Overleg tussen huisarts en thuisverpleegkundige: wat kan beter?

Matthias Soens, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. An De Sutter, Universiteit Gent

Co-promotoren: Prof. Dr. Peter Pype, Universiteit Gent en Dr. 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.

ABSTRACT

Inleiding: De laatste jaren hebben steeds meer chronisch zieke patiënten nood aan verpleegkundige zorgen in de thuissetting. Hierdoor krijgt de thuisverpleegkundige, naast de huisarts, een belangrijke rol in het zorgproces. Om de zorg voor de patiënt te optimaliseren lijkt een samenwerking tussen beiden echter onmisbaar. In dit samenwerkingsverband vormt de communicatie tussen beiden een essentiële stap. Een optimalisatie van deze communicatie zou kunnen zorgen voor minder klinische fouten, een betere patiëntveiligheid en een efficiëntere zorgverlening in het algemeen. In deze masterproef wordt onderzocht hoe de communicatie tussen beiden op dit moment verloopt en hoe deze door beiden wordt ervaren. Er wordt gezocht naar mogelijke barrières en facilitatoren om de communicatie in de toekomst te optimaliseren.

Methode: Dit onderzoek bestaat uit een kwantitatief en een kwalitatief gedeelte. Voor het kwantitatief gedeelte werden vragenlijsten door huisartsen en verpleegkundigen uit twee verschillende regio's ingevuld. Er werd steeds gevraagd om tijdens een periode van vier à acht weken elke vorm van communicatie met een huisarts te registreren. Om de resultaten van deze vragenlijsten verder de exploreren werden in beide regio's focusgroepgesprekken met huisartsen en verpleegkundigen georganiseerd. Als laatste stap werden deze gesprekken uitgeschreven en onderworpen aan een thematische analyse.

Resultaten:
Kwantitatief onderzoek: In totaal werden door zes huisartsen en tien thuisverpleegkundigen samen 152 contacten geregistreerd. Van deze contacten verliepen er 63,2 % telefonisch, 7,9 % via papier of een thuisdossier, 6,6 % via mail of sms, 5,9 % via de patiënt of familie van de patiënt en 16,4 % persoonlijk. In de meeste gevallen, namelijk bij 73 % van de contacten, nam de verpleegkundige het initiatief voor het contact.

Kwalitatief onderzoek: Tijdens focusgroepgesprekken werden verschillende communicatiemiddelen, met elk hun voor- en nadelen aangehaald. De telefoon wordt vooral voor acute zaken als een goed en dynamisch medium beschouwd. Bij mailverkeer lijkt een voordeel dat de informatie achteraf nog terug oproepbaar is. Een nadeel blijkt dat klassiek mailverkeer niet beveiligd is conform de huidige GDPR regelgeving. Een oplossing hiervoor zouden bepaalde nieuwe applicaties, zoals bijvoorbeeld 'Siilo' kunnen zijn. De bekendheid hiervan onder thuisverpleegkundigen is groot, maar het draagvlak bij huisartsen lijkt momenteel beperkt te zijn. Geschreven thuisdossiers worden vooral gebruikt om parameters te communiceren. Een nadeel blijkt dat de arts dit enkel bij de patiënt thuis kan raadplegen. Een oplossing hiervoor zou een integratie in het elektronisch medisch dossier van de patiënt kunnen zijn. Ook communicatie via persoonlijk overleg wordt door beiden als nuttig ervaren. Een nadeel hiervan blijkt echter dat het vaak tijdsintensief is. Door de signaalfunctie die zij hebben ten opzichte van de arts leek het initiatief het vaakst van de verpleegkundige te komen.

Conclusie: Over het algemeen was de tevredenheid over de wederzijdse communicatie bij beiden groot. De grootste tekortkoming bleek een goede integratie van de communicatie in het elektronisch medisch patiëntendossier. Het blijkt dat er momenteel nog een grote verscheidenheid aan communicatiekanalen bestaat. In afwachting van een gestandaardiseerde manier van communiceren, bijvoorbeeld door integratie in het elektronisch medisch dossier, lijkt het momenteel vooral nuttig om onderling goede afspraken te maken. Een mogelijke aanzet hiervoor zouden gemeenschappelijke bijscholingen tussen huisartsen en verpleegkundigen kunnen zijn.

INHOUDSTAFEL

Abstract.....2

Inhoudstafel.....3

Inleiding.....4

Methode.....5

Resultaten.....7

1. Literatuuronderzoek.....7

2. Kwantitatief onderzoek: vragenlijsten.....8

3. Kwalitatief onderzoek: focusgroepgesprekken.....10

Discussie.....17

Conclusie.....20

Dankwoord.....20

Referenties.....21

Bijlagen.....23

INLEIDING

Door de vergrijzing zien we dat een toenemend aantal chronische patiënten nood heeft aan verzorging in de thuissetting. Daardoor krijgen veel patiënten op regelmatige basis ondersteuning van een thuisverpleegkundige (1–3). Hiernaast worden zij meestal opgevolgd door een vaste huisarts. De thuisverpleegkundige en de huisarts zullen hierin een samenwerkingsverband aangaan met een gezamenlijk doel: de optimalisatie van de gezondheid van de patiënt. Hierbij zullen zij elk hun eigen focus hanteren. Zo zal de thuisverpleegkundige zich vaak nog meer op de sociale aspecten van de patiënt richten dan de huisarts. Hier kan gesteld worden dat de thuisverpleegkundige vaak een verbindende functie heeft tussen het medische en het sociale domein (2,4,5). Door een relatief tekort aan huisartsen en een toename aan chronisch zieken is de rol van de thuisverpleegkundige hierin zelfs nog aan het toenemen (6). Aangezien de eerstelijnszorg zoveel mogelijk richting een patiëntgerichte zorg wil evolueren, is het dan ook belangrijk dat er onderling gecommuniceerd wordt tussen de verschillende zorgactoren (1,7,8). Uiteraard beperkt het team dat voor de patiënt zorgt zich niet enkel tot de thuisverpleegkundige en de huisarts. Zo zijn er bijvoorbeeld ook nog mantelzorgers, kinesisten en thuiszorgteams die een belangrijke rol op zich nemen.

Dat communicatie een belangrijke rol speelt in de gezondheidszorg blijkt uit de huidige literatuur. Volgens ‘the Joint Commission’ komt bijna 60 % van de medische fouten rechtstreeks voort uit foutieve communicatie tussen zorgverleners (9). Andere studies hebben dan weer aangetoond dat efficiënte communicatie tussen thuisverpleegkundigen en huisartsen zorgt voor minder klinische fouten, een betere patiëntveiligheid en een efficiëntere zorgverlening (10,11).

Ook in de dagelijkse praktijk wordt het belang van communicatie tussen de huisarts en de thuisverpleegkundige snel duidelijk. Zo is één van de rechtstreekse gevolgen van de vergrijzing dat er meer chronische patiënten zijn die dagelijks medicatie slikken. Aangezien veel patiënten zelf niet kunnen instaan voor het juist innemen van de medicatie, zal deze vaak klaargelegd of toegediend worden door een thuisverpleegkundige. De rol van de huisarts is om de medicatie voor te schrijven en de juiste dosis ervan te bewaken. Bij een verandering van dosis zal de huisarts de verpleegkundige moeten inlichten. De thuisverpleegkundige staat dan weer in voor het bewaken van de juiste inname, en zal bij problemen hieromtrent de huisarts moeten inlichten. Naast problemen in verband met medicatie wordt gezien dat ook bij lichamelijke klachten of een achteruitgang in ADL de verpleegkundige dit vaak als eerste zal opmerken. Hierdoor krijgt de verpleegkundige in veel gevallen een signaalfunctie ten opzichte van de huisarts.

In veel woonzorgcentra bestaan reeds gestandaardiseerde draaiboeken voor communicatie tussen huisartsen en verpleegkundigen. Vaak wordt bijvoorbeeld met gestructureerde mappen gewerkt waarin overleg met huisartsen genoteerd wordt. Hiernaast worden er geregeld vaste overlegmomenten met huisartsen en verpleegkundigen georganiseerd. Arts en verpleegkundige komen elkaar daarenboven regelmatig fysiek tegen, waardoor de drempel tot rechtstreeks overleg meestal laag ligt. Deze zaken liggen in het thuismilieu vaak anders. Aangezien de thuisverpleegkundige doorgaans niet aanwezig is wanneer de huisarts langskomt, moet er gezocht worden naar andere manieren om te communiceren (12).

De laatste jaren is het thuiszorglandschap meer en meer een elektronische transitie aan het maken. Zo nemen huisartsen en thuisverpleegkundigen steeds vaker een laptop of tablet mee op huisbezoek. Zij worden door de huidige regelgeving immers verplicht om op regelmatige basis

paspoorten in te lezen of het globaal medisch dossier bij te houden. Een elektronische manier van werken impliceert wel dat er rekening moet gehouden worden met specifieke privacyregelgevingen. Zo is sinds mei 2018 de nieuwe GDPR-regelgeving van kracht, waardoor men steeds meer rekening moet houden met veiligheid van informatieoverdracht (13). Om te weten te komen welke invloed deze zaken hebben op de communicatie tussen beiden, zou een bevraging bij huisartsen en thuisverpleegkundigen zinvol kunnen zijn.

Een belangrijk nadeel aan de huidige manier van werken is de gescheiden dossiervoering. Omdat huisartsen en thuisverpleegkundigen meestal in verschillende organisaties werken, met elk hun eigen informaticasysteem, bemoeilijkt dit vaak de multidisciplinaire samenwerking. Door te werken met afzonderlijke informaticasystemen zijn de inzagemogelijkheden langs beide kanten doorgaans beperkt. Hierdoor wordt de huidige manier van werken vooral gekenmerkt door losse berichtgevingen over specifieke wijzigingen. In tegenstelling tot deze werkwijze zou een volledige bundeling van de relevante en actuele patiënteninformatie de dynamiek van de multidisciplinaire samenwerking ten goede kunnen komen (1).

Om te identificeren hoe deze communicatie op dit moment verloopt, en wie hoofdzakelijk het initiatief neemt in deze contactmomenten, lijkt het nuttig om dit verder te exploreren. In deze masterproef zal dit specifiek gebeuren bij huisartsen en thuisverpleegkundigen door middel van vragenlijsten en focusgroepgesprekken. Zo lijkt het interessant om na te gaan via welke kanalen thuisverpleegkundigen en huisartsen momenteel communiceren. Aangezien er een grote verscheidenheid aan elektronische kanalen bestaat (bijvoorbeeld ‘mijnWGK’ of applicaties zoals ‘Siilo’) is het ook belangrijk te onderzoeken hoe gekend deze media bij thuisverpleegkundigen en huisartsen zijn (12). Daarnaast heeft het ook belang om te onderzoeken welke manier van communiceren nu als meest efficiënt wordt ervaren. Er moet ook onderzocht worden wat mogelijke barrières kunnen zijn voor een efficiënte communicatie. Ten slotte zal gekeken worden wat mogelijke facilitatoren kunnen zijn om deze communicatie verder te optimaliseren. Op deze manier zal in de toekomst hopelijk een gestandaardiseerde manier van communiceren worden gebruikt die door alle partijen efficiënt benut kan worden.

METHODE

Deze masterproef maakt deel uit van een duomasterproef met Karen Dhont. De focus van Dhont ligt hierbij op het verpleegkundig voorschrift en mogelijke problemen hieromtrent. Deze masterproef focust zich daarentegen specifiek op de communicatie tussen huisarts en thuisverpleegkundige.

Literatuuronderzoek

Als eerste stap voor deze masterproef werd een literatuuronderzoek verricht. De databases waarin gezocht werd waren ‘PubMed’, ‘CINAHL’ en ‘Google Scholar’. Als zoektermen werden gebruikt: "general practitioner OR gp OR family doctor OR primary care" AND "home nurse OR nurse" AND "communication". Hiermee werden via CINAHL 904 artikels bekomen en via PubMed 1314 artikels. Enkel Engels- en Nederlandstalige artikels met een beschikbare full-text werden weerhouden. Na een selectie op titel en abstract, en na uitselecteren van dubbele artikels, werden in totaal 27 artikels weerhouden. Artikels die specifiek handelden over verpleegkundigen in woonzorgcentra of ziekenhuismilieu werden geëxcludeerd. Ook literatuur die zich toespitste op communicatie tussen

andere beroepsgroepen werd niet geïncludeerd. Artikels die te weinig focusten op communicatie werden eveneens geëxcludeerd. Na het doorlezen van deze 27 artikels werden finaal veertien artikels overgehouden. Via de 'sneeuwbalmethode' werden uiteindelijk nog vier extra artikels geselecteerd, waardoor een totaal van achttien artikels werd bekomen. Via Google Scholar werden bijkomend enkele powerpointpresentaties van middagbijscholingen en een relevant visiedocument van het 'NHG' gevonden. Ten slotte werden ook relevante masterproeven van collega HAIO's over communicatie tussen zorgverleners doorgenomen. Na een zoekactie met de zoekterm 'thuisverpleegkundige(n)' werd specifiek één masterproef weerhouden.

Kwantitatief onderzoek: vragenlijsten

Na het literatuuronderzoek gebeurde een kwantitatief onderzoek door middel van registratieformulieren (bijlage 1). Met behulp van de praktijkopleider werd voor elke regio een lijst van thuisverpleegkundigen met hun contactgegevens opgesteld. In Zele en Wetteren, de regio's waar beide onderzoekers werkzaam waren op het moment van het onderzoek, werden in totaal elf thuisverpleegkundigen gecontacteerd. Aan allen werd gevraagd om deze formulieren in te vullen. Sommige verpleegkundigen contacteerden op hun beurt nog andere leden van hun team. Hiernaast vulden ook alle huisartsen werkzaam in de praktijk van de onderzoekers, inclusief de onderzoekers zelf, deze formulieren in.

Voor de registratieformulieren werd er steeds gevraagd om tijdens een periode van vier à acht weken elke vorm van communicatie met een huisarts (zowel overlegmomenten als verpleegkundige voorschriften) te registreren. Er werd gevraagd om bij voorkeur te registreren tot er een minimum van tien à vijftien contacten waren vastgelegd. De lijsten werden na deze periode terug aan de onderzoekers bezorgd. Specifiek werd er per contact bevraagd 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. De ingevulde vragenlijsten werden achteraf door beide onderzoekers afzonderlijk gecategoriseerd volgens: 'medium', 'initiatief' en 'inhoud van communicatie'. Bij twijfels of onduidelijkheden betreffende deze onderverdeling werd onderling overlegd.

Kwalitatief onderzoek: focusgroepgesprekken

Aan de hand van de resultaten van deze registratietabellen werd door beide onderzoekers een topiclijst voor de focusgesprekken opgesteld. De algemene topiclijst bestond uit: 'inhoud van communicatie', 'manier van communiceren', 'initiatief van communicatie' en 'algemene tevredenheid'. Het doel van de topiclijst was niet om als vaste leidraad te dienen, maar wel om de gesprekken te structureren. Om sociaal wenselijke antwoorden te vermijden, werd in elke regio een afzonderlijk gesprek met artsen en verpleegkundigen georganiseerd. Beide onderzoekers organiseerden de focusgroepgesprekken apart in hun eigen regio.

Ten slotte gebeurde een thematische analyse van de inhoud van deze gesprekken. Hiervoor werden de vier focusgesprekken letterlijk uitgetypt aan de hand van geluidsopnames. Hierna werden de geschreven gesprekken doorgelezen en werden irrelevante delen geschrapt. De relevante citaten werden gegroepeerd volgens thema, waarna er inhoudelijk werd vergeleken tussen huisartsen en verpleegkundigen van beide regio's. Tot slot werden aan de hand van overeenkomsten en tegenstrijdigheden in deze citaten bepaalde conclusies gevormd.

RESULTATEN

1. Literatuuronderzoek

De huidige literatuur betreffende communicatie tussen huisarts en verpleegkundige focust zich vaak op de palliatieve setting of op woonzorgcentra. Zo toonde een studie van Anneleen De Gendt aan dat verpleegkundigen in de palliatieve setting een sterk belang hechten aan goede communicatie met huisartsen. Uit deze interviewstudie bleek dat naar de ervaring van de verpleegkundigen de communicatie echter nog beter kan. Dit zou bereikt kunnen worden door te zorgen voor een open sfeer, waarbij de verpleegkundige aanzien wordt als een gelijkwaardige collega (14).

Thuisverpleegkundigen lijken steeds vaker een signaalfunctie ten opzichte van de huisarts te hebben. Verder hebben zij vaak een preventieve rol door het snel aankaarten van problemen. Hierdoor lijkt het initiatief tot communicatie vaak van de verpleegkundige te komen (2,15). Eén bepaalde studie toonde aan dat verpleegkundigen die elektronische berichtgeving gebruikten frequenter contact hadden met huisartsen dan verpleegkundigen die dit niet gebruikten. Hieruit bleek dat gebruik van elektronica voor frequenter contact tussen thuisverpleegkundige en huisarts kan zorgen (12). Uit resultaten van een cross-sectionele studie uit Noorwegen bleek echter dat gebruik van elektronische berichtgeving niet leidde tot frequentere communicatie tussen zorgverleners onderling (16).

Smith et al. onderzochten de inhoud van communicatie tussen verpleegkundigen en huisartsen. Uit analyse van brieven van verpleegkundigen aan huisartsen bleek dat in volgorde van frequentie de communicatie vooral ging over: medicatie, pijn, verandering in ADL, mentaal welzijn en valgerelateerde klachten (10).

Er bestaan veel verschillende manieren waarop met elkaar gecommuniceerd kan worden. Bepaalde studies hebben aangetoond dat gezondheidsmedewerkers vaak een directe en mondelinge communicatie verkiezen. Zo beschouwen ze de telefoon als een goed en gemakkelijk medium, waarbij ze bovendien onmiddellijk antwoord kunnen krijgen. Er wordt verder nog aangehaald dat eventuele misverstanden via de telefoon gemakkelijk opgehelderd kunnen worden (12,17). Volgens Crawford is de efficiëntie van telefonische communicatie echter afhankelijk van verscheidene factoren. Er wordt gesteld dat deze manier van communiceren tijdsintensief is en dat er soms voorbereidingen voor het gesprek nodig zijn. Verder kunnen telefoonoproepen zorgen voor werkonderbrekingen en wordt er soms niet of pas laat geantwoord (18).

In de literatuur worden enkele voordelen van elektronische communicatie aangehaald. In vergelijking met mondelinge communicatie is een pluspunt van elektronische verslaggeving dat deze achteraf opnieuw bekeken kan worden. Hierdoor kunnen discussies of misverstanden worden vermeden (12). Een ander voordeel in vergelijking met mondelinge communicatie is dat het zo ook voor andere teamleden toegankelijk wordt (19).

In de literatuur wordt tijdsnood als een belangrijke barrière voor efficiënte communicatie aangehaald (20). Hiernaast worden ook fysieke afstand en het bijhouden van verschillende medische dossiers als barrières beschouwd (10). Eén studie stelt dat ook een tekort aan respect of een slechte attitude van de arts een barrière kan vormen voor een goede communicatie (7). Ten laatste blijkt uit de literatuur ook dat er bij thuisverpleegkundigen en huisartsen vaak ontevredenheid heerst over het tekort aan toegankelijke informatie en over het tekort aan communicatiemiddelen (12,20).

2. Kwantitatief onderzoek: vragenlijsten

De vragenlijsten werden in totaal door zes huisartsen en tien thuisverpleegkundigen ingevuld. In regio Zele vulden drie huisartsen en acht verpleegkundigen de vragenlijst in. In regio Wetteren waren dit drie huisartsen en twee verpleegkundigen.

Karakteristieken deelnemers

De leeftijd van de huisartsen varieerde van 27 tot en met 60 jaar. Het aantal jaren werkervaring als huisarts reikte van twee jaar tot en met vijftien jaar. Alle huisartsen waren werkzaam in een groepspraktijk.

Bij de thuisverpleegkundigen varieerde de leeftijd van 26 tot 69 jaar en het aantal jaren werkervaring van drie tot 46 jaar. Alle verpleegkundigen werkten in teamverband (duo of groep).

Tabel 1: Kenmerken deelnemende huisartsen

	Geslacht	**Leeftijd**	**Team**	**Aantal jaren werkervaring als huisarts**	**Regio**
A1	V	38	Groep	13	Zele
A2	M	38	Groep	13	Zele
A3	M	27	Groep	2	Zele
A4	M	60	Groep	35	Wetteren
A5	V	60	Groep	35	Wetteren
A6	V	27	Groep	2	Wetteren

Tabel 2: Kenmerken deelnemende thuisverpleegkundigen

	Geslacht	**Leeftijd**	**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

Resultaten

Huisartsen

Door de huisartsen werden in totaal 85 contacten geregistreerd. De periode waarin de verschillende artsen de vragenlijsten hadden ingevuld varieerde tussen vier en tien weken, met een totaal voor alle artsen samen van 40 weken. Het aantal geregistreerde contactmomenten schommelde tussen twaalf en zestien contacten per arts.

Bij de huisartsen verliepen van alle 85 contacten er 51 (60 %) telefonisch, twaalf (14,1 %) via papier of thuisdossier, negen (10,6 %) via mail of sms, drie (3,5 %) via de patiënt of familie van de patiënt en tien (11,8 %) persoonlijk. Bij 23 contacten (27,1 %) nam de arts zelf het initiatief, terwijl bij 62 contacten (72,9 %) de thuisverpleegkundige het initiatief nam. Wanneer we de inhoud van de communicatie bekijken, zien we dat van alle contacten er 29 (34,1 %) gingen over medicatie, veertien (16,5 %) over ADL van de patiënt, tien (11,8 %) over wondzorg, 24 (28,2 %) over lichamelijke klachten, twee (2,4 %) over psychische klachten en ten slotte nog zes (7 %) over een restgroep.

Thuisverpleegkundigen

Door de thuisverpleegkundigen werden in totaal 67 contacten geregistreerd. De periode waarin de verschillende verpleegkundigen de vragenlijsten hadden ingevuld varieerde tussen vier en twaalf weken, met een totaal van 70 weken voor alle verpleegkundigen samen. Het aantal geregistreerde contactmomenten schommelde tussen twee en 22 contacten per verpleegkundige.

Bij de thuisverpleegkundigen verliepen van alle contacten er 45 (67,2 %) telefonisch, geen via papier of thuisdossier, één (1,5 %) via mail of sms, zes (8,9 %) via de patiënt of via familie van de patiënt en vijftien (22,4 %) persoonlijk. Bij 49 contacten (73,1 %) nam de verpleegkundige zelf het initiatief, terwijl bij achttien contacten (26,9 %) de arts het initiatief nam. Wanneer we de inhoud van de communicatie bekijken, zien we dat van alle contacten er negentien (28,4 %) handelden over medicatie, tien (14,9 %) over ADL van de patiënt, acht (11,9 %) over wondzorg, zeventien (25,4 %) over lichamelijke klachten, zes (9 %) over psychische klachten en ten slotte zeven (10,4 %) over een restgroep.

Tabel 3: Medium

Medium	**Artsen**		**Verpleegkundigen**		**Totaal**	
Telefonisch	N = 51	60 %	N = 45	67,2 %	N = 96	63,2 %
Papier of thuisdossier	N = 12	14,1 %	N = 0	0 %	N = 12	7,9 %
Mail of sms	N = 9	10,6 %	N = 1	1,5 %	N = 10	6,6 %
Via de patiënt of familie van de patiënt	N = 3	3,5 %	N = 6	8,9 %	N = 9	5,9 %
Persoonlijk	N = 10	11,8 %	N = 15	22,4 %	N = 25	16,4 %

Tabel 4: Initiatief

Initiatief	Artsen		Verpleegkundigen		Totaal	
Arts initiatief	N = 23	27,1 %	N = 18	26,9 %	N = 41	27 %
Verpleegkundige initiatief	N = 62	72,9 %	N = 49	73,1 %	N = 111	73 %

Tabel 5: Inhoud van communicatie

Onderwerp	Artsen		Verpleegkundigen		Totaal	
Medicatie	N = 29	34,1 %	N = 19	28,4 %	N = 48	31,6 %
ADL patiënt[1]	N = 14	16,5 %	N = 10	14,9 %	N = 24	15,8 %
Wondzorg	N = 10	11,8 %	N = 8	11,9 %	N = 18	11,8 %
Lichamelijke klachten	N = 24	28,2 %	N = 17	25,4 %	N = 41	27 %
Psychische klachten	N = 2	2,4 %	N = 6	9 %	N = 8	5,3 %
Rest[2]	N = 6	7 %	N = 7	10,4 %	N = 13	8,5 %

[1]Bv: achteruitgang qua mobiliteit, rapporteren van valincidenten,...

[2]Bv: patiënt is overleden, administratieve vragen,...

3. Kwalitatief onderzoek: focusgroepgesprekken

Om de betekenis van deze resultaten beter te begrijpen, werden in totaal vier focusgroepgesprekken georganiseerd. Elke onderzoeker hield in zijn eigen regio een gesprek met huisartsen onderling en met thuisverpleegkundigen onderling. In totaal namen acht huisartsen en elf thuisverpleegkundigen deel aan de focusgroepgesprekken.

Karakteristieken deelnemers

In regio Zele werd het eerste focusgesprek gevoerd met vier artsen in totaal. Twee van deze vier artsen waren de collega's uit de praktijk van de onderzoeker (die ook de registratieformulieren hadden ingevuld). Om de heterogeniteit van de focusgroep te versterken werden nog drie andere collega's uit de regio telefonisch gecontacteerd om deel te nemen. Uiteindelijk namen er twee van deze drie artsen deel aan het gesprek. De onderzoekers zelf namen niet deel aan de focusgesprekken, maar traden op als moderator. Aan het focusgesprek met de verpleegkundigen namen in regio Zele zes verpleegkundigen deel. Het Wit-Gele Kruis had niet deelgenomen aan de registratie tijdens het kwantitatieve onderzoek, maar stuurde wel twee thuisverpleegkundigen naar het focusgroepgesprek. Op deze twee verpleegkundigen na, hadden alle anderen wel de registratieformulieren ingevuld. In regio Wetteren namen in totaal vier artsen en vijf verpleegkundigen deel aan de focusgesprekken.

Huisartsen

In elke regio namen vier huisartsen, twee mannelijke en twee vrouwelijke, deel aan het focusgesprek. De leeftijd van de artsen varieerde van 31 tot 70 jaar. Het aantal jaren werkervaring schommelde tussen twee en 44 jaar. Vier artsen waren op het moment van het onderzoek werkzaam in een groepspraktijk, drie in een duopraktijk en één arts werkte solo.

Tabel 6: Kenmerken deelnemende huisartsen

	Geslacht	**Leeftijd**	**Team**	**Aantal jaren werkervaring als huisarts**	**Regio**
A1	V	38	Groep	13	Zele
A2	M	38	Groep	13	Zele
A3	M	56	Duo	27	Zele
A4	V	43	Duo	2	Zele
A5	V	31	Duo	5	Wetteren
A6	M	70	Solo	44	Wetteren
A7	M	60	Groep	35	Wetteren
A8	V	60	Groep	35	Wetteren

Thuisverpleegkundigen

In regio Zele namen zes, allen vrouwelijke, thuisverpleegkundigen deel aan het focusgroepgesprek. In regio Wetteren waren dit drie vrouwelijke en twee mannelijke verpleegkundigen. De leeftijd van de thuisverpleegkundigen varieerde van 27 tot 69 jaar. Het aantal jaren werkervaring schommelde tussen drie en 46 jaar. Alle thuisverpleegkundigen werkten in teamverband (duo, groep of Wit-Gele Kruis).

Tabel 7: Kenmerken deelnemende thuisverpleegkundigen

	Geslacht	**Leeftijd**	**Team**	**Aantal jaren werkervaring als thuisverpleegkundige**	**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	Gent
V8	V	39	Groep	3	Wetteren
V9	V	27	Groep	6	Wetteren
V10	V	57	Duo	36	Gent
V11	M	42	Groep	20	Wetteren

Resultaten

1. Medium

1.1 Telefonisch

Uit de resultaten van het kwantitatieve onderzoek bleek dat 63,2 % van de contacten tussen verpleegkundigen en huisartsen telefonisch verliep. Vooral om urgente zaken te communiceren verkiezen zowel huisartsen als verpleegkundigen telefonisch contact. Een groot voordeel van telefonische communicatie blijkt de dynamiek ervan te zijn. Sommige artsen geven aan dat ze na een telefonisch contact het meeste zekerheid voelen dat een bepaalde boodschap is overgebracht.

"Voor een acuut probleem gaat de telefoon toch altijd het belangrijkste medium blijven. Wanneer er bijvoorbeeld een patiënt helemaal niet goed is, dan doen ze dit ook best niet via sms, dan heb ik dat liever telefonisch. Je hebt dan toch meer informatie nodig dan enkel één zinnetje." (A1)

"Bij dringende zaken wordt er nogal snel getelefoneerd hé. Volgens mij is de telefoon nog altijd het vlugste middel." (A6)

"Via een sms'je heb je niet meteen antwoord... aan de telefoon heb je meer dynamiek." (V2)

Een nadeel aan telefonisch contact blijkt het ontbreken van visuele inhoud te zijn. Sommige verpleegkundigen geven aan dat bijvoorbeeld voor wondzorg het delen van fotomateriaal een meerwaarde kan zijn. Anderen vinden het een nadeel dat er niets neergeschreven staat bij telefonisch contact.

"Het zou wel een meerwaarde zijn moest de arts op dit moment ook in het dossier de foto's kunnen zien. Via de telefoon is dit niet zichtbaar..." (V1)

"Maar natuurlijk, ik denk dat er daar soms ook wel wat misverstanden ontstaan. Allez, bellen... ge hebt niks op papier staan hé." (V9)

1.2 Mail of sms

Uit de vragenlijsten bleek dat slechts 6,6 % van de communicatie via mail of sms verliep. Tijdens de focusgroepgesprekken werd bevestigd dat slechts in de minderheid van de gevallen met mail wordt gewerkt. Eén van de oorzaken blijkt de huidige GDPR regelgeving te zijn. Deze verplicht zorgverleners om op een beveiligde manier met patiëntengegevens om te gaan. Bij de artsen bleek dat zij amper tot nooit mailden met verpleegkundigen. Eén van de redenen was dat van de verpleegkundigen geen e-mailadressen gekend waren.

"Bij ons in de praktijk wordt er nooit gemaild. Er wordt nu wel gewerkt aan een nieuw, beveiligd systeem... met de GDPR regelgeving en de wet op de privacy. Mediris Multi noemt het." (V1)

"Ik heb van de meeste verpleegkundigen ook geen e-mailadressen. Ik weet niet of ze dit wel allemaal hebben..." (A1)

Bij sommigen werd mail, al dan niet via een beveiligd platform, wel als een goed communicatiemiddel beschouwd. Vooral voor niet-dringende zaken en opvolging van patiënten lijkt dit een goed medium. Het voordeel aan e-mail is dat de informatie achteraf opnieuw raadpleegbaar is. Wanneer er op een moment onduidelijkheid zou heersen, kan de e-mail terug opgeroepen worden.

"Ik vind persoonlijk mail goed voor niet-dringende zaken." (V3)

“Het verschil tussen mail en 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...” (V2)

1.3 Papier of thuisdossier

Van alle geregistreerde contacten verliep 7,9 % via papier of via thuisdossiers. Bepaalde verpleegkundigen en huisartsen geven aan dat zij met geschreven mapjes of thuisdossiers bij de patiënt thuis werken. Vooral voor het bijhouden van parameters van de patiënt lijkt dit nuttig. Anderen vinden papieren dossiers ook handig als communicatiemiddel tussen huisarts en verpleging. Dit wordt vooral gebruikt voor niet-dringende zaken. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat de arts of verpleegkundige het dossier zal lezen wanneer hij of zij langskomt. Eén verpleegkundige gaf aan dat leesbaarheid soms een struikelpunt is bij schriftelijke communicatie met de huisarts.

“Bijvoorbeeld voor controle van een glycemie schrijven wij dit steeds op in schriftjes. Je kunt dat niet onthouden. Dat is ook een overzicht als de arts komt.” (V1)

“Bij patiënten waar de huisarts maandelijks komt, kunnen er wel niet-dringende zaken doorgegeven worden via een mapje dat bij de patiënt thuis ligt. Bijvoorbeeld over medicatie of zo. Ik vind het wel evident dat wanneer de huisarts dan komt, dat hij alles dan eens bekijkt.” (V6)

“Als het meer een opvolging is, dan schrijf ik in het dossier bijvoorbeeld: ‘Gelieve een keer de bloeddruk te meten’.” (A2)

“Er wordt ook wel vaak doorschrapt en zo... Vroeger kregen ze schoonschrift, maar nu niet meer.“ (V5)

Over het algemeen geven de huisartsen aan dat zij gemakkelijker met geschreven notities communiceren richting de verpleegkundigen dan dat de verpleegkundigen dit aangeven. Een mogelijke reden hiervoor blijkt dat de huisarts minder vaak bij de patiënt komt dan de verpleegkundigen. Wanneer er dan iets opgeschreven wordt, zal de huisarts dit pas zien wanneer hij langskomt. Bij elektronische communicatie daarentegen zal de arts de informatie meteen kunnen raadplegen.

“De huisartsen komen ook niet zo regelmatig bij de patiënt als wij. Dus wanneer er dringende vragen zijn, moet er best telefonisch contact opgenomen worden.” (V5)

“Ik leg dan meestal gewoon een aanvraagformulier klaar op tafel, en ik veronderstel dat ze dan wel zullen beseffen dat het de bedoeling is om het bloed te trekken.” (A1)

1.4 Via de patiënt of familie van de patiënt

Het minst aantal contacten, namelijk 5,9 %, verliep via de patiënt of familie van de patiënt. Eén verpleegkundige gaf aan dat ze belangrijke zaken het liefst rechtstreeks aan de arts doorgeeft. Wanneer er een extra tussenpersoon moet optreden, lijkt de communicatie minder efficiënt te verlopen. Bepaalde artsen gaven aan dat ze soms wel via de patiënt communiceren. Dit doen ze echter alleen wanneer ze inschatten dat de patiënt de boodschap juist zal overdragen. Twee artsen gaven aan dat ze liever zelf gecontacteerd worden dan dat er via de patiënt gecommuniceerd wordt. Hierdoor wordt onnodige ongerustheid bij de patiënt vermeden.

“Wanneer er nog een tussenpersoon nodig is, is dit niet efficiënt. Ook begrijpen ze niet steeds goed wat er bedoeld wordt.” (V2)

“Ja, dat doe ik ook dikwijls. Maar dan enkel bij de ‘goeie’, waarvan je weet... die gaan dat doen. Bijvoorbeeld inderdaad: ‘vraag eens aan de verpleegster dat ze morgen je bloed trekt’.” (A3)

“Ik vind ook dat ze dan het recht hebben om zeker te bellen naar u als arts. Maar maak de patiënt alstublieft niet ongerust.” (A5)

1.5 Persoonlijk overleg

Uit het kwantitatief onderzoek bleek dat 16,4 % van de geregistreerde contacten via een persoonlijk overleg verliep. Vooral voor uitgebreide besprekingen wordt soms een persoonlijk overleg bij de patiënt thuis ingepland. Het meest besproken onderwerp blijkt in dit geval wondzorg te zijn. Ook met toevallige ontmoetingen wordt in de meeste gevallen positief omgesprongen. De artsen geven aan dat zij deze ontmoetingen over het algemeen gebruiken om kort de toestand van de patiënt te bespreken. Bepaalde artsen zouden een meerwaarde zien in vaste overlegmomenten. Vooral voor specifieke patiënten die veel zorg vragen en waarbij verschillende zorgverleners samenwerken zou dit interessant kunnen zijn. Bij geen enkele arts werd dit echter al systematisch gedaan. De belangrijkste reden hiervoor bleek tijdsnood te zijn. Een ander struikelpunt bleek de praktische haalbaarheid om alle betrokken zorgverleners op hetzelfde moment samen te krijgen.

“Wanneer ik zware wondzorgen heb, dan bel ik en zeg ik: ‘op dat uur zal ik aanwezig zijn, dan kunnen we samen eens kijken, en dan zal ik het verband achteraf weer sluiten’.” (V5)

“Ik vind het wel echt een grote meerwaarde om eens een verpleegkundige tegen te komen. Bijvoorbeeld om te vragen ‘hoe is het hier de voorbije weken geweest?’ Ik ben persoonlijk altijd wel blij als ik iemand zie.” (A2)

“Maar systematisch doen we dit niet. Laat ons eerlijk zijn... daar hebben we eigenlijk de tijd niet voor. Bij sommige patiënten is dit ook gewoon echt niet nodig.” (A3)

1.6 Siilo

‘Siilo’ is een gratis applicatie voor zorgverleners om op een beveiligde manier te communiceren. Uit de gesprekken bleek dat deze applicatie reeds door veel thuisverpleegkundigen wordt gebruikt. Zij beschouwen ‘Siilo’ als een gemakkelijk en veilig medium om onderling te communiceren. Ze meenden echter dat ‘Siilo’ relatief onbekend was onder de artsen. De meeste artsen bevestigden dit gevoel. Sommige artsen hadden wel al van ‘Siilo’ gehoord, maar slechts één van hen had de applicatie al gebruikt. De artsen zagen wel het potentieel van soortgelijke applicaties in. Een specifiek voordeel aan ‘Sillo’ bleek de mogelijkheid om foto’s door te sturen.

“De collega’s onderling zullen wij ook niet meer sturen via WhatsApp... maar dit gebeurt nu via ‘Siilo’. Dat is een beveiligd platform.” (V1)

“Dat is eens op een vergadering benoemd geweest. Ik heb dat op die moment geïnstalleerd. Het is een beetje gelijk het WhatsApp principe. Maar die zouden wel aan de GDPR toestand voldoen. Ik communiceer er ook met de thuisverpleegkundigen mee. Zodat er ook eens een foto of iets dergelijks kan doorgestuurd worden” (A5)

“Zeker iets positief... Plus, dat je op dat moment uw andere partner niet gaat belasten... Die bekijkt het wanneer die tijd heeft.”(A3)

1.7 Integratie in het elektronisch medisch dossier

Zowel bij de verpleegkundigen als bij de artsen wordt rechtstreekse communicatie via het elektronisch patiëntendossier als grootste meerwaarde gezien. De thuisverpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis werken reeds met een specifieke elektronische module: 'MijnWGK'. Deze kan rechtstreeks geïntegreerd worden in de software van de huisartsen. Vooral voor opvolging van wondzorg en voor korte observaties vinden de artsen dit interessant. Er wordt wel aangegeven dat er nog niet systematisch in gekeken wordt. Een nadeel van 'mijnWGK' vonden sommige artsen dat er niet rechtstreeks kon geantwoord worden.

"Ik denk dat, het systeem van het Wit-Gele Kruis als voorbeeld nemende, dat moesten wij op zoiets kunnen antwoorden, dat dit veel zou kunnen oplossen. Softwarematig zijn we jammer genoeg zover nog niet." (A2)

"De huisartsen willen gewoon in hun eigen dossier dat linkske. Dat horen wij overal." (V9)

"In 'mijn Wit-Gele Kruis' kijk ik toch wel af en toe eens... Bijvoorbeeld voor observaties van wonden. Dat zie ik absoluut als een grote meerwaarde. Het is echter niet standaard dat ik dat bij elk huisbezoek zal bekijken." (A3)

2. Initiatief

Uit het kwantitatief onderzoek bleek dat in de meerderheid, namelijk in 73 % van de gevallen, het initiatief van de verpleegkundige kwam. De meeste thuisverpleegkundigen en huisartsen volgden deze cijfers. Volgens hen ligt het initiatief vaker bij de thuisverpleegkundige door de signaalfunctie die zij hebben ten opzichte van de huisarts. Door frequenter contact met de patiënt zal de thuisverpleegkundige sneller onregelmatigheden opmerken. Door één verpleegkundige werd aangehaald dat de drempel tot communicatie lager ligt wanneer de artsen zelf meer informatie over de patiënt geven. Over het algemeen vinden verpleegkundigen niet dat ze de huisarts te vaak contacteren. Ze geven aan dat ze enkel contact opnemen wanneer ze dit echt noodzakelijk achten. Slechts één verpleegkundige gaf aan dat ze soms schrik heeft om een arts te storen of dat ze soms denkt dat de arts haar als onkundig zal beschouwen. Zowel door artsen als verpleegkundigen wordt opgemerkt dat het belangrijk is om een selectie te maken in de zaken die gecommuniceerd worden.

"Ik denk dat het initiatief vaker bij de verpleegkundigen ligt. Aangezien wij vaker bij de patiënt langskomen... soms zelfs twee of drie keer per dag. Op die manier hebben wij toch een beter beeld van de situatie, zeker als er iets verandert." (V2)

"Uiteindelijk zijn wij zowat jullie oren en ogen hé." (V3)

"Zij komen er uiteindelijk elke dag hé. Zij weten perfect hoe de patiënt is. Wanneer die opeens anders is, zullen zij dit zeer snel opmerken." (A1)

"Ik denk dat als huisartsen vanuit hun eigen al meer informatie gaan geven over de achtergrond en zo, dat wij misschien ook sneller geneigd gaan zijn om daarop in te pikken. Maar als een huisarts weinig informatie geeft... Of dat ge dan misschien schrik hebt van: 'ga ik die storen?' Of: 'gaat die niet denken dat ik niet geschoold genoeg ben?'" (V9)

3. Bereikbaarheid

Met behulp van het verpleegkundig voorschrift weten verpleegkundigen bij elke patiënt wie er de behandelende huisarts is. Enkel wanneer het verpleegkundig voorschrift door een geneeskundig specialist geschreven werd, of wanneer een patiënt recent van huisarts veranderd is, heersen er soms onduidelijkheden. Over het algemeen hebben thuisverpleegkundigen de indruk dat zij huisartsen gemakkelijk kunnen bereiken. Bij de groepspraktijken met secretariaat blijkt het niet altijd gemakkelijk de arts zelf aan de lijn te krijgen. De verpleegkundigen hebben echter wel het gevoel dat ze bij dringende zaken steeds telefonisch doorgeschakeld worden. Eén verpleegkundige gaf toch aan dat het gevoel van onbereikbaarheid soms een barrière vormt voor efficiënte communicatie. Bij de artsen heerste de indruk dat de verpleegkundigen hen steeds terugbelden wanneer ze tijdelijk onbereikbaar waren. Onbereikbaarheid werd algemeen niet als barrière beschouwd langs de kant van de artsen.

"Dan weet je ook wel naar welke huisarts da je belt hé: ofwel krijg je de huisarts, ofwel zijn secretaresse ofwel zijn vrouw. Soms bel ik zelfs niet, omdat ik toch weet dat het die vrouw is en dat ge niks kunt bekomen. Dus dan bellen we ook al niet meer hé." (V11)

"De artsen weten op den duur ook wel wie je bent, wanneer ze je aan de lijn hebben. Ook de mensen van het secretariaat weten dat op den duur wel. Zij weten ook dat er niet voor het minste gebeld wordt." (V1)

"Ik had vorige week wel iemand die ik drie of vier keer gebeld heb, en die niet antwoordde. Die belde dan wel terug na een uur, dus ja oké... op zich zie ik daar weinig problemen in." (A2)

"Wij hebben dat ook soms hé... dat we eventjes niet bereikbaar zijn. Da's voor hen ook hé." (A3)

4. Tevredenheid

Over het algemeen leken de huisartsen en de thuisverpleegkundigen tevreden over de wederzijdse communicatie. Langs beide kanten werd communicatie nooit als storend ervaren. De grootste frustraties bij artsen waren er wanneer zij te laat ingelicht werden over bepaalde problemen. Een vaak terugkerende frustratie langs de kant van de verpleegkundigen bleek een tekort aan informatie over de medische toestand van de patiënt. Andere verpleegkundigen haalden aan dat het voor hen belangrijk is dat ze door de huisarts bevestigd worden in wat ze doen. Daarenboven worden wederzijds respect en erkenning aangehaald als bevorderende factoren voor efficiënte communicatie. Artsen geven aan dat zij een sterk vertrouwen hebben in wat de verpleegkundige doet. Vooral op vlak van wondzorg wordt de kennis van verpleegkundigen hoog ingeschat.

"Ik vind het eigenlijk juist gepast. Wanneer er iets is, wordt de telefoon genomen en dan wordt er contact opgenomen... en dan heb ik het gevoel dat het opgevolgd wordt. Is er niets, dan is er geen contact... maar dan hoeft er voor mij ook geen contact te zijn." (V1)

"Ik heb ook zeker niet de indruk dat verpleegkundigen te veel bellen. Integendeel... sommigen bellen zelfs te weinig. Soms heb je het gevoel van... het loopt hier al drie weken volledig mis, waarom weet ik dat niet?" (A1)

"Vooral bij de opstart zou het handig zijn dat wij een medische voorgeschiedenis krijgen. Zo kunnen wij ook, wanneer er iets voorvalt in de maanden die volgen, gemakkelijker eens een conclusie trekken." (V4)

“Al is het soms maar om de verpleegkundigen te bevestigen in wat ze doen, de patiënten bevestigen dat de verpleegkundige het goed doet... dat wij akkoord zijn.” (A7)

”Maar langs de andere kant denk ik dat iedereen toch wel graag heeft dat ze opvolgen wat je doet... Dat er ook bijgestuurd wordt waar nodig, en dat er soms bevestigd wordt dat het goed is.” (V5)

“Ik vind ook dat verpleegkundigen heel wat deskundigheid hebben die wij niet hebben, zonder twijfel. Bijvoorbeeld op vlak van wondzorg en zorgmaterialen.” (A7)

Wat opviel tijdens de verschillende focusgesprekken is dat huisartsen en verpleegkundigen elkaars noden en verwachtingen moeilijk kunnen inschatten. Er wordt met elkaar gecommuniceerd over de patiënten, maar niet over elkaars verwachtingen op vlak van communicatie. Een mogelijke oplossing om dichter bij elkaar te komen lijkt een betere integratie in de opleiding van huisartsen en verpleegkundigen. Verder zouden ook gemeenschappelijke bijscholingen voor huisartsen en thuisverpleegkundigen drempelverlagend kunnen werken.

“Maar ik denk soms dat er misschien wat meer duidelijkheid moet zijn van wat de huisartsen verwachten dat de thuisverpleegkundigen communiceren en omgekeerd. Dat wij als thuisverpleegkundige soms zeggen van: ‘oei, ik ga daar de huisdokter niet mee lastig vallen’ en dat dan eigenlijk de dokter denkt: ‘allez, wij horen hier eigenlijk niets.’” (V9)

“Als ge zegt van ‘ik ga voor huisarts’, is dat wel een meerwaarde hé, zo ne keer meelopen (tijdens de stage)... ik vind dat wel.” (V8)

“Allez, ik denk dat beroepsverenigingen daar ook al op kunnen inspelen... om opleidingen te geven over hoe te 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 hé. En dat je ze eigenlijk samenbrengt.” (V9)

DISCUSSIE

Medium

Uit de enquêtes bleek dat de meeste communicatie tussen thuisverpleegkundigen en huisartsen telefonisch verliep. Tijdens de focusgesprekken bleek dat zij dit vooral voor dringende zaken verkozen. Als belangrijkste voordeel van een telefoongesprek werd de dynamiek ervan aangehaald. Er werden geen problemen op vlak van bereikbaarheid gezien. Bij dringende zaken leek het meestal geen probleem om een arts of verpleegkundige telefonisch te bereiken. Daarenboven werd door beide groepen aangegeven dat er begrip heerst wanneer de tegenpartij tijdelijk onbereikbaar is. Door geen van hen werd een telefoonoproep soms als storend ervaren. In de literatuur wordt bevestigd dat gezondheidsmedewerkers in veel gevallen een directe en mondelinge communicatie verkiezen (12,17). In tegenstelling tot de focusgroepen, focuste Crawford wel op enkele nadelen van telefonische communicatie. Zo stelt zij dat deze manier van communiceren tijdsintensief is, waarbij onbereikbaarheid van de tegenpartij voor werkonderbreking of vertraging kan zorgen (18).

Door twee verpleegkundigen werd tijdens het focusgesprek gesteld dat een voordeel aan e-mail is dat de informatie terug oproepbaar is. Zo kan dit bij eventuele misverstanden of discussies achteraf herlezen worden. Lyngstad bevestigt dat deze reproduceerbaarheid een groot voordeel is aan

elektronische communicatie (12). Een andere studie ziet de beschikbaarheid voor het hele team van zorgverleners als een voordeel van dit soort communicatie (19).

Tijdens de focusgesprekken werd aangehaald dat de drempel tot communicatie niet afhangt van het beschikbare medium. Zo wordt er altijd contact opgenomen wanneer dit noodzakelijk lijkt. Wel werd opgemerkt dat applicaties zoals 'Siilo' de drempel tot communiceren zouden kunnen verlagen. Hierover dienen dan weer goede afspraken gemaakt te worden. De literatuur is niet eenduidig op dit vlak. In één bepaalde studie bleek dat 'e-messaging' voor frequenter contact tussen huisarts en thuisverpleegkundige kon zorgen (12). Een cross-sectionele studie uit Noorwegen daarentegen stelde dat het gebruik van elektronische berichtgeving de drempel tot communicatie niet verlaagt (16).

Een rode draad doorheen de focusgesprekken bleek de nood aan elektronische communicatiemiddelen met integratie in het elektronisch medisch dossier van de patiënt. Applicaties zoals 'Siilo' zouden in tussentijd een mooi alternatief kunnen bieden. Slechts weinig artsen bleken deze applicatie momenteel al te gebruiken. Bovendien hangt de efficiëntie van deze elektronische communicatiemiddelen af van de digitale vaardigheid van de gebruiker (21). Verder bleken ondertussen de niet-elektronische communicatiemiddelen zoals persoonlijk contact of papieren dossiers nog steeds een aanzienlijk deel van de communicatie te omvatten. Lyngstad bevestigde dat de elektronische communicatiemiddelen de niet-elektronische in de toekomst niet zullen vervangen, maar dat beiden elkaar zullen aanvullen. Er wordt verwacht dat informatica en elektronische communicatiemiddelen de communicatie tussen huisarts en thuisverpleegkundige in de toekomst zullen ondersteunen. Uiteindelijk zou dit alles moeten bijdragen tot toenemende patiëntveiligheid en een hogere kwaliteit van zorgverlening (12).

Initiatief

Uit de enquêtes bleek dat bij 73 % van de contacten de verpleegkundige het initiatief nam. Zowel de artsen als de verpleegkundigen bevestigden deze verdeling. De oorzaak zou het frequenter contact met de patiënt zijn. Ook hun signaalfunctie ten opzichte van de arts werd zowel door de huisartsen als door de thuisverpleegkundigen aangehaald. Langs de kant van de huisartsen werd dan weer aangegeven dat ze soms te laat ingelicht worden over bepaalde problemen. In de literatuur wordt deze signaalfunctie van de verpleegkundige ten opzicht van de huisarts meermaals bevestigd (2,15).

Barrières en facilitatoren

Tijdens de focusgesprekken werd door de thuisverpleegkundigen vooral een tekort aan toegankelijke informatie als bron van frustratie aangehaald. Ze merkten op dat ze in veel gevallen te weinig medische informatie krijgen betreffende de patiënt. Door de artsen werd een tekort aan geïntegreerde communicatiemiddelen in het elektronisch medisch patiëntendossier aangehaald. Er werd wel opgemerkt dat deze weliswaar in volle ontwikkeling zijn (bijvoorbeeld 'MijnWGK'), maar dat ze momenteel nog niet helemaal op punt staan. In de literatuur wordt naast het tekort aan toegankelijke informatie ook het tekort aan communicatiemiddelen als grootste ontevredenheid bij thuisverpleegkundigen en huisartsen gezien (12,20).

Tijdens de focusgesprekken werd fysieke afstand niet als een barrière voor goede communicatie gezien. Deze afstand kan immers overbrugd worden door telefonische of elektronische communicatie. Daarenboven was de tevredenheid over de bereikbaarheid op dit vlak goed. Het bijhouden van verschillende medische dossiers werd echter wel als een barrière gezien. Zoals eerder aangehaald zou een integratie in het elektronisch medisch dossier hiervoor een goede oplossing kunnen zijn. In tussentijd blijft het belangrijk om tussen de verschillende zorgverleners onderling

goede afspraken te maken over welk soort communicatie zij verkiezen. De literatuur bevestigt dat het bijhouden van verschillende medische dossiers als een belemmerende factor voor efficiënte communicatie wordt gezien. Hiernaast wordt wel beschreven dat ook fysieke afstand vaak een barrière vormt voor een goede communicatie tussen huisarts en thuisverpleegkundige (10).

Als grootste barrière werd door de artsen tijdens de focusgesprekken vooral tijdsgebrek aangehaald. Vooral bij uitgebreide communicatie, zoals bijvoorbeeld vergaderingen, zien zij investering van tijd als een barrière. Bij efficiënte communicatie langs elektronische weg leek dit voor hen echter geen probleem te zijn. Anderzijds beschrijven sommige huisartsen dat ze wegens tijdsgebrek ook niet altijd in het dossier van de verpleegkundige kijken. Ze gaan meestal selectief om met de beschikbare patiënteninformatie. In de literatuur wordt hierover geconcludeerd dat het volledig en overzichtelijk invullen van gemeenschappelijke dossiers een belangrijke voorwaarde is voor efficiënte informatieoverdracht. Hierbij dient door de zorgverleners een selectie te worden gemaakt van de relevante gegevens (22).

Vervolgens leek het financiële aspect vaak een barrière te zijn voor thuisverpleegkundigen. Zij werken graag met elektronische communicatiemiddelen, maar zien de hoge kostprijs van de informaticapakketten als een nadeel. Verder is de aankoop van een laptop of tablet en het onderhoud hiervan ook vaak duur (23). Een hogere informaticapremie zou op dit vlak een tegemoetkoming kunnen zijn.

Tijdens de focusgesprekken werd door de verpleegkundigen opgemerkt dat artsen over het algemeen op een respectvolle manier met hen communiceren. Waar artsen vroeger soms vanuit een autoritaire rol communiceerden, lijkt dit tegenwoordig helemaal veranderd te zijn. Wel erkenden zij dat bevestiging door de arts voor hen van groot belang was. Langs de kant van de artsen bleek dat zij veel respect hadden voor de verpleegkundigen en voor hun vakkennis. In de literatuur werd aangehaald dat in sommige gevallen een tekort aan respect of een slechte attitude van de arts toch een barrière voor goede communicatie kan vormen (7).

Sterktes en zwaktes

Een sterkte aan deze studie is dat er zowel verpleegkundigen als artsen werden betrokken. Zo konden elkaars belevingen met elkaar vergeleken worden. Een nadeel aan de studie was dat de artsen en de verpleegkundigen tijdens de focusgesprekken niet samen gezet werden. Dit werd gedaan om sociaal wenselijke antwoorden te vermijden. Aangezien de onderzoekers die de focusgesprekken leidden zelf huisarts-in-opleiding waren, kon dit element niet volledig vermeden worden.

Tijdens de enquêtes kan er sprake geweest zijn van onderrapportage. Er werd aan de deelnemers gevraagd om alle mogelijke contacten tussen huisarts en thuisverpleegkundige op te lijsten. Toch is het mogelijk dat sommige contacten niet geregistreerd werden. Anderzijds kan het zijn dat sommige deelnemers door het onderzoek net bewuster omgingen met communicatie, waardoor de frequentie van contactname hoger lag dan in de normale setting.

Een ander minpunt aan de studie was dat er zowel bij het kwantitatieve als bij het kwalitatieve gedeelte slechts een beperkt aantal deelnemers werden geïncludeerd. Verder onderzoek zou deze resultaten kunnen vertalen naar een grotere en meer heterogene groep.

CONCLUSIE

Het belangrijkste doel voor de toekomst is om te komen tot een efficiënte en gestandaardiseerde manier van communiceren tussen huisarts en thuisverpleegkundige. Anderzijds wordt het steeds belangrijker om rekening te houden met veiligheid van informatieoverdracht. Een mogelijke oplossing hiervoor zouden elektronische applicaties (zoals bijvoorbeeld 'Siilo') of geïntegreerde modules in het elektronisch dossier van arts en verpleegkundige kunnen zijn. Om naar een gestandaardiseerde manier van communiceren te evolueren zal de bekendheid en het draagvlak van dit soort applicaties echter nog moeten uitbreiden. Langs de andere kant blijkt telefonisch contact nog steeds een efficiënte en weinig belastende manier van communiceren, zowel voor de huisarts als voor de thuisverpleegkundige. Doordat er momenteel nog geen gestandaardiseerde manier van (elektronisch) communiceren bestaat, blijft het voorlopig vooral belangrijk om regionaal goede afspraken te maken met de betrokken zorgverleners.

Een aanbeveling voor de toekomst is om tijdens de opleiding reeds gemeenschappelijke oefensessies voor studenten geneeskunde en studenten verpleegkunde te organiseren (7). Hierdoor kan de taakomschrijving van de huisarts en de verpleegkundige voor beiden duidelijker worden. Een andere mogelijkheid is om regionale bijscholingen voor huisartsen en thuisverpleegkundigen te organiseren. Hierin kan rond concrete casussen gewerkt worden, waarbij er specifiek op communicatie tussen beiden wordt geoefend. Zo kunnen huisartsen en thuisverpleegkundigen uit dezelfde regio op een informele manier kennismaken en wordt de drempel tot communicatie in de toekomst verlaagd.

DANKWOORD

Afsluitend wil ik nog enkele mensen bedanken. Vooreerst mijn promotor en co-promotor voor de geleverde begeleiding en feedback tijdens het schrijven van deze masterproef. Hiernaast speelden ook mijn praktijkopleiders en stagecoördinator een belangrijke rol in het hele proces. Verder wil ik ook Karen bedanken voor het gezamenlijk uitwerken van de vragenlijsten en de focusgesprekken.

Als laatste wil ik zeker nog mijn ouders en mijn vriendin bedanken voor het nalezen van deze masterproef en de steun waar nodig.

REFERENTIES

1. Njoo KH. NHG-visiedocument. NHG-visiedocument. 2017;8 pagina's.
2. NHG. Visie - Huisartsenzorg voor ouderen. 2017;
3. Al Sayah F, Szafran O, Robertson S, Bell NR, Williams B. Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. J Clin Nurs. 2014;23(19–20):2968–79.
4. Collins S. Explanations in consultations: The combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. Med Educ. 2005;39(8):785–96.
5. Seale C, Anderson E, Kinnersley P. Treatment advice in primary care: A comparative study of nurse practitioners and general practitioners. J Adv Nurs. 2006;54(5):534–41.
6. McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. J Adv Nurs. 2015;71(9):1973–85.
7. Clarin OA. Strategies to Overcome Barriers to Effective Nurse Practitioner and Physician Collaboration. J Nurse Pract. 2007;3(8):538–48.
8. Gittell JH, Beswick J, Goldmann D, Wallack SS. Teamwork methods for accountable carecare: Relational coordination and TeamSTEPPS®. Health Care Manage Rev. 2015;40(2):116–25.
9. Flicek CL. Communication: a dynamic between nurses and physicians. Medsurg Nurs. 2012;21(6):385–7.
10. Bellantoni J, Boyd C, Becker KL, Smith PD, Szanton SL, Nkimbeng M, 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;25(3–4):454–62.
11. DiCicco-Bloom B, DiCicco-Bloom B. The benefits of respectful interactions: fluid alliancing and inter-occupational information sharing in primary care. Sociol Heal Illn. 2016;38(6):965–79.
12. Lyngstad M, Grimsmo A, Hofoss D, Hellesø R. Home care nurses' experiences with using electronic messaging in their communication with general practitioners. J Clin Nurs. 2014;23(23–24):3424–33.
13. Wat is GDPR. General Data Protection Regulation. [Internet]. 2019. Available from: https://gdpr-eu.be/wat-is-gdpr/
14. De Gendt A. Interactie tussen huisartsen, thuisverpleegkundigen en verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipes: observaties en ervaringen van thuisverpleegkundigen. Een interviewstudie. 2014.
15. De Smet W, Dragon U, Pans M. Hoe multidisciplinair is de toekomst van de eerstelijnszorg? 2015;1–5.
16. Ontario Health Quality. Electronic Tools for Health Information Exchange : An Evidence- Based Analysis. Ont Health Technol Assess Ser. 2013;13(11):1–76.
17. Paulsen B, Romøren TI, Grimsmo A. A collaborative chain out of phase. Int J Integr Care. 2013;13(1).
18. Crawford CL, Omery A, Seago JA. The challenges of nurse-physician communication: A review of the evidence. J Nurs Adm. 2012;42(12):548–50.

19. Cioffi J, Warne B, Wilkes L, Harrison K, Cummings J. Multidisciplinary teams caring for clients with chronic conditions: Experiences of community nurses and allied health professionals. Contemp Nurse. 2011;36(1–2):61–70.

20. Eley D.S., Del Mar C.B. PE. A nurse led model of chronic disease care - an interim report. Aust Fam Physician. 2008;37(12):1030–2.

21. Alpay L, Russell A. Information technology training in primary care: The nurses' voice. CIN-Computers Informatics Nurs. 2002;20(4):136–42.

22. Törnvall E, Wilhelmsson S. Nursing documentation for communicating and evaluating care. J Clin Nurs. 2008;17(16):2116–24.

23. Bauer SM. The use of technology in healthcare and primary care. Pa Nurse. 2009;64(1):11.

LIJST VAN BIJLAGEN

Bijlage 1: Registratieformulier

Bijlage 2: Informed consent deelnemers

Bijlage 3: Protocol masterproef

Bijlage 4: Goedkeuring Ethisch Comité

Bijlage 1: Registratieformulier

Geachte deelnemer,

Allereerst bedankt om te willen deelnemen aan dit onderzoek met als doel de samenwerking tussen huisarts en thuisverpleegkundige beter in kaart te brengen. Dit onderzoek is tweedelig. Enerzijds wordt de communicatie en eventuele incidenten bekeken. Anderzijds zal specifiek gekeken worden naar (problematiek rond) het verpleegkundig voorschrift.

Graag hadden wij u gevraagd om bijgaande tabel met u mee te nemen en gedurende de periode van 2 maand in te vullen. Na deze periode mag u deze lijsten doorsturen naar karen.dhont@ugent.be en/of matthias.soens@ugent.be. Gelieve dit ten laatste voor 30/06/2018 te doen.

Hieronder wordt er wat meer uitleg gegeven per item:

- Hulpverlener: vermelden of u thuisverpleegkundige of huisarts bent (dus GEEN vermelding van uw naam)
- Wanneer: datum + uur
- 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 te 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

Er kan uiteraard steeds 'nvt' of '/' ingevuld worden als die kolom niet van toepassing is voor het gemelde contact.

Mochten er nog onduidelijkheden of vragen zijn, mogen deze steeds gesteld worden (zie bovenstaande e-mailadressen).

Nogmaals bedankt.

Karen Dhont en Matthias Soens

Hulpverlener:

Wanneer	VS/Overleg	Wie	Hoe	Wat	Waarom	Oplossing	Andere

Bijlage 2: Informed consent deelnemers

Informatie voor de deelnemer:

Project:

'Overleg tussen huisarts en thuisverpleegkundige: wat kan beter?'

Beschrijving en doel van het project.

U zal binnenkort een vragenlijst ontvangen. Wij voeren vanuit de dienst Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Gent een onderzoek uit naar de samenwerking tussen huisarts en thuisverpleegkundige. Hier loopt al veel goed, maar soms lopen ook wat zaken minder goed. Het doel van dit onderzoek is om de communicatie tussen beide partijen onder de loep te nemen en eventuele incidenten van nader te bekijken. Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal per event ongeveer drie minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan UGent/UZ Gent, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Dr. Peter Pype.

Toestemming en weigering

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet. U kunt weigeren de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw relatie met de onderzoekers. Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen

Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes tot communicatie tussen huisarts en thuisverpleegkundige met daaruit volgend ook betere zorg voor de patiënt.

Kosten

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering:

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt.
De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Toestemmingsverklaring

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studies.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

De deelnemer kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de relatie met de onderzoeker.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam onderzoeker:	Naam Deelnemer
Datum:	Datum:
Handtekening	Handtekening

Bijlage 3: Protocol masterproef

Haio: Matthias Soens
Academiejaren: 2017-2019
Thema: 'Overleg tussen huisarts en thuisverpleegkundige: wat kan beter?'

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.

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.

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? (dus GEEN vermelding van uw naam)
- 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 gerecruteerd 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 4: Goedkeuring Ethisch Comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. An 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
2018/0346		23-apr-18	1/2

Betreft :
Advies voor monocentrische studie met als titel:

Overleg tussen huisarts en thuisverpleegkundige: wat kan beter?
(MaNaMa Matthias Soens)

Belgisch Registratienummer: B670201835742

* Antwoord onderzoekers ontv. 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

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

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 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 Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davine Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

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
Dr. P. PYPE - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

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