de deelnemers melding gemaakt van met een app, email of sms te werken. Dit werd tegen gesproken tijdens de focusgroepgesprekken. Zo werkten de thuisverpleegkundigen graag met de app Siilo. Ook een aantal huisartsen werkten hiermee. Over het algemeen werd deze manier van communiceren als zeer aangenaam ervaren. Zeker omdat dit ook voldoet aan deze nieuwe GDPR regels en er toch een neergeschreven versie was van de communicatie mocht reproductie nodig zijn. Deze manier van communicatie werd aangehaald als een goede manier om kleine, niet dringende zaken te vragen of mee te delen, zonder een direct antwoord te verwachten. Hiernaast kan de ontvanger van een bericht antwoorden op een voor hem/haar geschikt moment.
De app van het Wit Gele Kruis werd in mindere mate gebruikt voor interdisciplinaire communicatie. Dit bleek dan vooral uit het kwalitatieve onderdeel van deze masterproef. In het kwantitatief onderdeel kwam dit in geen enkel contact aan bod.

Ook in de literatuur wordt vaak gekeken naar een elektronisch communicatiemiddel voor zorgprofessionals als antwoord op de zorgen rond privacy.[4,8,12] Hierop werd relatief recent ingespeeld door het Wit Gele Kruis. Als we het gebruik hiervan dan bekijken in deze thesis, blijkt er nog veel ruimte voor verbetering. In Noorwegen werd het gebruik van elektronische middelen al eens ondervraagd en hieruit blijkt dat 26% van de thuiszorgverstrekkers e-messages gebruiken voor hun communicatie met huisartsen en dat 38% van de huisartsen communiceren met de thuiszorginstellingen via e-messages.[12] In vergelijking met onze studie lijken zij dus vaker te grijpen naar dergelijke elektronische communicatiemiddelen. Uit de focusgroepgesprekken blijken de gebruikte apps nog niet volledig op punt te staan om bijvoorbeeld ook in het dossier te worden geïmplementeerd en is ook nog niet iedereen op de hoogte van alle mogelijkheden.

Overleg

Tijdens de gesprekken met de thuisverpleegkundigen gaf men het belang aan van voldoende overleg. Velen gaven toch aan dat ze graag wat meer medische achtergrond hadden bij vele patiënten. Enerzijds om te weten waar ze op moeten letten, anderzijds om zelf ook nog bij te leren. Dit hangt wel af van verpleegkundige tot verpleegkundige. Zo was er een thuisverpleegkundige die op sommige momenten overleg minder nodig vond, zoals bijvoorbeeld bij de nood aan een maandelijkse inspuiting bij een chronische patiënt. Een andere thuisverpleegkundige staat daar weer tegenover met de mening dat, zelfs bij een 'doodgewone' inspuiting, ze nog graag meer achtergrondinformatie wenst. Anderzijds merken ook de huisartsen soms een gebrek aan informatie op: als er bij een chronische patiënt iets nieuws bij komt, worden zij hiervan graag op de hoogte gesteld. Het lijkt dus belangrijk goed af te toetsen bij elke zorgverlener wat men juist van de ander verlangt qua informatieverstrekking.

Ook in de literatuur blijkt er een nood te zijn aan overlegmomenten voor een goede samenwerking.[11,14,19] Ook hier geven verpleegkundigen aan dat ze soms onvoldoende op de hoogte gebracht worden van de medische achtergrond of andere informatie van de patiënt.[4,11] Dit komt de communicatie en dus de samenwerking en dus ook de zorg voor de patiënt niet altijd ten goede. Open communicatie is dus zeer belangrijk.[9]

Onderlinge relatie

Sommigen thuisverpleegkundigen gaven tijdens de focusgroepgesprekken aan dat ze nog een zekere remming voelden om contact te leggen met bepaalde huisartsen. Daarbij bleken de jongere huisartsen over het algemeen bereikbaarder dan de oudere generatie. Bij deze laatsten zou het gevoel van hiërarchie nog het meest aanwezig zijn. Een voorbeeld hiervan is dat bij foutieve voorschriften niet altijd de voorschrijvend arts op zijn fouten worden gewezen. Langs de kant van de huisartsen wordt deze hiërarchie minder aangevoeld: zij maken zich sterk een zo open mogelijke communicatie aan te houden met de thuisverpleegkundigen en hen ook in hun expertise te respecteren.

Ondanks de nog vele verbeterpunten zou de relatie tussen de huisarts en de verpleegkundige ook volgens de literatuur over de jaren heen al sterk verbeterd zijn. Men ziet elkaar als evenwaardige collega's, alle zorgverleners zijn even belangrijk binnen de samenwerking. Toch blijkt er nog steeds een belangrijke hiërarchie te zijn. Zo zouden verpleegkundigen zich vaak nog sterk geremd voelen om kritiek te uiten naar de huisarts of open te communiceren over meningsverschillen.[4,11] Dit is dus gelijkaardig met de bevindingen in deze thesis.

De Gendt[11] stelt dat de meeste verpleegkundigen zichzelf zien als de belangrijkste vertrouwenspersoon van de patiënt. De rolverdeling binnen de samenwerking verloopt over het algemeen volgens de wensen van de patiënt, met daarbij verdere invulling door de hulpverleners zelf. De leidende en coördinerende rol zou hierbij vaak terecht komen bij de verpleegkundigen.
Uit onze thesis blijkt dat dit niet enkel bij palliatieve zorg het geval is: verschillende huisartsen gaven aan dat het logisch was dat de thuisverpleegkundige dichter bij de patiënt stond aangezien zij deze ook veel vaker zien dan hen. Op die manier wordt de thuisverpleegkundige ook gezien als een belangrijke bron van informatie over de toestand van de patiënt, aangezien er tegen hen soms zaken gezegd worden die de patiënt niet (of veel later) bij de huisarts ter sprake brengt.

Voorschrift verpleegkundige zorgen

Een ander item waar veel rond gecommuniceerd wordt is het voorschrift verpleegkundige zorgen. Tijdens het kwantitatief onderzoek bleek 24,9% van de contactmomenten te maken te hebben met dit voorschrift. Hierbij gaat de huisarts net iets vaker het initiatief nemen, wat op zich logisch klinkt aangezien hij/zij vaak de verpleegkundige contacteert wanneer nieuwe zorgen dienen te worden opgestart.

Tijdens de focusgroepgesprekken stelden zo goed als alle verpleegkundigen dat een heel groot deel van hun voorschriften niet in orde waren. In het kwantitatief deel van deze thesis werd dit grote aantal fouten in voorschriften niet direct terug gezien: slechts 13% (6/46) van de contacten rond het voorschrift verpleegkundige zorgen, ging om een foutief voorschrift. Door de perceptie van een groot foutpercentage werd door de meeste verpleegkundigen tijdens de gesprekken aan gegeven dat het soms makkelijker was om zelf de voorschriften te schrijven en dan te laten ondertekenen door de huisartsen. Op deze manier waren ze quasi zeker dat ze in orde zijn, al werd door een aantal verpleegkundigen er toch bij vermeld dat dit eigenlijk hun taak niet was. Huisartsen waren hier ook over verdeeld. Sommigen vonden het best wel handig dat die verantwoordelijkheid grotendeels uit hun handen werd genomen, anderen hadden dit liever niet. Wat ook niet echt werd geapprecieerd door de huisartsen is het feit dat er soms pas een tijdje na de start van nieuwe zorgen hen een voorschrift wordt voorgeschoteld. Ondanks dat velen het liever zelf zouden maken, zijn de regels rond dit voorschrift niet altijd goed gekend. Sommigen weten wel ongeveer wat er op moet, maar stellen dat vele zaken ook mogen overgelaten aan de verpleegkundige, men wil niet te belerend over komen. Dit ging dan vooral over het opstarten van wondzorg. Hierin bleken verpleegkundigen toch eerder als de specialisten ter zaken aanzien te worden. Anderen daarentegen blijken geen weet te hebben dat er überhaupt regels hieromtrent bestaan. Over de inhoud van het voorschrift was er ook een punt van discussie in 1 focusgroepgesprek met thuisverpleegkundigen, namelijk of het product al dan niet op het voorschrift voor wondzorg diende geschreven te worden

Wat betreft de inhoud van dit voorschrift werden in de onderzochte artikels eveneens redelijk wat problemen gezien: volgens hen zou het verpleegkundig voorschrift vaak niet in orde zijn.[3,6,13] Ook het feit dat verpleegkundigen niets zelf mogen wijzigen aan een voorschrift en dus dat het document terug naar de arts dient gestuurd te worden, die dan ook soms niet akkoord gaat met de wijzigingen, was een heikel punt.[3,13] Het RIZIV zag in zijn studie verschillende manieren waarop het voorschrift niet in orde kon zijn: geen identificatie van de voorschrijver, ontbrekende datum, duur en frequentie van de behandeling niet gepreciseerd, identificatie van de verzorging, aard en dosering van de producten niet gespecificeerd. Het RIZIV vond dat onder andere 16,1% van de voorschriften geschreven voor bijkomende zorgen naast het toilet, 23,9% van de voorschriften voor eenvoudige wondzorg, 29,1% van de voorschriften complexe

wondzorg en 33,3% van de voorschriften specifieke wondzorg niet conform de vereisten waren. Deze percentages wijken sterk af van het percentage foutieve voorschriften die gezien werden tijdens het kwantitatief onderzoek. Dit doet ons afleiden dat de perceptie van de verpleegkundigen tijdens de focusgroepgesprekken waarschijnlijk iets correcter zijn en dat er een mogelijke onderrapportage was tijdens de registratieperiode.

In het KCE rapport[3] gaf men de suggestie dat het voorschrift voor wondzorgmaterialen en -interventies door thuisverpleegkundigen zouden moeten worden geschreven. Dit komt overeen met de wensen van de meeste verpleegkundigen en de erkenning van de expertise van de thuisverpleging hierin door de huisartsen. Gezien het bovenvermelde discussiepunt, is er echter toch nog ruimte voor verbetering in de kennis hieromtrent.

Kennis over nomenclatuur

Tijdens het focusgroepgesprek werd er meermaals aangebracht dat artsen niet altijd goed weten waarvoor thuisverpleegkundigen wel of niet betaald worden. Zo vermeldde één thuisverpleegkundige dat er soms gestart wordt met een bepaalde verzorging, vaak een toilet, maar dat er dan verschillende zaken bij komen die al dan niet terugbetaald worden. Ook wordt op die momenten niet altijd een correct voorschrift geschreven. Dit werd ook teruggezien in de evaluatie door het RIZIV[6]: in 41,7% van de gevallen ontbrak het voorschrift voor bijkomende verzorging en in 16,1% van de gevallen was het voorschrift niet-conform. In de literatuur werd ook gezien dat artsen onvoldoende de nomenclatuur van thuisverpleegkundigen zouden kennen.[3,13]

Oplossingen

Tijdens het focusgroepgesprek kwamen verschillende ideeën naar boven die een mogelijke oplossing zouden kunnen bieden naar de toekomst toe. Zo stelde men voor om geneeskundestudenten in de richting huisartsgeneeskunde eens te laten mee lopen met een thuisverpleegkundige (iets wat momenteel enkel een optie is). Ook na de opleiding lijkt hen een bijscholing rond interprofessionele communicatie en inhoud van het voorschrift, zowel voor thuisverpleegkundigen als huisartsen, interessant. Daarnaast werd ook gekeken naar de digitalisering om een duidelijker voorschrift te genereren waarbij de gevraagde zaken er met zekerheid op staan. Naast een elektronisch voorschrift kijkt men ook uit naar elektronische communicatiemiddelen die voldoen aan de GDPR regels, maar die ook in beide zorgverleners hun dossier kan geïmplementeerd worden, zonder een overlast aan berichten. Ook rechtstreekse feedback op het geschreven voorschrift werd aangehaald, al was men niet zeker of dit veel impact zou hebben op het voorschrijfgedrag.

In de literatuur zijn er reeds verschillende mogelijke oplossingen aangehaald: communicatie-georiënteerde trainingsprogramma's, gebruik van een enkel middel voor gestructureerde communicatie en meer incorporatie van thuiszorgpraktijken in medische en verpleegkundige curricula.[2,14] Deze komen dus grotendeels overeen met de aangehaalde punten in deze studie.

Beperkingen van deze studie

Mogelijke beperkingen van deze thesis is het feit dat zowel het kwantitatief deel als het kwalitatief deel met beperkt aantal deelnemers en in een beperkte regio werd gevoerd. In andere regio's en met meer deelnemers zouden mogelijks andere resultaten kunnen bekomen worden.

Een tweede beperking is de mogelijkheid van onderraportage tijdens het kwantitatief deel van deze thesis. Dit kan vermoed worden door de discrepantie tussen de registraties enerzijds en de focusgroepgesprekken met de thuisverpleging en de literatuur anderzijds: mogelijks werden niet alle fouten in voorschriften gerapporteerd en/of werd hier niet altijd over gecommuniceerd. Ook de werkdruk kan een mogelijke factor zijn in onderraportage.

Een andere beperking is de opzet van het kwalitatief deel. Door thuisverpleegkundigen en huisartsen apart te houden, trachtte men sociaal wenselijke antwoorden te vermijden, maar aan de andere kant zijn zo mogelijk interessante discussies tussen de beide beroepsgroepen ook niet aan bod gekomen.

Een andere mogelijke beperking is dat de focusgroepgesprekken niet telkens door dezelfde persoon werden gedaan. Dit kan mogelijk leiden tot het anders stellen van vragen, waardoor sommige zaken over- of onderbelicht zouden kunnen zijn. Ook waren de onderzoekers relatief gekend met de deelnemers, waardoor misschien toch wat meer sociaal wenselijke antwoorden werden gegeven.

Conclusie en praktijkimplicaties

Ondanks het grote belang aan een goede samenwerking en communicatie tussen thuisverpleegkundigen en huisartsen, blijkt de literatuur hieromtrent redelijk schaars te zijn. Zowel op communicatief vlak als op vlak van het voorschrift verpleegkundige zorgen zijn er nog heel wat werkpunten aanwezig, zoals kennis van nomenclatuur van de thuisverpleging, kennis van de regels rond het verpleegkundig voorschrift en het voldoende uitwisselen van informatie met elkaar. Toch lijkt het al de goede richting uit te gaan. Mogelijke oplossingen die werden gegeven zijn gemengde bijscholingen, zowel over communicatie, het voorschrift, maar ook andere onderwerpen interessant voor beide beroepsgroepen, bijvoorbeeld een gemeenschappelijke bijscholing over wondzorg. Ook een e-communicatietool, geïntegreerd in beide dossiers lijkt een mogelijke piste voor betere communicatie. Daarnaast wordt ook gekeken naar de opleiding: hierbij zou meevolgen bij elkaar toch zeker in het curriculum moeten worden opgenomen.

Referenties

1. Statistiek Vlaanderen: https://www.statistiekvlaanderen.be/de-vergrijzing-zet-zich-verder, geraadpleegd op 23/03/2019.

2. Smith PD et al.
Communication between office-based primary care providers and nurses working within patients' homes: an analysis of process data from CAPABLE
J Clin Nurs. 2016 Feb;25(3-4):454-62.
Doi: 10.1111/jocn.13073.

3. Paulus D et al.
Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper.
Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Reports 190A. D/2012/10.273/79.

4. Lyngstad M et al.
Home care nurses' experiences with using electronic messaging in their communication with general practitioners.
JCN, 23, 3424-3433, 2014
Doi: 10.1111/jocn.12590

5. Uyttersprot A-M
Continuïteit van zorg: Implementatie en optimalisatie van een thuiszorgdossier. [Masterproef]
Universiteit Gent, 2013

6. RIZIV, Nota OW nr. 2018/09, geraadpleegd op 28/03/2019.

7. Nieuwboer MS et al.
Identification of influencing factors and strategies to improve communication between general practitioners and community nurses: a qualitative focus group study.
Family Practice (FAM PRACT), Oct2018; 35(5): 619-625. (7p)

8. De Jong et al.
How professionals share an e-care plan for the elderly in primary care: evaluating the use of an e-communication tool by different combinations of professionals.
J Med Internet Res 2016;18(11):e304
Doi: 10.2196/jmir.6332

9. Heijmans-Wentinck G et al.
Communicatie tussen arts en verpleegkundige. Arbeidstevredenheid bij thuiszorgverpleegkundigen in Nederland.
Huisarts Nu. 2018;47(4);176-9

10. Morgan S et al.
Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review.
Int J Nurs Stud. 2015 Jul;52(7):1217-30.
Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008.
Epub 2015 Mar 19.

11. De Gendt A
Interactie tussen huisartsen, thuisverpleegkundigen en Verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipes: Observaties en ervaringen van thuisverpleegkundigen. Een interviewstudie. [Masterproef]
Universiteit Gent, 2013

12. Melby L et al.
Introducing electronic messaging in Norwegian Healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration.
International Journal of Medical Informatics 83 (2014) 343-353
http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.02.001

13. Middagbijscholing: samenwerking tussen huisartsen en thuisverpleegkundigen
Donderdag 4/12/2014 13-15u Grote vergaderzaal Huis voor Gezondheid

14. Pype P et al.
Healtcare professionals' perceptions toward interprofessional collaboration in palliative home care: A view from Belgium
J Interprof Care. 2013 Jul;27(4):313-9.
Doi: 10.3109/13561820.2012.745488.
Epub 2012 Nov 27.

15. Website Wit Gele Kruis: https://www.witgelekruis.be/publicatie/voorschrift-verpleegkundige-zorgen, geraadpleegd op 18/02/2018.

16. Infobox RIZIV – Verpleegkundige in de thuiszorg:
https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/infobox-verpleegkundige.aspx, geraadpleegd op 15/03/2019.

17. Mundt et al.
Primary care team communication networks, team climate, quality of care, and medical costs for patients with diabetes: A cross-sectional study.
Int J Nurs Stud. 2016 Jun;58:1-11.
Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.01.013.
Epub 2016 Feb 8.

18. Weltens T et al.
De thuisverpleging gaat voor een digitaal platform.
Huisartsnu 2017 p264-5

19. Mahmood-Yousuf K et al.
Interprofessional relationships and communication in primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework.
Br J Gen Pract. 2008 Apr;58(549):256-63.
Doi: 10.3399/bjgp08X279760.

Bijlagen

Bijlage 1: Registratieformulier kwantitatief onderzoek

Hulpverlener:

Wanneer	VS/Overleg	Wie	Hoe	Wat	Waarom	Oplossing	Andere

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol

Protocol Masterproef

Haio: Karen Dhont
Academiejaren: 2017-2019
Thema: Samenwerking tussen huisartsen en thuisverpleegkundige: bron van succes of frustratie?

Doelstelling

De doelstelling van deze masterproef is om de samenwerking en communicatie tussen huisartsen en thuisverpleegkundigen te analyseren. Zijn er verbeterpunten? Hoe kan men de communicatie in functie van de zorg voor de patiënt beter op elkaar afstemmen? Wat zijn de verwachtingen naar elkaar toe? Hiervoor zal gebruik gemaakt worden van een vragenlijst die zowel naar de regionale thuisverpleegkundigen als naar de huisartsen van de praktijk zal worden gestuurd. Specifiek zal in deze masterproef de focus gelegd worden op het verpleegkundig voorschrift.

Literatuurstudie

Om een beeld te scheppen van wat reeds geschreven werd over dit onderwerp zal een grondige literatuurstudie gebeuren. Er zal gebruik gemaakt worden van verschillende databases (waaronder PubMed, CINAHL en Google Scholar). Aan de hand van de literatuur wordt er bekeken wat er reeds geschreven is over de communicatie tussen thuisverpleegkundigen en huisartsen. Specifiek wordt er ook opgezocht wat er op een verpleegkundig voorschrift moet staan en of er hierrond reeds problemen zijn gerapporteerd.

Vragenlijst

Er zal een vragenlijst met toestemmingsverklaring en korte beschrijving van de studie rondgestuurd worden naar de verschillende thuisverpleegkundigen die wensen deel te nemen. Hiernaast zal ook aan de artsen in de praktijk gevraagd worden deze lijst in te vullen. Het is echter niet de bedoeling dat de thuisverpleegkundigen enkel de communicatie met de desbetreffende praktijk in kaart brengen. Om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen zal dus gevraagd worden om alle mogelijke communicatie naar huisartsen toe op te lijsten. Dit geldt uiteraard ook voor de huisartsen: alle communicatie met thuisverpleegkundigen wordt genoteerd en niet enkel de communicatie met deelnemende verpleegkundigen.

De bedoeling van de individuele vragenlijsten is om eventuele incidenten tussen thuisverpleegkundigen en huisartsen naar boven te brengen. Dit zijn gebeurtenissen die men in het ideale geval zou kunnen vermijden. Dit kan bijvoorbeeld een probleem met de medicatie van de patiënt zijn, of evengoed gewoon een frustratie die heerst bij een arts of een verpleegkundige.
Om dit soort problemen of frustraties naar de toekomst toe te vermijden is het belangrijk om te kijken wat er aan de basis van deze frustraties ligt, en hoe de communicatie hierover kan geoptimaliseerd worden.

Inhoudelijk bevat de vragenlijst volgende items:

- Hulpverlener: is de deelnemer huisarts of thuisverpleegkundige?

- Wanneer: datum + uur waarop communicatie plaats vond
- VS/Overleg: aanduiden of het ging over een verpleegkundig voorschrift en/of overleg
- Wie: wie was er betrokken (hier wordt NIET bedoeld personen met naam en toenaam vermelden omwille van de anonimiteit, gewoon 'huisarts patiënt' is bijvoorbeeld voldoende)
- Hoe: via welk medium werd overlegd (bv. telefonisch, mail, toevallige ontmoeting,...)
- Wat: wat werd besproken? wat was het probleem?
- Waarom: waarom werd overleg gepleegd? (bv. er was een incident, vraag patiënt,...)
- Oplossing: mogelijke oplossing hoe dit in de toekomst kan vermeden worden
- Andere: opmerkingen of andere commentaar die niet in de andere kolommen lijkt te passen

Analyse

Na doornemen van de individuele vragenlijsten is het de bedoeling om de verschillende mogelijke incidenten te analyseren en indien mogelijk te groeperen in verschillende categorieën. Dit gebeurt om een beter overzicht te krijgen over waar de meeste problemen zich voordoen.
Verder is het de bedoeling om de vragenlijsten van de thuisverpleegkundigen te vergelijken met die van de artsen en te kijken waar nu de verwachtingen en de mogelijke frustraties ten opzichte van elkaar liggen.

Interviews

Na de verwerking van de vragenlijsten zal er ook een interviewstudie opgezet worden met huisartsen en thuisverpleegkundigen, om de betekenis van de resultaten van de vragenlijsten verder te exploreren. De topiclijst voor deze interviews zal gebaseerd zijn op de resultaten van de vragenlijsten. De deelnemers worden gerekruteerd uit de groep van de deelnemers aan de vragenlijsten.

Vertaling naar praktijk

Tot slot zal het belangrijk zijn om aan de hand van de geanalyseerde gegevens te kijken hoe dit vertaald kan worden naar de praktijk. Met andere woorden zal er gekeken worden of de manier van communiceren tussen de huisarts en de thuisverpleegkundige geoptimaliseerd kan worden en of er gesleuteld dient te worden aan het idee over hoe een goed verpleegkundig voorschrift eruit ziet.
Het uiteindelijke doel van dit alles zou dan weer zijn om tot een optimalisatie van de zorg voor de (chronisch) zieke patiënt te komen.

Bijlage 3: Gunstig advies ethisch comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof.dr. A. De Sutter
Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/0344'		23-apr-18	1/2

Betreft:

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Samenwerking tussen huisartsen en thuisverpleegkundige: bron van succes of frustatie? (MaNaMa Karen Dhont)

Belgisch Registratienummer: B670201835743

* Antwoord onderzoekers
  ontv. via mail dr. K. Dhont dd. 11/04/2018 op opmerkingen EC dd. 13/03/2018
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 2/04/2018
* Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemer (versie 2) dd. 28/03/2018
* Protocol dd. 28/03/2018
* Vragenlijsten (aangepaste versie ontv. 11/04/2018)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER
Prof.dr. D. Mathys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 66 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 23
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haerebaldus
T +32(09) 332 22 66
Davine Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 11/04/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 11/04/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 11/04/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 11/04/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 17/04/2018

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/04/2018

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Dr. P. PYPE - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg