INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING & COMMUNICATIE RONDOM DE PALLIATIEVE PATIËNT: ERVARINGEN & BEDENKINGEN VAN VLAAMSE HUISARTSEN

Dr. Govarts Anouk (Universiteit Antwerpen)

Promotor: Prof. Dr. Wens Johan (Universiteit Antwerpen)

Co-promotor: Dr. Tzakitzidis Giannoula (Universiteit Antwerpen)

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2020 – 2021

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotoren als de auteur 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 promotoren 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

Achtergrond – Er zijn verschillende soorten zorgverleners betrokken in de interprofessionele samenwerking en communicatie rondom palliatieve patiënten. Echter ondervonden deze zorgverleners hierbij verschillende barrières. In de Vlaamse context waren er geen studies beschikbaar die hierover het standpunt van de huisarts onderzochten. Bijkomend waren er weinig studies die het nut van identificatie instrumenten voor palliatieve patiënten in deze communicatie onderzochten. Een dergelijk instrument (i.e. de Palliatieve Zorg Indicator Tool (PICT)) werd in België ontworpen om palliatieve patiënten vroegtijdig te kunnen identificeren maar ook de ernst van hun zorgnoden helpen in te schatten. Dit onderzoek heeft als doel om 1) een beter inzicht te krijgen in de problemen die Vlaamse huisartsen ervaren in de communicatie met andere zorgverleners betreffende palliatieve patiënten en 2) het nut van een identificatie instrument zoals de PICT in deze communicatie te onderzoeken.

Onderzoeksvraag – "Hoe wordt interprofessionele communicatie en samenwerking over palliatieve patiënten ervaren door Vlaamse huisartsen en zou de PICT hierbij een rol kunnen spelen?". Deze vraag werd verder opgesplitst in 4 vragen: 1) Wie zijn de zorgverleners waarmee huisartsen communiceren en samenwerken in de behandeling van palliatieve patiënten, wat wordt er besproken, en op welke manieren wordt er overlegd? 2) Welke factoren beïnvloeden hoe deze samenwerking of communicatie wordt ervaren door de huisartsen en wat zijn hun voorstellen ter verbetering? 3) Zou het gebruik van de PICT een aanzet kunnen zijn om therapeutische acties te nemen en om hierbij dan andere zorgverleners te betrekken? 4) Is het ontvangen van een hospitalisatiebrief een geschikte trigger om de PICT af te nemen?

Methoden – Dit onderzoek is gebaseerd op semigestructureerde interviews bij 8 huisartsen die de PICT hadden toegepast op 3 van hun patiënten na ontvangst van een hospitalisatiebrief. Thematische analyse werd gebruikt voor de verwerking ervan.

Resultaten – De deelnemende huisartsen communiceerden in de palliatieve zorg vooral met thuisverpleegkundigen, verpleegkundigen van rust- en verzorgingstehuizen, verpleegkundigen van palliatieve thuiszorg equipes, collega huisartsen, en specialisten. Communicatie verliep vooral telefonisch en schriftelijk maar minder via (on)gepland overleg. Afspraken omtrent de zorg, eventuele problemen van de patiënt, en adviezen werden gecommuniceerd. Barrières voor deze communicatie waren tijdsdruk in combinatie met het grote aantal zorgverleners in de omgeving, gebrek aan beschikbaarheid, gebrek aan bereikbaarheid, gebrek aan goede rolverdeling, en therapeutische hardnekkigheid. Om deze barrières te verbeteren, werden er verschillende verbeteringen voorgesteld namelijk het implementeren van een digitaal palliatief thuisdossier, vroegtijdige zorgplanning incorporeren in het elektronisch medisch dossier (EMD), betere integratie van het EMD van de verschillende zorgverleners, vlotte beschikbaarheid van contactgegevens, meer initiatief nemen om te communiceren, en meer geplande overleggen te organiseren. De PICT kon hierbij een bevorderende factor zijn waarbij het ontvangen van een hospitalisatiebrief een goede trigger kon zijn voor de afname ervan.

Conclusie – Vlaamse huisartsen communiceerden vooral met verpleegkundigen en artsen in de zorg voor palliatieve patiënten. Communicatie met deze zorgverleners verliep eerder telefonisch en schriftelijk. Afspraken omtrent de zorg, eventuele problemen van de patiënt, en adviezen werden gecommuniceerd. In de communicatie en samenwerking met deze zorgverleners waren er verschillende barrières die zowel structureel als relationeel waren. Verbetering waren vooral een betere digitale ondersteuning van de communicatie naast meer initiatief nemen en meer gepland overleg te organiseren. De PICT kon hierbij een bevorderende factor zijn waarbij het ontvangen van een hospitalisatiebrief een goede trigger kon zijn om deze af te nemen. Het tweede deel van de PICT met het vertrappen van het palliatief statuut diende nu nog verder uitgewerkt te worden door de regeringen van ons land om het gebruik van de PICT door huisartsen te stimuleren.

INHOUDSOPGAVE

ACHTERGROND 2
ONDERZOEKSVRAGEN 3
1 ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK 4
1.1 METHODEN 4
1.2 RESULTATEN 5
1.3 CONCLUSIE 7
2 METHODEN 8
2.1 STUDIE ONTWERP 8
2.2 DEELNEMERS 8
2.3 DATAVERZAMELING & ANALYSE 8
3 RESULTATEN 9
3.1 SAMENWERKING & COMMUNICATIE MET VERPLEEGKUNDIGEN 9
3.2 SAMENWERKING & COMMUNICATIE MET ANDERE ARTSEN 11
3.3 SAMENWERKING & COMMUNICATIE MET DIVERSE ZORGVERLENERS 14
3.4 GEBRUIK VAN DE PICT NA ONTVANGST HOSPITALISATIEBRIEF 16
4 DISCUSSIE 18
4.1 BETROKKEN ZORGVERLENERS, COMMUNICATIEMETHODEN & INHOUD VAN COMMUNICATIE 18
4.2 BELEMMERENDE EN BEVORDERENDE FACTOREN 18
4.3 VOORSTELLEN TER VERBETERING 20
4.4 GEBRUIK VAN DE PICT 20
4.5 BEPERKINGEN VAN DE STUDIE 21
CONCLUSIE 22
LITERATUURLIJST 23
BIJLAGEN 25
BIJLAGE 1 – PALLIATIVE CARE INDICATOR TOOL (PICT) 25
BIJLAGE 2 – INTERVIEWVRAGEN 27
BIJLAGE 3 – INFORMATIEBRIEF & TOESTEMMINGSFORMULIER 29
BIJLAGE 4 – FORMULIER VOOR GEGEVENS VAN DE DEELNEMER 33
BIJLAGE 5 – LABELS 34
BIJLAGE 6 – GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ 38
BIJLAGE 7 – GOEDGEKEURD PROTOCOL 41

ACHTERGROND

De aanleiding voor dit onderzoek was in de eerste plaats mijn interesse in palliatieve zorg, hetgeen voort kwam uit een gebrek aan kennis over dit onderwerp gezien het geen deel uit maakte van de basisopleiding Geneeskunde. In de praktijk merkte ik ook dat communicatie over palliatieve patiënten met bepaalde zorgverleners vrijwel nihil was, hetgeen soms tot frustraties leidde. In het voorafgaande literatuuronderzoek ben ik nagegaan wat er reeds was beschreven over de ervaringen van zorgverleners met betrekking tot interprofessionele communicatie of samenwerking over de palliatieve patiënt. Wat betreft de Vlaamse setting waren er geen studies beschikbaar over de samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverleners. Dit gebrek aan informatie in de Vlaamse setting is van belang gezien de identificatie van barrières en bijgevolg aanpak hiervan zou kunnen leiden tot een betere patiëntenzorg maar ook een betere samenwerking tussen zorgverleners hier in Vlaanderen.

Daarnaast heb ik bijkomend ook onderzocht in de literatuur of identificatie instrumenten voor palliatieve patiënten reeds gebruikt werden als hulpmiddel voor deze interprofessionele communicatie en hoe dit ervaren werd. De reden hiervoor was dat ik via mijn promotor Prof. Dr. Wens in aanraking was gekomen met de Palliatieve Zorg Indicator Tool (PICT), een instrument dat niet alleen hielp om palliatieve patiënten vroegtijdig te kunnen identificeren maar ook de ernst van hun zorgnoden hielp in te schatten en onderverdeelden in verschillende palliatieve statuten (*zie Bijlage 1)*. Het literatuuronderzoek leverde slechts 1 artikel op waar hier melding van gemaakt werd (1). Deze gebrekkige hoeveelheid informatie is belangrijk gezien deze instrumenten mogelijks een stimulus kunnen zijn om andere zorgverleners te betrekken, maar ook om de reeds betrokken zorgverleners op dezelfde lijn te kunnen krijgen wat betreft de behandeling van de patiënt.

Het hieronder beschreven onderzoek heeft daarom als doel om 1) een beter inzicht krijgen in de problemen die Vlaamse huisartsen ervaren in de samenwerking met andere zorgverleners betreffende palliatieve patiënten en 2) te onderzoeken wat het nut van een identificatie instrument zoals de PICT zou kunnen zijn in deze communicatie.

ONDERZOEKSVRAGEN

Aan de hand van de hierboven beschreven doelstellingen wil men een antwoord formuleren op de volgende vraag: “Hoe wordt interprofessionele communicatie en samenwerking over palliatieve patiënten ervaren door Vlaamse huisartsen en zou de PICT hierbij een rol kunnen spelen?”

Om deze vraag te beantwoorden, wordt deze verder opgesplitst in de volgende deelvragen:

1. Wie zijn de zorgverleners waarmee huisartsen communiceren en samenwerken in de behandeling van palliatieve patiënten, wat wordt er besproken, en op welke manieren wordt er overlegd?
2. Welke factoren beïnvloeden hoe deze samenwerking of communicatie wordt ervaren door de huisartsen en wat zijn hun voorstellen ter verbetering?
3. Zou het gebruik van de PICT een aanzet kunnen zijn om therapeutische acties te nemen en om hierbij dan andere zorgverleners te betrekken?
4. Is het ontvangen van een hospitalisatiebrief een geschikte trigger om de PICT af te nemen?

1 ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK

1.1 METHODEN

Aan de hand van onderstaande deelvragen wilde men een antwoord formuleren op de volgende vraag: "Hoe wordt interprofessionele communicatie en samenwerking over palliatieve patiënten ervaren door zorgverleners?"

1. Wie zijn de zorgverleners die interprofessioneel samenwerken in de behandeling van palliatieve patiënten en op welke manieren wordt er overlegd?
2. Welke structurele of persoonsgebonden factoren beïnvloeden hoe deze samenwerking of communicatie wordt ervaren door de verschillende zorgverleners?
3. Worden identificatie instrumenten om palliatieve patiënten vroegtijdig te herkennen, gebruikt in deze interprofessionele communicatie en hoe wordt dit ervaren?

Er werd verwacht dat de studies die een antwoord konden geven op deze onderzoeksvraag van kwalitatieve aard zouden zijn. Hierdoor werd er gekozen voor de SPIDER methode om de onderzoeksvraag en de in- en exclusiecriteria verder te definiëren.

> *Sample* (S) - Zorgverleners.
> *Phenomenon of interest* (PI) - Interprofessionele samenwerking en communicatie met betrekking tot palliatieve patiënten en hun zorgnoden.
> *Design* (D) - Studies die gebruiken maken van kwalitatieve methoden of 'mixed methods' (met inbegrip van kwalitatieve methoden).
> *Evaluation* (E) - Ervaringen, belevingen en bedenkingen.
> *Research type* (R) - Semigestructureerde interviews, focusgroepen en/of vragenlijsten.

In juli 2020 werd aan de hand van MEDLINE®, het 'phenomenon of interest' herleidt tot de geschikte MeSH zoektermen waarna de zoekmachine PubMed® werd gebruikt om de literatuur te doorzoeken. Uiteindelijk werd er gebruik gemaakt van de volgende zoekstring:

> *Search (((((interdisciplinary communication[MeSH Terms]) OR (interprofessional relations[MeSH Terms]) OR (physician nurse relation[MeSH Terms]) OR "interprofessional communication") OR "multidisciplinary communication") OR "interprofessional collaboration") OR "multidisciplinary collaboration") AND ((palliative care[MeSH Terms]) OR (terminal care[MeSH Terms]))*

Deze doorzoeking leverde initieel 1479 resultaten op. Vervolgens werden deze artikels een eerste keer gescreend op titel en abstract waarbij de volgende inclusiecriteria werd gehanteerd:

- kwalitatief onderzoek of 'mixed methods' onderzoek waarbij gebruik gemaakt wordt van semigestructureerde interviews, focusgroepen en/of vragenlijsten;
- artikels waarvan de volledige tekst beschikbaar is; en
- artikels in Nederlands of Engels.

Bijkomend werden de volgende exclusiecriteria gebruikt:

- artikels gepubliceerd voor het jaar 2010;
- artikels met betrekking tot pediatrische patiënten; en
- artikels die betrekking hadden op interprofessionele educatie in palliatieve zorg.

Verder werd nog 1 artikel, aanbevolen door experts, onderzocht voor eventuele inclusie op basis van dezelfde criteria.

Tot slot resteerden er nog 68 artikels die vervolgens gescreend werden op de volledige tekst. Na exclusie op basis van relevantie werden er 28 studies geïncludeerd in het onderzoek.

1.2 RESULTATEN

1.2.1 BETROKKEN ZORGVERLENERS & COMMUNICATIEMETHODEN

In het grootste deel van de artikels (i.e. 20 van de 28 artikels) maakten artsen deel uit van de deelnemers. Deze artsen behoorden tot verschillende disciplines zoals huisartsen, oncologen, palliatieve zorg artsen, intensivisten, …. In de geïncludeerde artikels werd vooral de samenwerking en communicatie tussen deze artsen met verpleegkundigen onderzocht en met andere artsen. Andere groepen waren sociaal verpleegkundigen, psychologen, pastoraal medewerkers, en apothekers. Het tweede grootste deel van de artikels (i.e. 17 van de 28 artikels) beschreef de ervaringen van verpleegkundigen die naast artsen ook communiceerden met zorgkundigen en andere verpleegkundigen zoals diegene gespecialiseerd in palliatieve zorg. Tot slot waren er nog 2 artikels die respectievelijk de bevindingen van psychologen en sociaal verpleegkundigen onderzochten. In de studie over de sociaal verpleegkundigen werd de samenwerking met palliatieve sociaal verpleegkundigen onderzocht, terwijl die over de psychologen de samenwerking met zorgverleners in het algemeen bestudeerde.

Enkele artikels benoemden methoden waarop er gecommuniceerd werd. Voorbeelden zijn rechtstreekse informele of ongeplande gesprekken en meer formelere gesprekken zoals zorgoverleggen (2-4). Daarnaast werd er ook gebruik gemaakt van elektronische methoden zoals telefonie of het elektronisch medisch dossier (EMD) (3-7). Tot slot werd er ook nog gebruik gemaakt van papieren versies voor overdracht van het dossier of voor observaties en berichten (2, 6, 7).

1.2.2 BELEMMERENDE EN BEVORDERENDE FACTOREN

1.2.2.1 COMMUNICATIESTIJL

Verschillende artikels die de bevindingen van verpleegkundigen onderzochten, vermelden een gebrek aan een open communicatiestijl als barrière voor een goede samenwerking (1, 2, 8, 9). Wanneer dit wel aanwezig was, voelden ze zich gewaardeerd en gerespecteerd. Bij afwezigheid waren ze zelf terughoudend in hun communicatie uit vrees voor eventuele negatieve reacties van de artsen. Hierbij richten ze zich (eerst) tot andere verpleegkundigen voor bevestiging (2, 10).

1.2.2.2 HIËRARCHISCHE RELATIE

Nauw verwant aan de communicatiestijl was de hiërarchische arts-verpleegkundige relatie waarbij de artsen zich als superieur gedroegen of zo beschouwd werden (2, 9, 10). Verpleegkundigen gaven aan uitgesloten te worden bij het beslissingsproces ondanks het gevoel dat zij het nauwste patiëntencontact hadden en daarom de belangen wilden verdedigen van hun patiënt (1, 11). Dit concept van 'belangenbehartiging' zorgde wel voor enige bezorgdheid bij de verpleegkundigen omwille van hoe dit zou opgevat worden door de artsen (11). Artsen gaven aan dat input wel gewaardeerd werd maar dat het ondermijnen van hun beslissingen als negatief werd ervaren voor de samenwerking van het team (12). Wanneer deze hiërarchische relatie niet of minder aanwezig was, bevorderde dit de communicatie en de samenwerking (2, 5).

1.2.2.3 ROLVERDELING, VERTROUWEN & (MEDISCHE) KENNIS

Een stimulerende factor was een duidelijke rolverdeling met een goede definitie van elkaars taken en verantwoordelijkheden, hetgeen in de hand gewerkt werd door eerdere samenwerkingen (2, 12-14). Een goede rolverdeling leidde tot een wederzijds vertrouwen waardoor men makkelijker bepaalde zaken aan elkaar overliet.

Een voorbeeld van goede rolverdeling was het achterlaten van voorschriften door de huisarts bij de patiënt thuis zodat de thuisverpleegkundige eventuele problemen kon opvangen wanneer de huisarts niet beschikbaar was (4, 15). Een voorbeeld van slechte rolverdeling was wanneer artsen niet of laattijdig het initiatief namen om de patiënt correct in te lichten over hun prognose en behandelingsopties en deze rol soms van zich afschoven op andere zorgverleners. Dit leidde dan weer tot frustraties en emotionele stress bij deze zorgverleners, maar creëerde mede ook het gevoel dat het hun taak was om duiding te geven aan de patiënt over de communicatie van de arts (8-11, 16, 17).
Bijkomend was de bekwaamheid en medische kennis van de andere persoon essentieel voor een goede rolverdeling en vertrouwensband (14, 18). Men had minder vertrouwen in zorgverleners met een gebrekkige medische kennis of over palliatieve zorg, maar ook de communicatie verliep moeilijker door gebrek aan een 'gemeenschappelijke taal' (5, 6, 18).
Verder kon een hiërarchische houding zoals hierboven beschreven, het vertrouwen eveneens belemmeren (1, 4, 11).

1.2.2.4 TERRITORIALITEIT

Wat betreft communicatie en samenwerking tussen verschillende artsen disciplines, kwam territorialiteit (i.e. het gevoel van eigenaarschap over de patiënt) naar voren als barrière (3, 19, 20). Hierbij was er onvoldoende vertrouwen in de andere discipline (i.e. indruk van te weinig kennis en/of interesse in palliatieve zorg en de globale behandeling) of waren er eerdere negatieve ervaringen geweest (i.e. verkeerde informatie geven over prognose van patiënt). Mogelijke manieren om dit te verbeteren, werden geopperd zoals personeel inzetten op verschillende diensten of elkaars personeel opleiden (3, 20). Wanneer deze territorialiteit niet aanwezig was en er een 'gezamenlijk eigenaarschap' van het proces en de patiënten was, werd dit beschouwd als een stimulerende factor (20).

1.2.2.5 TIJDSGEBREK & COMMUNICATIEMETHODEN/-MIDDELEN

Tijdsgebrek werd door verschillende zorgverleners aangeduid als barrière voor de samenwerking omdat er hierdoor minder overlegmomenten konden plaatsvinden (2, 6, 7, 12, 21). Redenen voor het tijdstekort waren de hoge werkdruk bij zowel artsen als verpleegkundigen (5, 7, 12). Bijkomende redenen waren tijdverlies door trachten te voldoen aan nationale richtlijnen voor geplande overlegmomenten en het papierwerk dat hieraan verbonden was (5).
Alternatieven voor geplande overlegmomenten waren ad hoc overlegmomenten, of overleg via telefoon of papieren dossiers (2, 6). Huisartsen-van-wacht beschreven echter dat deze dossiers vaak niet beschikbaar waren tijdens wachtdiensten, noch de papieren noch de elektronische versie. Bijkomend kon men de eigen huisarts niet altijd telefonisch bereiken voor overleg (7, 22, 23). Het beschikbaar zijn van rechtstreekse telefoonnummers en het bestaan van een (elektronisch) standaardformulier werden geopperd als mogelijke verbeteringen (12, 22). Een voorwaarde was wel dat men voldoende technische kennis had om deze elektronisch overdracht te maken (23).

1.2.3 GEBRUIK VAN DE PALLIATIVE CARE INDICATOR TOOL (PICT)

Slechts in 1 artikel werd er gesproken over het gebruik van identificatie instrumenten namelijk dat van *Flierman et al.* uit 2019, echter waren maar enkele deelnemers op de hoogte van het bestaan hiervan (1). Bijkomend beschreven deze deelnemers dat het identificeren van een palliatief persoon niet zo simpel was als het afvinken van bepaalde indicatoren. Ze stelden ook de prognostische accuraatheid in vraag. De instrumenten verhoogden daarentegen wel het bewustzijn voor vroegtijdige herkenning van palliatieve patiënten.

1.3 CONCLUSIE

De bestaande literatuur toonde dat er verschillende zorgverleners betrokken waren in de interprofessionele samenwerking en communicatie rondom palliatieve patiënten zoals (palliatief) verpleegkundigen, (huis)artsen, psychologen, sociaal verpleegkundigen, pastoraal medewerkers, en nog anderen. Echter liepen deze zorgverleners tegen verschillende barrières aan waardoor deze samenwerking niet optimaal verliep. Deze barrières waren relationele problemen zoals de hiërarchische arts-verpleegkundige relatie, de territoriale arts-arts relatie, een gebrek aan goede rolverdeling, en een gebrek aan wederzijds vertrouwen. Daarnaast waren er ook structurele factoren die een negatief effect konden hebben zoals tijdsgebrek en de afwezigheid van degelijke contactmethoden of - middelen.

Vanuit mijn eigen functie als huisarts-in-opleiding was ik ook benieuwd naar de ervaringen van huisartsen. Verschillende onderzoekers bestudeerden huisartsen, waarbij er 2 van toepassing waren op de Vlaamse setting (6, 7). Zo werd de samenwerking met palliatieve zorgequipes en met huisartsen-van-wacht beschreven. Echter waren er geen Vlaamse studies beschikbaar over de samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverleners. Dit gebrek aan informatie in de Vlaamse setting is van belang gezien de identificatie van barrières en bijgevolg aanpak hiervan zou kunnen leiden tot een betere patiëntenzorg maar ook een betere samenwerking tussen zorgverleners hier in Vlaanderen.
Verder wilde ik ook nagaan of identificatie instrumenten reeds gebruikt werden als hulpmiddel voor interprofessionele samenwerking. Echter maakte slechts 1 artikel melding van het bestaan ervan en maar door een klein aantal deelnemers (1). Deze gebrekkige hoeveelheid informatie is belangrijk gezien deze instrumenten mogelijks een stimulus kunnen zijn om andere zorgverleners te betrekken, maar ook om de reeds betrokken zorgverleners op dezelfde lijn te kunnen krijgen wat betreft de behandeling van de patiënt.

In het aansluitende veldonderzoek wil ik daarom een antwoord zoeken op welke barrières en stimulerende factoren er aanwezig zijn bij Vlaamse huisartsen in de samenwerking met andere zorgverleners. Hierbij zal er gebruik worden gemaakt van een identificatie instrument, met name de PICT, om na te gaan of dit een stimulerende factor zou kunnen zijn.

2 METHODEN

2.1 STUDIE ONTWERP

Na het oriënterend literatuuronderzoek werd er gekozen voor een kwalitatief onderzoek uit te voeren om een antwoord te geven op de bovenstaande onderzoeksvraag. Hierbij werd er gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews om de persoonlijke ervaringen en bedenkingen van elke arts dieper te kunnen exploreren (*zie Bijlage 2*).

2.2 DEELNEMERS

Potentiële deelnemers kregen alvorens het interview plaatsvond, eerst een presentatie te zien over het onderzoek en het gebruik van de PICT. Initieel was het de bedoeling om deze presentatie te tonen tijdens een bijeenkomst van een lokale kwaliteitsgroep (LOK). Echter was dit praktisch niet mogelijk gezien deze bijeenkomsten niet plaatsvonden omwille van de COVID-19 pandemie. Hierom werd er gekozen om deelnemers telefonisch te rekruteren en werd hierbij mondeling toestemming gevraagd om de presentatie (met spraaknota's) door te mailen. Daarnaast werd ook een informatiebrief, een toestemmingsformulier, een formulier voor de gegevens van de deelnemer, en de PICT doorgestuurd (*zie Bijlage 1, 3 en 4*).

Er werd gezocht naar deelnemers die praktiserende huisartsen waren. De andere inclusiecriteria luidde als volgt:

- de deelnemer is wilsbekwaam en is in staat om hun geïnformeerde toestemming te geven voor het onderzoek;
- de deelnemer heeft minstens 5 jaar ervaring (met jaren als huisarts-in-opleiding niet mee geteld);
- de deelnemer heeft ervaring met de begeleiding van palliatieve patiënten.

Deelnemers die als equipe-arts werkzaam waren bij palliatieve thuiszorgequipes werden geëxcludeerd uit de studie.

2.3 DATAVERZAMELING & ANALYSE

Alvorens het interview plaatsvond, werd aan de deelnemers gevraagd om bij 3 van hun patiënten de PICT toe te passen nadat ze een hospitalisatiebrief van deze patiënten hadden ontvangen. De uitkomsten van deze patiënten waren voor persoonlijk gebruik van de deelnemer en dienden niet aan de hoofdonderzoeker bezorgd te worden.

Verder werd het interview afgenomen aan de hand van het videogesprek programma Zoom© waarbij er zowel audio- als beeldopnames werden gemaakt. Na afname van het interview werd er een mail naar de deelnemer gestuurd met daarin de kopie van hun toestemmingsformulier en een persoonlijke link naar hun opnames voor een 'member check' uit te voeren. Indien gewenst, konden de deelnemers hun antwoorden aanpassen door de auteur hiervoor te bellen of te mailen.

Van alle opnames werden transcripties gemaakt. Bij het herlezen van deze transcripties werden er labels toegekend aan citaten van de deelnemer. Dit proces werd meermaals herhaald om ervoor te zorgen dat dezelfde termen voor deze labels werden gebruikt gezien de interviews over een periode van 4 maanden werden verzameld en verwerkt. Deze labels werden verder gegroepeerd in thema's. Aan de hand van deze thematische analyse zullen de bekomen gegevens besproken worden.

Na het afronden van de studie zullen alle opnames verwijderd worden van de computer van de hoofdonderzoeker en zullen de transcripties en alle formulieren overgedragen worden aan het archief van de Universiteit Antwerpen.

3 RESULTATEN

Er werden interviews afgenomen bij 8 huisartsen verspreid over 4 huisartsenpraktijken gelegen in de Kempen. De karakteristieken van deze artsen werden weergegeven in onderstaande tabel (*zie Tabel 1*). Gemiddeld duurde de interviews 77 minuten. De antwoorden van de deelnemers werden gelabeld en gegroepeerd per interviewtopic (*zie Bijlage 5*).

Tabel 1 – Kenmerken huisartsen

#	GESLACHT	LEEFTIJD	JAREN ERVARING	WERKZAAM ALS LEIF ARTS	PRAKTIJKVORM
1	M	38	13	nee	groeps- & netwerkpraktijk
2	V	39	13	nee	groepspraktijk
3	V	56	32	nee	netwerkpraktijk
4	V	34	9	ja	netwerkpraktijk
5	M	66	42	nee	groepspraktijk
6	M	63	38	ja	groepspraktijk
7	V	46	18	nee	groepspraktijk
8	M	35	10	nee	groepspraktijk

3.1 SAMENWERKING & COMMUNICATIE MET VERPLEEGKUNDIGEN

3.1.1 SOORTEN VERPLEEGKUNDIGEN

Huisartsen vermelden verschillende groepen verpleegkundigen: thuisverpleegkundigen (n=8), verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe in de Kempen namelijk ISPAHAN (n=8), en verpleegkundigen in rust- en verzorgingstehuizen (RVT) (n=6). Met ziekenhuisverpleegkundigen werd er meestal niet gecommuniceerd (n=1).

3.1.2 REDEN VOOR COMMUNICATIE & COMMUNICATIEMETHODEN

Er waren diverse redenen waarom dat er gecommuniceerd werd met deze verpleegkundigen. Thuisverpleegkundigen werden door huisartsen gecontacteerd voor afspraken te maken over de zorg (e.g. opstarten van palliatieve zorg, opstarten van wondzorg, en frequentie van deze zorg), bij wijzingen in de behandeling (e.g. medicatie aanpassingen), en om de communicatie naar patiënt of familie overeen te stemmen (n=4). De thuisverpleegkundigen namen contact op als er zich problemen stelden (e.g. onvoldoende symptoomcontrole) of bij vragen over de behandeling of medicatie (n=5). Bij dergelijke vragen werd er getelefoneerd gezien hier een snel antwoord gewenst was (n=8). Voor niet-dringende zaken gebruikten men een communicatieschrift dat thuis bij de patiënt aanwezig was (n=8). Soms vonden er geplande overlegmomenten plaats (i.e. multidisciplinair overleg, overleg thuis voor een wonde te bekijken of de pijnpomp in te stellen) (n=2). Echter was dit wel beperkt en vonden er iets meer ongeplande overlegmomenten plaats doordat de huisarts toevallig op hetzelfde moment bij de patiënt was als de thuisverpleegkundige (n=4). Eén arts gebruikte soms een app (i.e. Siilo®) om berichten te sturen, en een andere maakte ook gebruikt van e-mail.

ISPAHAN verpleegkundigen werden door huisartsen gecontacteerd in de terminale fase als er meer gespecialiseerde zorg nodig was ter aanvulling van de klassieke thuisverpleging (e.g. nood aan een pijnpomp) (n=6). Bijkomend contacteerden de huisartsen hen ook voor advies (e.g. starten van medicatie) (n=1). Ze werden ook ingeschakeld om meer emotionele ondersteuning te bieden aan de patiënt (n=1). Eén huisarts vermelde dat een ISPAHAN verpleegkundige ook een luisterend oor aan haar bood na een emotioneel zware stervensbegeleiding.

Omgekeerd communiceerden ISPAHAN verpleegkundigen om feedback te geven of om problemen te melden (n=1). Voor te communiceren werd er vooral gebruik gemaakt van de telefoon en het communicatieschrift (n=4). Ook hier was gepland overleg en ongepland overleg eerder sporadisch (n=3).

RVT verpleegkundigen namen contact op als er zich problemen stelden met de patiënt (n=2). Huisartsen communiceerden over het opstarten of aanpassen van de palliatieve zorg en over praktische afspraken (e.g. tijdstip van volgende afspraak) (n=1). Er werd gebruik gemaakt van telefonie maar ook overlegd in levenden lijve gezien de RVT verpleegkundige (meestal) ter plekke aanwezig was (n= 3). Huisartsen maakten ook gebruik van het papieren dossier als communicatieschrift (n=2).

Ziekenhuisverpleegkundigen werden bijna nooit gecontacteerd door huisartsen (n=6). Als een patiënt was opgenomen in het ziekenhuis werd hierbij eerder naar de specialist of naar de sociaal verpleegkundige gebeld (n=2).

3.1.3 BELEMMERENDE & BEVORDERENDE FACTOREN

De drukke agenda's van zowel de artsen als de thuisverpleegkundigen creëerde tijdsdruk en was een belangrijke belemmerende factor voor de communicatie (n=4). Het zorgde ervoor dat vooral gepland en ongepland overleg minder plaatsvonden. Doordat er ook verschillende groepen thuisverpleegkundigen werkzaam waren in de regio van de huisarts, was het niet mogelijk om met al die groepen een gepland overleg te houden (n=1).

Slechte beschikbaarheid van sommige thuisverpleegkundigen tijdens weekenden of nachten was een belemmering voor 1 arts. Drie artsen gaven echter aan dat thuisverpleegkundigen in een palliatieve setting zich juist beschikbaarder opstelden, en dat zijzelf niet altijd goed beschikbaar waren voor hen. Verder werden ISPAHAN verpleegkundigen ook als zeer beschikbaar ervaren (n=2). Bij RVT verpleegkundigen was het beschikbaar zijn van de juiste verpleegkundige van belang (e.g. diegene die aanwezig was op het moment dat er zich problemen stelde) (n=1). Als huisartsen op visite kwamen, was de aanwezigheid van een hoofdverpleegkundige met goede dossierkennis dan ook een bevorderlijke factor (n=1). Op deze manier vormde de hoofdverpleegkundige een centraal aanspreekpunt (n=2). Als er geen centraal aanspreekpunt aanwezig was, maakte dit de communicatie omzichtiger en ging er wel eens informatie verloren (n=1). Dit was ook het geval in de thuissetting als een groot aantal thuisverpleegkundigen voor 1 patiënt zorgden (n=1). Als verpleegkundigen zelf het initiatief namen om contact op te nemen, werd dit als positief ervaren (n=1).

Onvoldoende bereikbaarheid van de thuisverpleegkundigen vormde ook een negatieve factor. Er werd niet gebeld omdat men geen telefoonnummer had van de verpleegkundigen of omdat men niet wist welke verpleegkundigen zorgden voor de patiënt (n=1).

Door eerdere samenwerkingen konden huisartsen een inschatting maken van de capaciteiten en medische kennis van de thuisverpleegkundigen (n=4). Indien deze als gebrekkig werden bevonden, was dit een negatieve factor. Als deze daarentegen als goed werden bevonden, was er meer vertrouwen in de inschattingen van de verpleegkundigen en waren de huisartsen ook sneller geneigd om deze verpleegkundigen aan te bevelen bij patiënten. De uitgebreide kennis van ISPAHAN verpleegkundigen over palliatieve zorg was voor 1 huisarts ook een reden om hen om advies te vragen. Eén arts deed in een RVT geen beroep op ISPAHAN gezien hij de kennis van RVT verpleegkundigen over palliatieve zorg voldoende hoog achtte.

De huisartsen gaven aan dat ze geen gevoel van hiërarchie ervaarden in de samenwerking met verpleegkundigen (n=4). Ze stonden open voor feedback en waardeerden hun ervaring en medische kennis. Andere visies op palliatieve zorg (i.e. verpleegkundigen die curatief bleven handelen) konden soms de eensgezindheid in de behandeling wel belemmeren, hetgeen als negatief werd ervaren gezien de mogelijke impact op de patiënt (n=2).

> *Ik sta daar wel voor open, er mag van mij gerust feedback komen. Ik ben ook niet altijd even vertrouwd met een bepaalde situatie en zij hebben ook heel wat ervaring dus daar heb ik absoluut wel een luisterend oor naar. Maar dat als er eenmaal een beslissing genomen wordt, dat iedereen dan ook wel in dezelfde richting kijkt. Dat je daar dan nog niet moet op terugkomen of aan twijfelen. Dat is ook voor de patiënt in zo'n situatie niet altijd gemakkelijk. Die heeft ook het meeste baat bij een beetje helderheid.* – HA 2

3.1.4 VERBETERINGEN

Voor het verzamelen van alle patiëntengegevens en het registreren van alle communicatie, zou het implementeren van een digitaal thuisdossier zoals het IRIS-platform© nuttig kunnen zijn (n=1). Het verzamelen van alle contactgegevens en deze op een goed beschikbare manier bewaren, zou ook een verbetering kunnen zijn (n=1).

Meer gebruik maken van geplande overlegmomenten, werd door verschillende artsen geopperd. In het bijzonder dan bij aanvang van de palliatieve zorg maar ook ná het beëindigen ervan om te evalueren hoe het was verlopen en wat er zou kunnen verbeterd worden (n=3). Eén arts gaf aan hiervoor gebruik te willen maken videogesprekken gezien zij merkte dat deze meer ter zake bleven en vlotter verliepen. Bijkomend werd er voorgesteld om meer contact te hebben buiten de werksfeer door bijvoorbeeld eens een receptie te organiseren en zo op een andere manier de thuisverpleegkundigen in de regio te leren kennen (n=1).

Om de capaciteiten van de verpleegkundigen beter in te schatten, zou men ook eens kunnen meevolgen met de verpleging (n=1). Eén arts gaf aan om eventueel praktijkverpleegkundigen in te zetten voor palliatieve patiënten, die weliswaar nog niet terminaal waren, 1 keer per week op te volgen om de tijdsdruk te verminderen.

3.2 SAMENWERKING & COMMUNICATIE MET ANDERE ARTSEN

3.2.1 SOORTEN ARTSEN

De artsen waarmee de deelnemers communiceerden waren collega huisartsen in de praktijk (n=7), specialisten (n=8), LEIF artsen (n=3), ISPAHAN equipe-artsen (n=1), en huisartsen-van-wacht (n=2).

3.2.2 REDEN VOOR COMMUNICATIE & COMMUNICATIEMETHODEN

Huisartsen verwittigden hun collega huisartsen in de praktijk als er een patiënt palliatief of terminaal was (n=3). Er werd ook advies gevraagd bij problemen (e.g. medicatie opstarten) en afspraken gemaakt over de zorg en de communicatie naar de familie toe (n=5). Collega's waren ook een klankbord om hun verhaal bij kwijt te kunnen (n=1). Er werd gecommuniceerd via gepland overleg, ongepland overleg, telefoongesprekken, sms berichten, en mail (n=4).

Specialisten werden gecontacteerd door huisartsen met specifieke vragen over curatieve behandelingen, hen in te lichten dat er palliatieve zorg werd opgestart of omdat de curatieve zorg wenste afgebouwd te worden (n=6). Alle huisartsen gebruikten verwijsbrieven, waar soms ook de wensen van de patiënt naar het levenseinde toe werden ingezet (n=1). Specialisten telefoneerden om de diagnose van een terminale aandoening of het stoppen van de curatieve behandeling mee te delen (n=3). Voor dringende zaken werd er eerder getelefoneerd of uitzonderlijk gemaild (n=7). Verder werd er ook gebruik gemaakt van brieven die door huisartsen werden meegegeven via de patiënt of die elektronisch werden verstuurd door de specialisten (n=7). Verschillende deelnemers hadden ook al deelgenomen aan een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) (n=7).

> *Als de verpleegkundige u belt, wil je dat het terecht is maar als jij de specialist belt dan wil je met een concreet duidelijk omschreven vraag aankomen. Dus het moet de moeite waard zijn om contact te zoeken, ik zal het zo zeggen. Misschien ben ik daar ook te stroef in. Misschien vinden die het helemaal niet erg om af en toe eens gebeld te worden. Zij hebben nog veel meer tijdsdruk dan ons.* – HA 8

ISPAHAN equipe-artsen werden telefonisch gecontacteerd voor advies (e.g. onvoldoende symptoomcontrole) (n=2). LEIF artsen werden nog niet vaak gecontacteerd maar mocht dit gebeuren in de toekomst zou dit voor tweede opinies zijn in kader van euthanasieverzoeken (n=3). Twee deelnemers waren LEIF artsen en werden al door andere huisartsen gecontacteerd voor dergelijke adviezen.

3.2.3 BELEMMERENDE & BEVORDERENDE FACTOREN

Verschillende barrières werden benoemd rondom het MOC. Deze geplande overlegmomenten vonden meestal plaats op momenten die niet goed pasten in de agenda's van de huisartsen zoals maandagochtend (n=3). Soms werd men ook pas een dag op voorhand ingelicht dat er een MOC zou plaatsvinden en kon men dit niet meer in de agenda passen (n=1). De patiëntenbespreking was beladen met uiterst specifieke technische termen. Hierdoor hadden huisartsen het gevoel dat een MOC eerder een specialistisch gebeuren was waar dat maar weinig rekening werd gehouden met de huisarts (n=2). De bespreking van hun patiënten duurde ook maar enkele minuten wat er voor zorgde dat de verplaatsing en de tijd die de huisarts ervoor moest uittrekken, niet in verhouding stonden tegenover elkaar (n=3). Er werd wel meer gebruik gemaakt van videogesprekken maar ook hier hadden de huisartsen het gevoel dat ze niet gehoord werden (n=2). Er waren ook soms technische problemen met het systeem waardoor men uiteindelijk toch niet kon deelnemen (n= 1).

Therapeutische hardnekkigheid vormde een barrière in de communicatie met bepaalde specialisten (n=5). Sommigen specialisten waren weliswaar sneller bereid voor palliatieve zorg op te starten dan anderen, zoals oncologen die toch al meer een 'palliatieve ingesteldheid' hadden dan andere specialisten (n=2). In dit opzicht zou een huisarts dus kunnen bijdragen aan een MOC door namelijk de belangen van de patiënten te verdedigen (n=2). Medische kennis was hierbij echter van belang voor 1 arts gezien deze geen mal figuur wilde slaan omdat hij minder onderlegd was in de behandeling van tumoren.

> *Je moet bijvoorbeeld al redelijk overtuigd zijn dat therapeutische hardnekkigheid op dat moment speelt. Dan moet je sterk genoeg in je schoenen staan om tegen de specialist in te gaan die binnen zijn vakgebied natuurlijk wel meer weet dan wat ik daar als huisarts kan in bijdragen. Alhoewel je het contact met de patiënt of het menselijke aspect net iets meer in het oog hebt, en dat heeft ook wel een meerwaarde. Ik denk dat je daar als huisarts wel een belangrijke rol in kan spelen.* – HA 1

Eerdere samenwerkingen hadden over het algemeen een positieve impact op de communicatie (n=1). Als er al constructieve contacten waren geweest, maakte dit de drempel voor nieuwe contacten kleiner (n=1). Het omgekeerde gold echter ook maar dit was uitzonderlijk (n=2). De contacten gaven een beter idee van de deskundigheid van de specialist (n=1). Specialisten die zelf initiatief namen voor contact op te nemen of die open stonden voor overleg, werden sterk gewaardeerd (n=2).

> *Er zijn zo'n grote individuele verschillen: er zijn specialisten die gemakkelijk zelf bellen, of die je zelf belt en je voelt dat die graag bereid zijn tot gesprek en openheid hebben. Natuurlijk als je 3 keer bent afgeblaft door een specialist, dan ga je die ook niet meer opbellen. Ik denk dat bereidheid van de specialist, om huisartsgeneeskundig te denken en zich in te leven in onze situatie … dat is een enorm verschil is en sommigen kunnen dat helemaal niet.* – HA 6

Elkaar (nog) niet kennen, vormde voor sommige een barrière maar voor andere dan weer niet (n=2). Iemand in levenden lijve ontmoeten, en dan eventueel buiten de werksfeer, kon hierbij helpen (n=3). Praktisch gezien was het echter moeilijk haalbaar gezien het grote aantal specialisten waarmee samengewerkt werd (n=1).

Voor specialisten te contacteren, waren er meestal wel rechtstreeks telefoonnummers voorhanden maar werd er niet opgenomen al dan niet bewust (i.e. bij afwezigheid van de specialist)(n=2). Indien er werd gebeld naar het secretariaat in het ziekenhuis, werd de ene huisarts wel steeds doorgeschakeld terwijl een andere aangaf van niet. Omgekeerd zou dit ook een barrière kunnen zijn als specialisten niet doorverbonden werden met de huisartsen (n=1).

> *(Dat) onze secretariaten ons soms zodanig ook afschermen dat ook de specialisten soms de indruk hebben dat we te veel afgeschermd zijn. Ik denk dat dit langs 2 kanten een ergernis is die veel interactie doodt.* – HA 6

Tijdsdruk bij de specialisten was voor 1 arts een reden dat specialisten weinig of niet telefoneerden. Het was ook een reden waarom huisartsen hen weinig belden, om hen niet te storen. Ze richtten zich dan (eerst) tot hun collega huisartsen, of trachtten het zo bondig mogelijk te houden. Een andere reden waarom specialisten mogelijks ook minder telefoneerden, was dat ze tegenwoordig veel meer (digitale) brieven stuurden en daarom geen nood aan telefonie hadden.

Wat betreft huisartsen-van-wacht werd er wel een brief door hen verstuurd achteraf. Echter was het telefonisch overleg sterk geminderd gezien de uitbreiding van de wachtkringen in de laatste jaren (n=2). Met ISPAHAN equipe-artsen werden er geen problemen ervaren (n=1).

3.2.4 VERBETERINGEN

Eén huisarts stelde voor om meer in te zetten op vroegtijdige zorgplanning en deze afspraken dan ook vast te leggen op papier (voor bewaring bij de patiënt thuis) maar ook in het EMD zodat dit eventueel kon worden gecommuniceerd aan specialisten. Een andere huisarts vermelde dat wilsverklaringen ook zouden opgenomen moeten worden in het 'summarized electronic health record' (SumEHR) zodat deze gedeeld konden worden met andere specialisten. Hiervoor dienden de software pakketten in het ziekenhuis wel de SumEHR te kunnen openen. Er werd ook geopperd om via het EMD een gemeenschappelijk medicatie bestand te gebruiken waar zowel de huisarts als de specialisten konden in werken (n=1). Vitalink (i.e. een elektronisch deelbare versie van het medicatieschema) werd wel al gebruikt door de huisartsen maar was nog niet (voldoende) geïntegreerd in de ziekenhuizen.

Verder gaven de huisartsen aan dat zowel zij als de specialisten meer initiatief moesten nemen om te communiceren met elkaar omdat er soms te éénzijdig beslist werd (n=3). Eén arts zou het nuttig vinden om te weten welke specialisten open stonden voor te mailen (n=1). Hierdoor zou er dan minder gebeld moeten worden en zouden de specialisten bijgevolg ook minder gestoord worden (n=2). Het zou dan kunnen gebruikt worden voor niet-dringende zaken te communiceren maar eventueel ook voor bijkomende informatie door te geven voordat een MOC plaatsvond (n=3).

3.3 SAMENWERKING & COMMUNICATIE MET DIVERSE ZORGVERLENERS

3.3.1 SOORTEN ZORGVERLENERS

Huisartsen communiceerden ook met apothekers (n=8), kinesisten (n=6), zorgkundigen (n=4), sociaal verpleegkundigen of maatschappelijk assistenten (n=3), mantelzorgers (n=1), en de poetshulp (n=1). Er werd weinig of niet gecommuniceerd met diëtisten (n=8), psychologen (n=7), ergotherapeuten (n=7), logopedisten (n=6) of de medische pedicure (n=3). ISPAHAN vrijwilligers (n=1) en priesters (n=1) waren ook betrokken bij de palliatieve zorg maar hier werd niet mee gecommuniceerd.

3.3.2 REDEN VOOR COMMUNICATIE & COMMUNICATIEMETHODEN

Apothekers werden telefonisch gecontacteerd voor advies omtrent medicatie (i.e. beschikbaarheid, pletbaarheid, correct gebruik van medicatie of zuurstof). Omgekeerd belden of mailden apothekers ook als ze vragen hadden over medicatie (i.e. vervangen van niet-beschikbare medicatie, overmatig gebruik van medicatie en incorrecte doseringen op voorschriften).

Diëtisten werden weinig gecontacteerd omdat ISPAHAN en de specialisten dit gedeeltelijk konden opvangen zo nodig (n=1). Psychologische hulp werd eveneens aangeboden door andere zorgverleners (i.e. de huisartsen, ISPAHAN verpleegkundigen, thuisverpleegkundigen, zorgkundigen) of de familie. Hierdoor hadden huisartsen noch patiënten er nood aan, al kon dit laatste wel een verkeerde inschatting zijn gezien dit niet altijd werd nagevraagd bij de patiënt (n=2). Verder werden psychologen ook als duur ervaren gezien dat ze niet terugbetaald werden (n=1). Ze waren eveneens niet beschikbaar voor huisbezoeken (n=2). Als patiënten al een psycholoog hadden, werd er meestal gebeld over het opstarten van een antidepressivum (n=1).
Ergotherapeuten deden ook geen huisbezoeken gezien zij niet op zelfstandige basis werkten in de thuissetting (n=3).
Logopedisten kwamen ook niet op huisbezoek volgens 1 arts, al weerlegden 2 anderen dit wel. Bovendien werden zij minder ingeschakeld in de palliatieve à terminale setting omdat patiënten maar ook de artsen dit niet meer nodig achten (n=1). Ditzelfde gold ook voor kinesitherapeuten (n=2). Als deze toch werden ingeschakeld, was dit in kader van comfort (e.g. tapotage, mobiliseren, en masseren). Huisartsen telefoneerden over de medische problematiek van de patiënt en de verdere aanpak (n=2). Omgekeerd gebeurde dit ook (n=1). Naast telefoon werd ook het communicatieschrift gebruikt (n=2).

> *Ik communiceer dan de diagnose, de problematiek van de patiënt. Ook een beetje de achtergrond, hoe de mensen zelf in het proces staan, en het gezin of de partner. De problemen dat je zelf ondervindt of waar mensen het moeilijk mee hebben. Ik geef alle informatie dat ik denk dat belangrijk is, zodat de kinesist ook weet wie dat de mensen zijn: hoe dat ze dingen ervaren, hoe ze met de dingen omgaan, hoe dat je ze een beetje moet aanpakken soms.* – HA 3

Zorgkundigen en de poetshulp in de thuissetting werden tijdens huisbezoeken bevraagd naar eventuele problemen die ze hadden opgemerkt of brachten dit zelf aan (n=2). Hierbij werd soms gebruik gemaakt van een communicatieschrift (n=2). RVT zorgkundigen werden ook aangesproken, al verwezen deze zelf vaak door naar de RVT verpleegkundigen (n=2). Eén arts gaf aan geen zorgkundigen te contacteren gezien zijn inschatting dat sommige medische problematiek hen te weinig gekend was.

De sociale dienst van het ziekenhuis werd gebeld om informatie uit te wisselen en afspraken te maken over patiënten die opgenomen of ontslagen gingen worden (e.g. om eens een gesprek te hebben als ze angstig waren) (n=1). Met het OCMW werd er soms direct gecommuniceerd telefonisch ofwel via tussenpersonen zoals de familie (n=2). Zij regelden ook multidisciplinaire zorgoverleggen zo nodig (n=1).

3.3.3 BELEMMERENDE & BEVORDERENDE FACTOREN

Enkele artsen gaven aan geen belangrijke barrières te ervaren in de samenwerking met deze zorgverleners (n=4).

> *Niet omdat we minder samenwerken, maar dat dit niet zo'n fluctuerende waarden zijn. Dat er minder verandert. Dat er zich minder problemen voordoen.* – HA 4

Indien men elkaar goed kende van eerder samenwerkingen of door contacten buiten de werksfeer, werd dit als bevorderlijk ervaren (n=6). Het niet gekend zijn met de expertise die bepaalde zorgverleners (i.e. psychologen en ergotherapeuten) konden bieden in de palliatieve context, was voor sommige artsen een reden was om minder beroep op hen te doen (n=4). Als er andere zorgverleners betrokken waren (i.e. kinesitherapeuten, apothekers, logopedisten diëtisten), was het niet altijd duidelijk om wie het juist ging gezien het grote aantal zorgverleners dat in de omgeving actief was (n=2). Omgekeerd was het voor die zorgverleners misschien ook niet duidelijk welke huisarts er betrokken was (n=1). Eén huisarts trachtte dit op te lossen door de nodige gegevens achter te laten bij te patiënt tezamen met de vraag om hem te contacteren. Indien zij het initiatief namen om te communiceren, werd dit sterk gewaardeerd. Echter gebeurde dit niet altijd, hetgeen als negatief werd ervaren.

De artsen hadden geen gevoel van superioriteit of hiërarchie t.o.v. deze zorgverleners. Een mogelijke reden hiervoor was dat ze hen respecteerden en waardeerden omwille van hun medische kennis (i.e. apothekers en kinesitherapeuten) (n=2).

3.3.4 VERBETERINGEN

Net zoals bij de verpleegkundigen werd hier voorgesteld om gebruik te maken van een digitaal platform waar alle zorgverleners informatie zouden kunnen delen en ook in konden registreren (n=1). Een ander voorstel was om het EMD van de huisartsen toegankelijk te maken voor de andere zorgverleners om dan aan de hand hiervan te communiceren. Hierdoor zou de medische informatie van de patiënt altijd actueel zijn (e.g. medicatie aanpassingen die meteen zichtbaar zouden zijn voor apothekers). Vlotte beschikbaarheid van contactgegevens voor beide partijen zou ook een verbetering kunnen zijn (n=1).

Er werd voorgesteld 1 keer per jaar een overleg te houden met de apothekers en alle huisartsen van het dorp om te kijken wat er verbeterd zou kunnen worden in de samenwerking of het voorschrijfgedrag (n=1). Echter gaf 1 arts aan dit al geprobeerd te hebben maar dat niet elke arts dezelfde problemen ervaarden en het dus geen voordeel opleverde voor iedereen. Het was wel een goed moment voor elkaar beter te leren kennen.

3.4 GEBRUIK VAN DE PICT NA ONTVANGST HOSPITALISATIEBRIEF

3.4.1 KENNIS OVER IDENTIFICATIETOOLS VOOR PALLIATIEVE PATIËNTEN

Voor deelname aan deze studie had geen enkele deelnemer al gebruik gemaakt van een identificatietool voor palliatieve patiënten. Redenen hiervoor waren dat ze eerder vertrouwden op hun buikgevoel voor deze patiënten te identificeren en dat een dergelijke tool hen nog nooit was aangeboden. Twee artsen gaven aan dat er wel identificatie tools in nabijgelegen RVT werden gebruikt. Eén van deze artsen gaf na haar interview aan dat dit ging om de PICT. De bevindingen hiervan werden door de RVT verpleegkundigen gecommuniceerd waarbij er zo nodig een palliatief dossier werd opgestart en een zorgoverleg werd gepland.
De meerderheid van de deelnemers was op de hoogte van het bestaan van de PICT (n=5). Eén huisarts had dit vernomen via een medisch tijdschrift en de overige huisartsen waren ingelicht door collega huisartsen (met inbegrip van huisartsen-in-opleiding) (n=4). Bijkomend had 1 huisarts hierover reeds een bijscholing gevolgd via ISPAHAN.

3.4.2 BEMERKINGEN BIJ GEBRUIK VAN DE PICT

Verschillende huisartsen verwezen naar de uitgebreidheid van de PICT (n=5). De hoeveelheid criteria ter identificatie van de palliatieve patiënt en hun zorgnoden maakten de PICT voor sommigen complex (n=3). Hierbij werd door 2 huisartsen wel aangehaald dat naarmate men meer vertrouwd zou geraken met dit instrument, dat dit ook wel zou beteren. Mocht de PICT uiteindelijk ook gekoppeld worden aan (financiële) ondersteuning voor de patiënt, zou dit het gebruik ervan ook stimuleren (n=1).

> *Als je het meer gebruikt, ga ik mij er ook wel beter mijn weg in vinden. Het was nu de eerste keer dat ik het gebruikte, en misschien dat het daardoor ook niet zo vlot verliep. Nu vond ik het nog niet zo handig, maar het wil niet zeggen dat ik het in de toekomst niet meer ga toepassen. Als er dan ook nog consequenties aan verbonden worden zoals financiële ondersteuning of erkenning van een bepaald statuut dan vind ik het helemaal geen probleem om daar mee aan de slag te gaan.* – HA 1

Voor sommigen huisartsen gaven de verschillende criteria een houvast (n=4). Zo brachten ze nuance bij een bestaand buikgevoel. Verder lieten ze ook toe om vlotter een palliatief statuut aan te vragen in vergelijking met de nauwe criteria op het bestaande aanvraagformulier voor het palliatief statuut (n=1).

3.4.3 THERAPEUTISCHE ACTIES NA TOEPASSEN VAN DE PICT

Bij navraag of de resultaten van de PICT een aanzet konden zijn voor het nemen van therapeutische acties, antwoorden alle deelnemers dat ze dit zouden doen. Verschillende andere huisartsen zouden de resultaten gebruiken om een dialoog op te starten met de patiënt over hun verwachtingen en eventuele zorgplanning (n=6). Enkele van hen vermelden hierbij wel dat ze de patiënten niet wilden affronteren of hun hoop ontnemen (n=2). Verder gaf de laatste deelnemer aan dat de resultaten van de PICT konden leiden tot het sneller aanvragen van het palliatief statuut.

Bijna alle deelnemers waren akkoord dat de PICT een aanzet kon zijn om andere (para)medici te betrekken bij de zorg (n=7). Dit hield voor hen in dat thuisverpleegkundigen, RVT verpleegkundigen of kinesisten werden ingelicht of ingeschakeld als dit nog niet het geval was. Twee huisartsen hoopten naar de toekomst toe dat dit eventueel aan de hand van het EMD zou kunnen gecommuniceerd worden maar dan zouden de paramedici hier toegang toe moeten hebben.

Naast opbouwen van palliatieve zorg werd ook de afbouwen van curatieve zorg vermeld, zoals minder consultaties bij specialisten of minder hoogtechnologische onderzoeken (n=4). Eén arts gaf aan dat de PICT een argument zou kunnen zijn in de communicatie met specialisten voor het afbouwen van curatieve zorg.

> *Maar zelfs ook naar de oncologen toe. Waar ik nu nog een gevoel van onzekerheid heb, kan ik wel hun traject in vraag stellen of de discussie in ieder geval op gang brengen. Het geeft je wat meer slagkracht.* – HA 1

3.4.4 HOSPITALISATIEBRIEF ALS TRIGGER VOOR TOEPASSEN VAN DE PICT

Het ontvangen van een hospitalisatiebrief is voor de meeste deelnemers een geschikte trigger om de PICT toe te passen (n=7). Er was wel 1 deelnemer die twijfels had bij deze trigger gezien dat er veel mensen door de mazen van het net zouden vallen als het als enige trigger zou worden gebruikt.

> *Ik vraag me af in hoeverre dat gecorreleerd is aan een hospitalisatie. Dikwijls is het gewoon in de thuissituatie dat die (patiënt) misschien niet meer gehospitaliseerd moet worden en misschien wel wordt opgevolgd met een specialist, maar dat je moet bekijken "wat doen we hier nog?". Ik denk dat je dan een boel mensen gaat missen als je het alleen koppelt aan een hospitalisatieverslag. Het is iets waar je voortdurend op alert moet zijn. Bijvoorbeeld als er iets gebeurt, bij een infectie of een COPD-opstoot.* – HA 3

Acute achteruitgang van de patiënt zoals hierboven als werd omgeschreven, was voor andere huisartsen ook een geschikte trigger (n=4). Enkele anderen zouden het ook op vaste momenten inplannen zoals het tweemaandelijkse overlegmoment met de thuisverpleging of met de collega huisartsen (n=2). Het bereiken van een bepaalde leeftijd was voor 2 artsen ook een geschikte trigger (e.g. alle 75-plussers of 80-plussers, al dan niet met comorbiditeiten) waar dat dan eventueel een praktijkverbeterend project van zou kunnen gemaakt worden. Een andere arts vond leeftijd op zich minder geschikt gezien de variabiliteit in een patiëntenpopulatie. De PICT zou ook kunnen toegepast worden als de patiënt de curatieve zorg wenste af te bouwen (n=1) of als de familie dit aanbracht (n=2).

4 DISCUSSIE

4.1 BETROKKEN ZORGVERLENERS, COMMUNICATIEMETHODEN & INHOUD VAN COMMUNICATIE

In de palliatieve zorg waren verpleegkundigen de belangrijkste groep waar dat huisartsen mee communiceerden, gevolgd door andere artsen. De arts-verpleegkundige relatie was ook diegene die het meest bestudeerd was in de literatuur (1, 2, 6, 9-12). Betreffende de verpleegkundigen waren dit thuisverpleegkundigen, RVT verpleegkundigen en de ISPAHAN verpleegkundigen. Wat betreffende de artsen waren dit andere collega huisartsen en specialisten. Uitzonderlijk kwamen anderen aan bod zoals apothekers, kinesitherapeuten, zorgkundigen, sociaal verpleegkundigen, maatschappelijk assistenten, LEIF artsen, ISPAHAN equipe-artsen, huisartsen-van-wacht, psychologen, mantelzorgers en de poetshulp. Andere zorgverleners werden niet betrokken in de communicatie (e.g. ziekenhuisverpleegkundigen, diëtisten, ergotherapeuten, logopedisten, medische pedicure, ISPAHAN vrijwilligers en priesters).

Communicatie met thuisverpleegkundigen en RVT verpleegkundigen draaide rond het maken van afspraken over de zorg (i.e. opstart van palliatieve zorg en medicatiebeleid) en voor problemen van de patiënt te bespreken. ISPAHAN verpleegkundigen werden gecontacteerd voor de opstart van specialistische palliatieve zorg en voor (medicatie-gerelateerde) adviezen.
Specialisten en collega huisartsen communiceerden eveneens om afspraken te maken over de zorg (i.e. opstart van palliatieve zorg en afbouw of stoppen van curatieve zorg). Specialisten werden ook om therapie-gerelateerd advies gevraagd.
Apothekers communiceerden voor medicatie-gerelateerde adviezen en vragen, terwijl er met kinesitherapeuten ook afspraken werden gemaakt (i.e. inzetten op comforttherapie).

Er werden verschillende communicatiemethoden genoemd waarbij de meeste verschilde naargelang de zorgprofessional in kwestie. Communicatie met verpleegkundigen verliep vooral via communicatieschriften of telefonisch (2, 6, 7). Met artsen werden er voornamelijk brieven uitgewisseld, al werd er ook gebruik gemaakt van telefoongesprekken voor dringendere zaken (6). Geplande of zelfs ongeplande overlegmomenten vonden slechts sporadisch plaats voor de meeste groepen. Enkel met collega huisartsen was er meestal een vast gepland overlegmoment (2-4). Zelden werden er andere methoden gebruikt.

4.2 BELEMMERENDE EN BEVORDERENDE FACTOREN

4.2.1 TIJDSDRUK & GROTE AANTAL VAN ZORGVERLENERS

Tijdsdruk bij de specialisten was voor 1 arts een reden dat specialisten weinig of niet telefoneerden. Het was ook een reden waarom huisartsen hen weinig belden, om hen niet te storen. Ze richtten zich dan (eerst) tot hun collega huisartsen, of trachtten het zo bondig mogelijk te houden. Een andere reden waarom specialisten mogelijks ook minder telefoneerden, was dat ze tegenwoordig veel meer (digitale) brieven stuurden en daarom geen nood aan telefonie hadden.

Tijdsdruk was ook een belemmering voor gepland en ongepland overleg zoals voor een multidisciplinair overleg in de thuissetting of voor een MOC (6, 12, 21). Huisartsen merkten dit zowel op bij zichzelf als bij de thuisverpleegkundigen en de specialisten (2). Ze weten dit aan de drukke agenda's van alle partijen (9, 12, 24). Bovendien werd dit nog verder benadrukt door het grote aantal zorgverleners waar mee samenwerkt werd. Er waren verschillende thuisverplegingsequipes actief in de omgeving, maar er werd ook samengewerkt met verschillende specialisten verspreid over verschillende ziekenhuizen. Het was praktisch dus moeilijk haalbaar om met al die groepen samen te zitten voor overleg. De combinatie hiervan maakte het ook moeilijk om elkaar beter te leren kennen buiten de werksfeer. Als men dit echter wel deed, was dit een positieve factor.

De huisartsenwachtkringen waren de laatste jaren ook sterk uitgebreid. Toen wachtkringen nog kleiner waren, belden men elkaar sneller (7, 22, 23). Tegenwoordig werden er enkel nog brieven gestuurd achteraf door de huisartsen-van-wacht.

4.2.2 BESCHIKBAARHEID & BEREIKBAARHEID

In de thuissetting ervaarden sommige huisartsen wel een constructieve sfeer ondanks deze tijdsdruk. De reden hiervoor was dat zij en verpleegkundigen zich toch trachten beschikbaar op te stellen voor elkaar telefonisch en voor de patiënt (e.g. 24 uur op 7 mogen bellen). ISPAHAN verpleegkundigen stonden ook altijd open voor overleg. Sommige andere zorgverleners werden als minder beschikbaar ervaren omdat men er van uitging dat ze geen huisbezoeken deden (e.g. psychologen en logopedisten), ze niet werkzaam waren in de thuissetting (e.g. ergotherapeuten) of als te duur werden ervaren gezien ze niet terugbetaald werden (e.g. psychologen).
Indien specialisten zich ondanks hun tijdsdruk openstelden voor overleg was dit zeker bevorderlijk, al was dit niet altijd aanwezig. Het feit dat specialisten zelf het initiatief namen om te bellen, werd als uiterst positief ervaren. Dit gold ook voor andere zorgverleners die contact opnamen met de huisartsen.
Bij RVT verpleegkundigen was het beschikbaar zijn van de juiste verpleegkundige van belang (e.g. diegene die aanwezig was op het moment dat er zich problemen stelde). Als huisartsen op visite kwamen, was de aanwezigheid van een hoofdverpleegkundige met goede dossierkennis, een bevorderlijke factor. Op deze manier hadden ze een centraal aanspreekpunt hetgeen verhinderde dat de communicatie omzichtig was of dat er informatie verloren ging. Dit centraal aanspreekpunt was voor huisartsen ook een bevorderlijke factor als het aankwam op thuisverplegingsequipes.

De bereikbaarheid van zorgverleners vormde soms ook een probleem. Er werd niet gebeld omdat men geen telefoonnummers had of omdat men niet wist welke zorgverleners er betrokken waren (24). Omgekeerd redeneerden men dat dit voor de andere zorgverleners ook een belemmering kon vormen als zij niet wisten wie de huisarts was van de patiënt.
Voor specialisten te contacteren, waren er meestal wel rechtstreekse telefoonnummers voorhanden maar werd er niet opgenomen, al dan niet bewust (i.e. bij afwezigheid van de specialist). Het medisch secretariaat van deze specialisten vormde voor 1 arts een barrière doordat deze hen niet wilden doorschakelen al was dit voor een andere arts niet het geval. Omgekeerd gaven huisartsen aan dat hun medisch secretariaat mogelijks ook specialisten afremde.

4.2.3 EERDERE SAMENWERKINGEN, ROLVERDELING & MEDISCHE KENNIS

De literatuur beschreef dat een duidelijke rolverdeling met een goede definitie van elkaars taken en verantwoordelijkheden, een bevorderende factor kon zijn die in de hand gewerkt werd door eerdere samenwerkingen (2, 12-14). De huisartsen in deze studie beaamde dit eveneens en dan vooral met betrekking tot andere artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten en apothekers. Afhankelijk van hoe hun kennis werd ingeschat, kon dit zowel een positieve als negatieve factor zijn maar over het algemeen was dit positief.
Sommige zorgverleners werden niet ingeschakeld omdat men, al dan niet correct, inschatte dat zij niet nodig waren in de zorg voor de patiënt (e.g. kinesitherapeuten, psychologen, diëtisten, logopedisten, en ergotherapeuten) (24). Als bijvoorbeeld psychologische hulp nodig was, namen andere zorgverleners (e.g. thuisverpleegkundigen, ISPAHAN verpleegkundigen, huisartsen, en zorgkundigen) of de familie dit wel voor een deel over. Op deze manier werd er mogelijks een kans gemist om deze zorgverleners en hun capaciteiten op vlak van palliatieve zorg beter te leren kennen.

4.2.4 HIËRARCHISCHE RELATIE & THERAPEUTISCHE HARDNEKKIGHEID

In deze studie ervaarden huisartsen geen gevoel van hiërarchie in de relatie met andere zorgverleners (e.g. verpleegkundigen, apothekers, en kinesitherapeuten). Een belangrijke reden hiervoor was de waardering voor de medische kennis van deze zorgverleners. Andere visies op palliatieve zorg (i.e. verpleegkundigen die curatief bleven handelen) konden echter de eensgezindheid in de aanpak belemmeren, hetgeen als negatief werd ervaren gezien de mogelijke impact op de patiënt (12). Deze therapeutische hardnekkigheid werd ook ervaren bij specialisten, hoewel dat sommigen zoals oncologen al meer een 'palliatieve ingesteldheid' hadden dan anderen. MOC boden wel een moment om de belangen en wensen van de patiënt te verdedigen tegen deze therapeutische hardnekkigheid maar er waren verschillende belemmeringen hiervoor. Zoals de beperkte kennis over technisch oncologische begrippen en behandelingen, de eerder genoemde tijdsdruk waarbij MOC dan ook nog op slechte tijdstippen gepland staan, en het gevoel van niet gehoord te worden omdat MOC te kort waren en er te weinig werd stilgestaan bij de kant van de huisartsen.

4.3 VOORSTELLEN TER VERBETERING

Verschillende artsen gaven aan om in te zetten op digitale verbeteringen. Voorbeelden waren het implementeren van een digitaal palliatief thuisdossier (i.e. IRIS-platform©), vroegtijdige zorgplanning te incorporeren in het EMD of de SumEHR, en betere integratie van de EMD van de verschillende zorgverleners (e.g. medicatieschema's van de huisartsen toegankelijk maken voor aanpassingen door apothekers of specialisten) (7, 22, 23). Bijkomend zou vlotte (elektronische) beschikbaarheid van contactgegevens van de diverse zorgverleners een verbetering kunnen zijn (12) . Het zou ook nuttig kunnen zijn om te weten wat hun communicatiemethode van voorkeur is (e.g. telefonisch of via mail).

Verder werd er ook de nadruk gelegd op zelf meer initiatief te nemen in de communicatie en meer deel te nemen aan geplande overlegmomenten, eventueel door middel van videogesprekken. Een multidisciplinair overleg bij opstart van de palliatieve zorg maar ook ná het beëindigen ervan zou een sterke meerwaarde kunnen zijn. Een ander voorbeeld was om 1 keer per jaar een overleg op lokaal niveau te organiseren met andere huisartsen en apothekers. Echter gaf 1 arts aan dit al geprobeerd te hebben maar dat niet elke arts dezelfde problemen ervaarden en het dus geen voordeel opleverde voor iedereen. Het was wel een goed moment om elkaar beter te leren kennen. Contacten buiten de werksfeer waren voor anderen ook een verbetering (e.g. een receptie organiseren).

Er werd ook voorgesteld om eens mee te lopen met verpleegkundigen tijdens hun dienst om zo hun capaciteiten beter te kunnen inschatten. Eén arts gaf aan om eventueel praktijkverpleegkundigen in te zetten voor palliatieve patiënten, die weliswaar nog niet terminaal waren, op te volgen 1 keer per week om zo de tijdsdruk van de huisartsen te verminderen.

4.4 GEBRUIK VAN DE PICT

4.4.1 THERAPEUTISCHE ACTIES NA TOEPASSEN VAN DE PICT

Alle deelnemers gaven aan dat de resultaten van de PICT een aanzet konden zijn voor therapeutische acties. Een voorbeeld hiervan was het opstarten van een dialoog met de patiënt over hun verwachtingen en eventuele zorgplanning. Al wilde men niet de patiënt affronteren of hun hoop ontnemen. Een ander voorbeeld was dat de resultaten konden leiden tot het sneller aanvragen van het (voorlopig enige) palliatief statuut.

Met uitzondering van 1 arts, gaven alle andere artsen aan dat de resultaten van de PICT een aanzet konden zijn voor andere zorgverleners in te schakelen (e.g. thuisverpleging, RVT verpleging, en kinesisten). Het zou ook een argument kunnen zijn om curatieve zorg af te bouwen (e.g. minder consultaties bij de specialisten of minder hoogtechnologische onderzoek).

4.4.2 HOSPITALISATIEBRIEF ALS TRIGGER VOOR TOEPASSEN VAN DE PICT

Het ontvangen van een hospitalisatiebrief was een geschikte trigger om de PICT toe te passen.
Mogelijke andere triggers werden ook benoemd: acute achteruitgang van de patiënt, op aangeven van de patiënt of diens familie, en het systematisch toepassen op een gepland overleg met de verpleging erbij of bij patiënten van een bepaalde leeftijd. Deze laatste trigger zou dan kunnen gebruikt worden voor een praktijkverbeterend project. Eén arts gaf echter wel aan dat leeftijd op zich minder geschikt was omwille van de variabiliteit van de patiënten. Dit zou men echter wel verder kunnen specifiëren door leeftijd te combineren met bepaalde comorbiditeiten.

4.5 BEPERKINGEN VAN DE STUDIE

Een zwakte van de studie was het beperkt aantal deelnemers. Er werd gestreefd naar 10 deelnemers maar het rekruteren van deze laatste 2 verliep uiterst moeizaam. Mogelijks was de manier van rekrutering hier een verklaring voor gezien het initieel de bedoeling was om het onderzoek voor te stellen op een LOK bijeenkomst en men ten gevolge van COVID-19 enkel telefonisch heeft kunnen rekruteren. Uiteindelijk verkreeg men wel ruim 10 uur aan audio- en beeldopnames gezien de individuele interviews toelieten om bijkomende vragen te stellen.
Gezien de aard van het onderzoek en de aanwezigheid van slechts 1 onderzoeker, kon dit wel leiden tot ‘interviewer bias’ en tot ‘question bias’. Idealiter zouden er nog andere onafhankelijke onderzoekers geweest zijn om de transcripten door te nemen en te coderen. Om ‘question bias’ te voorkomen, trachten men de vragen zo open mogelijk te stellen waarbij wel verduidelijkende vragen gesteld werden om een concreter antwoord te bekomen. Deelnemers kregen bovendien ook de kans om hun interview te herbekijken en zo nodig nog aanpassingen te doen via een ‘member check’. Uiteindelijk deed slechts 1 deelnemer hier beroep op door nog iets aan te vullen.
Tot slot is ‘selection bias’ eigen aan een kwalitatief onderzoek zoals dit. Idealiter zou men meer deelnemers hebben gerekruteerd uit verschillende huisartsenpraktijken verspreid over gans Vlaanderen. Eventueel dat dit iets voor toekomstig onderzoek zou kunnen zijn.

CONCLUSIE

Dit onderzoek leerde ons dat Vlaamse huisartsen vooral beroep deden op verpleegkundigen en artsen in de zorg voor palliatieve patiënten. Dit waren dan vooral thuisverpleegkundigen, RVT verpleegkundigen, ISPAHAN verpleegkundigen, collega huisartsen in de praktijk, en specialisten. Communicatie verliep vooral telefonisch en schriftelijk. Inhoudelijk werden er afspraken gemaakt omtrent de zorg, eventuele problemen van de patiënt besproken, en om advies gevraagd.

In de communicatie en samenwerking met deze zorgverleners waren er bepaalde barrières. Enerzijds had je structurele factoren zoals tijdsdruk in combinatie met het grote aantal zorgverleners in de omgeving, gebrek aan beschikbaarheid, en gebrek aan bereikbaarheid. Anderzijds had je ook relationele barrières zoals een gebrek aan goede rolverdeling en therapeutische hardnekkigheid.

Om deze barrières te verbeteren, werden er verschillende verbeteringen voorgesteld namelijk het implementeren van een digitaal palliatief thuisdossier, vroegtijdige zorgplanning incorporeren in het EMD of de SumEHR, betere integratie van het EMD van de verschillende zorgverleners, en vlotte beschikbaarheid van contactgegevens. Er diende meer initiatief genomen te worden om te communiceren en om geplande overlegmomenten te organiseren.

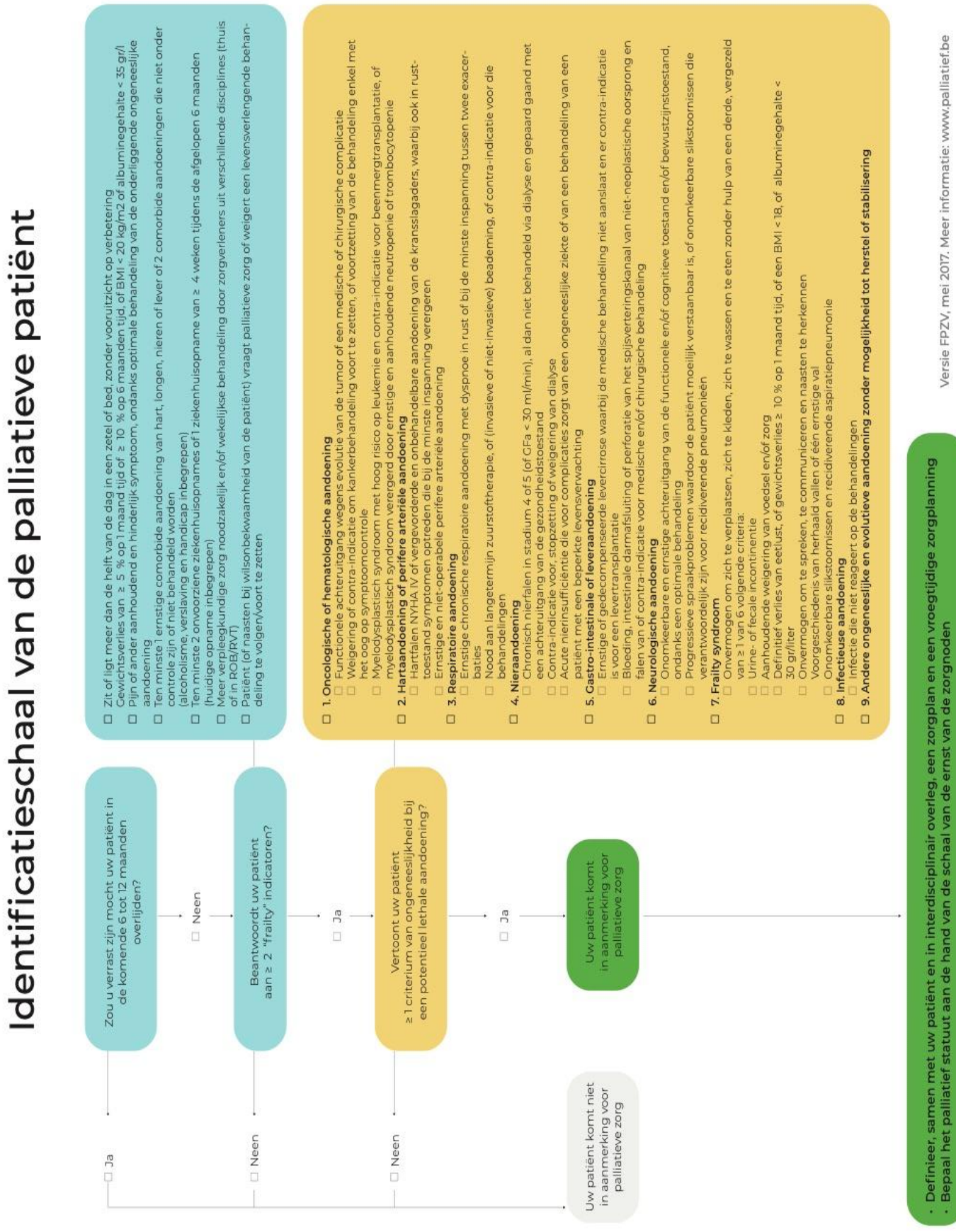
De PICT kon hierbij een duwtje in de rug zijn gezien deelnemers aangaven dat ze therapeutische stappen zouden ondernemen na het afnemen ervan en mogelijks ook andere zorgverleners er zouden bij betrekken. Het ontvangen van een hospitalisatiebrief was dan weer een goede trigger om de PICT af te nemen en zo de bal aan het te doen rollen krijgen.
Op het moment dat deze studie plaatsvond, was enkel het eerste deel van de PICT (i.e. identificatieschaal van de palliatieve patiënt) opgenomen in een Koninklijk Besluit en kon dit al gebruikt worden voor de aanvraag van het huidige palliatieve statuut. Het tweede deel van de PICT (i.e. schaal met betrekking tot de zorgnoden van de patiënt) met de 3 getrapte palliatieve statuten diende echter nog door de overheden van ons land vertaald te worden in eventuele voorzieningen en tegemoetkomingen. Mocht dit in de toekomst gebeuren, zou dit het gebruik van de PICT stimuleren.

LITERATUURLIJST

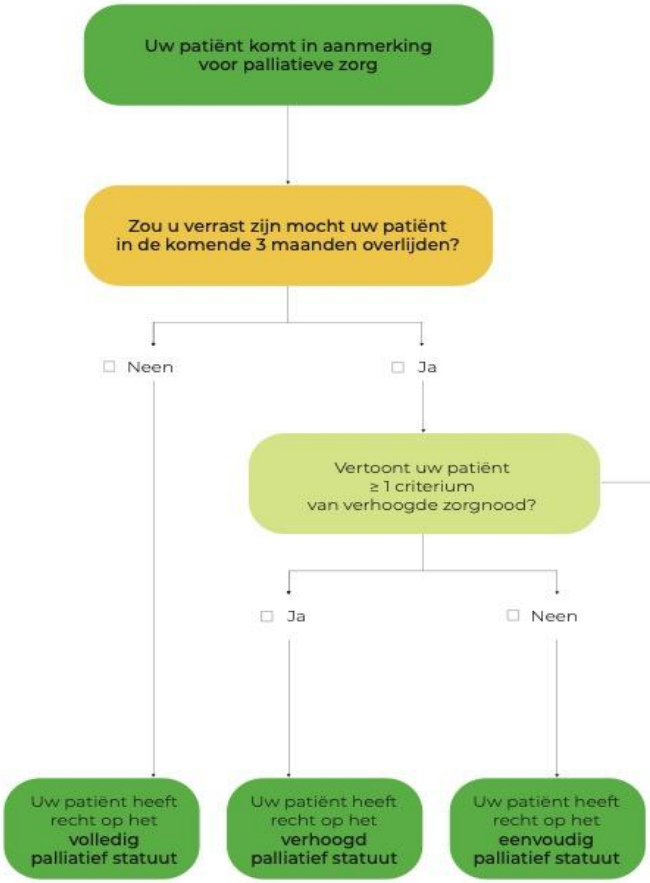
1. Flierman I, Nugteren IC, van Seben R, Buurman BM, Willems DL. How do hospital-based nurses and physicians identify the palliative phase in their patients and what difficulties exist? A qualitative interview study. BMC Palliat Care. 2019;18(1):54.
2. Mertens F, De Gendt A, Deveugele M, Van Hecke A, Pype P. Interprofessional collaboration within fluid teams: Community nurses' experiences with palliative home care. J Clin Nurs. 2019;28(19-20):3680-90.
3. Gidwani R, Nevedal A, Patel M, Blayney DW, Timko C, Ramchandran K, et al. The Appropriate Provision of Primary versus Specialist Palliative Care to Cancer Patients: Oncologists' Perspectives. J Palliat Med. 2017;20(4):395-403.
4. Wilson E, Seymour J. The importance of interdisciplinary communication in the process of anticipatory prescribing. Int J Palliat Nurs. 2017;23(3):129-35.
5. Kobayashi R, McAllister CA. Hospice Core Professions' Views on Interdisciplinary Teams: A Qualitative Investigation. J Soc Work End Life Palliat Care. 2016;12(3):214-30.
6. Pype P, Symons L, Wens J, Van den Eynden B, Stess A, Cherry G, et al. Healthcare professionals' perceptions toward interprofessional collaboration in palliative home care: a view from Belgium. J Interprof Care. 2013;27(4):313-9.
7. Veerhoek O, Plat E, Remmen R, Wens J, Seuntjens R, Giesen P, et al. Continuïteit van informatieoverdracht over palliatieve patiënten op de huisartsenwachtposten in Vlaanderen. Tijdschrift voor geneeskunde. 2019;75(13):829–38.
8. Ml Verschuur E, M MG, van der Sande R. Nurses' perceptions of proactive palliative care: a Dutch focus group study. Int J Palliat Nurs. 2014;20(5):241-5.
9. Canzona MR, Love D, Barrett R, Henley J, Bridges S, Koontz A, et al. "Operating in the dark": Nurses' attempts to help patients and families manage the transition from oncology to comfort care. J Clin Nurs. 2018;27(21-22):4158-67.
10. Laurent A, Bonnet M, Capellier G, Aslanian P, Hebert P. Emotional Impact of End-of-Life Decisions on Professional Relationships in the ICU: An Obstacle to Collegiality? Crit Care Med. 2017;45(12):2023-30.
11. Broom A, Kirby E, Good P, Wootton J, Yates P, Hardy J. Negotiating futility, managing emotions: nursing the transition to palliative care. Qual Health Res. 2015;25(3):299-309.
12. Neergaard MA, Olesen F, Jensen AB, Sondergaard J. Shared care in basic level palliative home care: organizational and interpersonal challenges. J Palliat Med. 2010;13(9):1071-7.
13. Reimer-Kirkham S, Sawatzky R, Roberts D, Cochrane M, Stajduhar K. 'Close to' a palliative approach: nurses' and care aides' descriptions of caring for people with advancing chronic life-limiting conditions. J Clin Nurs. 2016;25(15-16):2189-99.
14. Firn J, Preston N, Walshe C. Ward social workers' views of what facilitates or hinders collaboration with specialist palliative care team social workers: A grounded theory. BMC Palliat Care. 2017;17(1):7.
15. Faull C, Windridge K, Ockleford E, Hudson M. Anticipatory prescribing in terminal care at home: what challenges do community health professionals encounter? BMJ Support Palliat Care. 2013;3(1):91-7.
16. Ho A, Jameson K, Pavlish C. An exploratory study of interprofessional collaboration in end-of-life decision-making beyond palliative care settings. J Interprof Care. 2016;30(6):795-803.
17. Wallerstedt B, Benzein E, Schildmeijer K, Sandgren A. What is palliative care? Perceptions of healthcare professionals. Scand J Caring Sci. 2019;33(1):77-84.
18. Iwamitsu Y, Oba A, Hirai K, Asai M, Murakami N, Matsubara M, et al. Troubles and hardships faced by psychologists in cancer care. Jpn J Clin Oncol. 2013;43(3):286-93.

19. Oosterink JJ, Oosterveld-Vlug MG, Glaudemans JJ, Pasman HR, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Interprofessional communication between oncologic specialists and general practitioners on end-of-life issues needs improvement. Fam Pract. 2016;33(6):727-32.
20. Tartaglione EV, Vig EK, Reinke LF. Bridging the Cultural Divide Between Oncology and Palliative Care Subspecialties: Clinicians' Perceptions on Team Integration. Am J Hosp Palliat Care. 2018;35(7):978-84.
21. To THM, Tait P, Morgan DD, Tieman JJ, Crawford G, Michelmore A, et al. Case conferencing for palliative care patients - a survey of South Australian general practitioners. Aust J Prim Health. 2017;23(5):458-63.
22. Schweitzer B, Blankenstein N, Deliens L, van der Horst H. Out-of-hours palliative care provided by GP co-operatives in the Netherlands: a focus group study. Eur J Gen Pract. 2011;17(3):160-6.
23. De Bock GH, Van Kampen IM, Van der Goot JH, Hamstra M, Dekker JH, Schuit KW, et al. Transfer of information on palliative home care during the out-of-hours period. Fam Pract. 2011;28(3):280-6.
24. Koper I, Pasman HRW, Onwuteaka-Philipsen BD. Experiences of Dutch general practitioners and district nurses with involving care services and facilities in palliative care: a mixed methods study. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):841.

BIJLAGE 1 – PALLIATIVE CARE INDICATOR TOOL (PICT)



Schaal m.b.t. de ernst van de zorgnoden



SPECIFIEKE KLINISCHE EVOLUTIE

- ☐ Ongeneeslijke aandoening met wisselend en onvoorspelbaar verloop die aanleiding kan geven tot plots overlijden
- ☐ Risico op epileptische aanval (recent verschillende epileptische aanvallen of gevoel van malaise, of refractaire epilepsie wegens combinatie van 2 anti-epileptica)
- ☐ Risico op fracturen (recent meerdere valpartijen of gecompliceerde breuk, of letsel met een aanzienlijk risico op een breuk of een neurologische compressie)
- ☐ Risico op bloedingen (recente bloeding waarvan de oorzaak niet weggenomen kon worden, of oesophagitis graad II of III, of aneurysma met risico op bloeding, of bloedende wonde, of trombocytopenie, of ernstige en aanhoudende stollingsstoornis)
- ☐ Risico op infectie (recent meerdere infectiebehandelingen in het ziekenhuis of ernstige en aanhoudende neutropenie)
- ☐ Respiratoir risico (recent acute respiratoire decompensatie, of meerdere respiratoire paniekaanvallen, of verslikproblemen)

FYSIEKE EN THERAPEUTISCHE NODEN

- ☐ Pijn of ander ernstig en aanhoudend symptoom dat hetzij een continue aanpassing van de behandeling vergt, hetzij niet met de conventionele behandelingen verlicht kan worden (refractair symptoom)

BIJZONDERE » BEHANDELINGEN

- ☐ Kunstmatige enterale of parenterale voeding
- ☐ Tracheobronchiale aspiratie meermaals per dag
- ☐ Complexe wond-, drain- of stomazorg
- ☐ Bloedtransfusie ≥ 2 keer per week
- ☐ Continue subcutane of intraveneuze toegangsweg noodzakelijk
- ☐ Peridurale of intrathecale katheter
- ☐ Pleura- of ascitespunctie ≥ 2 keer per week
- ☐ Continue blaasspoeling
- ☐ Continue zuurstoftherapie
- ☐ Beademing (invasief of niet-invasief)
- ☐ Risicovolle dialyse (leeftijd ≥ 80 jaar, of cardiovasculaire comorbiditeit, of functionele en/of cognitieve achteruitgang, of ondervoeding)
  of dialyse waarvan de duur en het tempo van de sessies beperkt worden wegens een slechte tolerantie of wegens een achteruitgang van de gezondheidstoestand

PSYCHOLOGISCHE EN SOCIALE NODEN

- ☐ Angst, depressie, ontregeld sociaal gedrag of existentiële ontreddering, samenhangend met de evolutie van de ziekte, ernstig en aanhoudend van aard en een voortdurende opvolging vergend van de patiënt of van een naaste (1ste graad of onder hetzelfde dak wonend) door een zorgverlener
- ☐ Coëxistentie van een psychiatrische pathologie (alcoholisme en verslaving inbegrepen)
- ☐ Coëxistentie van een ernstige mentale, auditieve, visuele of motorische handicap (aangeboren of later opgelopen)
- ☐ Gedragsstoornissen (zich verzetten, agitatie, agressiviteit, dwalen, enz.) die samenhangen met de evolutie van de ziekte, ernstig en aanhoudend van aard en resistent tegen medicatie, bij een patiënt die niet in een RVT/ROB verblijft
- ☐ Onvermogen om zich te verplaatsen of te eten zonder hulp van naasten, of urine- of fecale incontinentie, bij een patiënt die niet in een RVT/ROB verblijft
- ☐ Sociaal isolement of gebrek aan steun of onvoldoende steun van naasten, bij een patiënt die niet in een RVT/ROB verblijft

Versie FPZV, mei 2017. Meer informatie: www.palliatief.be

BIJLAGE 2 – INTERVIEWVRAGEN

TOPIC 1 – OPLEIDING ARTS & SAMENSTELLING PRAKTIJK (INLEIDING)

- Heeft u ooit opleiding gekregen over palliatieve zorg?
- U werkt in een (type praktijk – *Zie 'Formulier voor gegevens van de deelnemer'*). Werkt u met andere zorgverleners samen in deze praktijk (dokters – verpleegkundigen – psychologen – diëtisten – …)?

TOPIC 2 – COMMUNICATIE & SAMENWERKING ANDERE ZORGVERLENERS

- Hoe ervaart u communicatie met andere zorgverleners in het algemeen?
- Hoe ervaart u communicatie over palliatieve patiënten met andere zorgverleners?
- Met welke zorgverleners communiceert u of werkt u samen in de behandeling van een palliatieve patiënt?

VERPLEEGKUNDIGEN

- Welke soorten verpleegkundigen zijn dit (thuiszorg – palliatieve zorg – ziekenhuis – RVT)?
- Waarom heeft u contact opgenomen met hen?
- Op welke manier wordt er gecommuniceerd (MOC – telefonisch – videocall – elektronisch/papieren dossier – brieven/nota's)?
- Zijn er zaken die de communicatie of samenwerking met hen belemmeren? Relationele zaken? Structurele zaken?
- Zijn er zaken die de communicatie of samenwerking met hen bevorderen? Relationele zaken? Structurele zaken?
- Op welke manieren zou de communicatie of samenwerking met hen kunnen verbeteren?

ARTSEN

- Welke soorten artsen zijn dit (andere huisartsen – specialisten/chirurgen)?
- Waarom heeft u contact opgenomen met hen?
- Op welke manier wordt er gecommuniceerd (MOC – telefonisch – videocall – elektronisch/papieren dossier – brieven/nota's)?
- Zijn er zaken die de communicatie of samenwerking met hen belemmeren? Relationele zaken? Structurele zaken?
- Zijn er zaken die de communicatie of samenwerking met hen bevorderen? Relationele zaken? Structurele zaken?
- Op welke manieren zou de communicatie of samenwerking met kunnen verbeteren?

ANDERE ZORGVERLENERS

- Welke soorten zorgverleners zijn dit (zorgkundigen – psychologen – kinesisten – ergotherapeuten – logopedisten – diëtisten – apothekers – maatschappelijk werkers of sociaal assistenten – …)?
- Waarom heeft u al dan niet contact opgenomen met hen?
- Op welke manier wordt er gecommuniceerd (MOC – telefonisch – videocall – elektronisch/papieren dossier – brieven/nota's)?
- Zijn er zaken die de communicatie of samenwerking met hen belemmeren? Relationele zaken? Structurele zaken?
- Zijn er zaken die de communicatie of samenwerking met hen bevorderen? Relationele zaken? Structurele zaken?
- Op welke manieren zou de communicatie of samenwerking met kunnen verbeteren?

TOPIC 3 – PICT

- Ik heb u voor dit interview gevraagd om de PICT toe te passen op een patiënt, heeft u ooit een dergelijke tool gebruikt om een palliatieve patiënt te identificeren?
- Kende u de PICT al voor deze studie? Zo ja, via welke weg (tijdschriften – bijscholingen – andere zorgverleners)?
- Hoe ervaarde u het gebruik van de PICT?
- Zou het toepassen van de PICT u kunnen aanzetten tot het nemen van therapeutische acties? Zo ja, wat zou dit kunnen inhouden volgens u? Zo nee, wat is hiervoor de reden?
    - Zou u hierbij andere zorgverleners betrekken? Zo ja, wie en op welke manier (mondeling – brieven)? Zo nee, wat is hiervoor de reden?
- Ik heb u voor dit interview gevraagd om de PICT toe te passen op een patiënt na het ontvangen van een hospitalisatiebrief. Was dit voor u een geschikt moment en waarom?
    - Zijn er voor u nog andere geschikte momenten om de PICT toe te passen?

AFSLUITING

- Zou u nog iets willen vermelden of toevoegen?
- Zou u nog iets willen vragen?
- Hoe heeft u het interview en deelname aan de studie ervaren?

INFORMATIEBRIEF VOOR DE DEELNEMERS

Titel studie: 'Interprofessionele communicatie over de palliatieve patiënt vanuit het standpunt van de huisarts'.

Geachte dokter,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

Met dit onderzoek worden de ervaringen en standpunten van de huisarts geëxploreerd over communicatie tussen zorgverleners over patiënten met palliatieve zorgnoden. Via dit onderzoek wordt tevens getracht om de knelpunten te achterhalen en hoe deze eventueel verbeterd kunnen worden.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deel te nemen aan dit onderzoek. Allereerst zal u gevraagd worden om de Palliative Care Indicator Tool of PICT (i.e. een identificatietool voor palliatieve patiënten) toe te passen op 3 patiënten waarvan u recent een ontslagbrief heeft ontvangen. Dit zou ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag nemen. De PICT zal u vooraf opgestuurd worden via e-mail, met uw toestemming. Nadien vragen wij u ook om deel te nemen aan een interview, dat ongeveer een uur van uw tijd in beslag zou nemen en zal opgenomen worden aan de hand van een voicerecoder.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen met als referentienummer 19/50/609. De studie wordt 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 van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Johan Wens (promotor) en Dr. Giannoula Tsakitzidis (co-promotor).

TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om deel te nemen aan het onderzoek of zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.

VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de begeleiding en behandeling van palliatieve patiënten.

KOSTEN

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

VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) or (f)en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier). In het geval van pseudonimisering zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende arts, de promotor en co-promotor. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. De audio-opnames zullen onmiddellijk verwijderd worden nadat deze zijn neergeschreven. Alle gegevens zullen bewaard worden door de hoofdonderzoeker, Dr. Anouk Govarts. Na het beëindigen van de studie in april 2021 zullen deze gegevens overgedragen worden aan het archief van de Universiteit Antwerpen dewelke deze tot 20 jaar na het beëindigen van de studie zullen bewaren. Uw gegevens zullen enkel en alleen gebruikt worden voor deze studie.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, het Ethisch Comité en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw dossier om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

VERZEKERING

De opdrachtgever (i.e. Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Antwerpen) voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004.

CONTACTGEGEVENS ONDERZOEKER

Indien u de onderzoeker of haar team wenst te contacteren, kan dit via onderstaande contactgegevens:

Dr. Anouk Govarts
Telefoonnummer: +32 (0)472 74 77 56
E-mailadres: anouk.govarts@student.uantwerpen.be

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Gelieve aan te kruisen indien akkoord

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 2 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.	☐
Ik stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.	☐
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben over het verder contact met de onderzoeker en haar team.	☐
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZA en de Universiteit Antwerpen en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.	☐
Men heeft mij ingelicht dat mijn persoonlijke gegevens gepseudonimiseerd worden verwerkt en bewaard. Tevens ben ik ook ingelicht dat mijn gegevens na afloop van de studie zullen bewaard worden in het archief van de Universiteit Antwerpen gedurende 20 jaar en op alle andere apparaten vernietigd zullen worden. Ik ben ingelicht dat mijn gegevens enkel zullen gebruikt worden in kader van deze studie. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.	☐
Ik stem ermee in dat mijn e-mailadres gebruikt wordt voor het versturen van de Palliative Care Indicator Tool (PICT) en bijkomende uitleg voor het gebruik van deze tool.	☐

Naam en voornaam van de deelnemer	*Handtekening*	*Datum*
		……. / ……. / 2021
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker	*Handtekening*	*Datum*
Dr. Govarts Anouk		……. / ……. / 2021

Twee kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard tot en met 30 september 2021, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	☐
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om deze te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	☐

GEGEVENS DEELNEMER

Titel studie: 'Interprofessionele communicatie over de palliatieve patiënt vanuit het standpunt van de huisarts'.

Geachte dokter,

Gelieve onderstaande gegevens in te vullen (IN DRUKLETTERS A.U.B.).

Naam .....

Voornaam .....

Geslacht M ☐ / V ☐ / X ☐

Geboortedatum ..... / ..... / .....

(Praktijk)adres .....

Telefoonnummer .....

E-mailadres .....

Jaren ervaring als huisarts .....

Ervaring met palliatieve patiënten
- ☐ ja
  - ☐ werkzaam (geweest) als equipe-arts bij een palliatieve zorgequipe
  - ☐ werkzaam (geweest) als LEIF-arts
- ☐ nee

Type praktijk
- ☐ solopraktijk
- ☐ groepspraktijk
- ☐ huisartsensamenwerkingsverband (of netwerkpraktijk)
- ☐ eerstelijnsgezondheidscentrum
  - ☐ multidisciplinaire groepspraktijk (type A)
  - ☐ wijkgezondheidscentrum (type B)
- ☐ multidisciplinair samenwerkingsverband (min. 1 huisartsenpraktijk en praktijken met gezondheidswerkers van minstens 3 verschillende disciplines)

BIJLAGE 5 – LABELS

Tabel 2 –Samenwerking & communicatie met verpleegkundigen (thema's en labels)

Algemene thema's:

- Vroegtijdige palliatieve zorg
- Betekenis palliatieve zorg voor patiënt
- Betrekken andere zorgverleners

Soorten betrokken zorgverleners:

- Thuisverpleegkundigen
- ISPAHAN verpleegkundigen
- Palliatieve thuisverpleegkundigen
- RVT verpleegkundigen
- Ziekenhuisverpleegkundigen
- Sociaal verpleegkundigen
- Specialisten
- Huisartsen-van-wacht

Reden voor geen of wel contact:

- Afspraken zorg/behandeling (+)
- Medische problematiek patiënt (+)
- Opstart palliatieve zorg (+)
- Elkaar mentaal ondersteunen (+)
- Overname rol door anderen (-)

Communicatiemethoden:

- Telefoon
- Communicatieschrift
- Mail
- App (sms bericht of Siilo®)
- Gepland overleg
- Ongepland overleg

Bevorderende of belemmerende factoren:

- Initiatief nemen (+)
- Tijdsdruk (-)
- Grote aantal (para)medici (-)
- Bereikbaarheid (+/-)
- Beschikbaarheid (+/-)
- Centraal aanspreekpunt (+/-)
- Eerdere samenwerkingen (+/-)
- Hiërarchische relatie (+/-)
- Ervaring/medische kennis (+/-)
- Contact buiten werksfeer (+/-)

Verbeteringen:

- Digitaal thuisdossier (IRIS platform)
- Integratie in EMD
- Vlotte beschikbaarheid contactgegevens
- Meer gepland overleg (in het begin en nadien)
- Videogesprekken voor gepland overleg
- Meer contact buiten werksfeer
- Leren van andere zorgverleners
- Inzetten praktijkverpleegkundigen

Tabel 3 – Samenwerking & communicatie met andere artsen (thema's en labels)

Algemene thema's:

- Vroegtijdige palliatieve zorg
- Betekenis palliatieve zorg voor patiënt

Soorten betrokken zorgverleners:

- Collega huisartsen
- Specialisten
- LEIF artsen
- ISPAHAN equipe-artsen
- ISPAHAN verpleegkundigen
- Huisartsen-van-wacht

Reden voor geen of wel contact:

- Afbouw curatieve zorg (+)
- Opstart palliatieve zorg (+)
- Medische problematiek patiënt (+)
- Afspraken zorg/behandeling (+)
- Elkaar mentaal ondersteunen (+)
- Specialisten niet willen storen (-)

Communicatiemethoden:

- Telefoon
- Communicatieschrift
- Brieven (elektronisch/papier)
- Mail
- Videogesprekken
- MOC
- App (sms bericht)
- Communicatie via tussenpersoon
- Gepland overleg
- Ongepland overleg

Bevorderende of belemmerende factoren:

- Contact buiten werksfeer (+)
- Tijdsdruk (-)
- Grote aantal (para)medici (-)
- Therapeutische hardnekkigheid (-)
- Beschikbaarheid (+/-)
- Bereikbaarheid (+/-)
- Ervaring/medische kennis (+/-)
- Eerdere samenwerkingen (+/-)
- Technologische evolutie communicatiemethode (+/-)

Verbeteringen:

- Meer initiatief nemen
- Communicatie voor MOC met specialist
- Afspraken zorg vroegtijdig maken en communiceren
- Afspraken zorg thuis beschikbaar bij patiënt
- Afspraken zorg in SumEHR
- Integratie in EMD
- Meer contact buiten werksfeer
- Gewenste communicatiemethode van specialisten

Tabel 4 – Samenwerking & communicatie met diverse zorgprofessionals (thema's en labels)

Soorten betrokken zorgverleners:

- Apothekers
- Kinesitherapeuten
- Ergotherapeuten
- Logopedisten
- Diëtisten
- Psychologen
- Zorgkundigen
- Thuisverpleegkundigen
- RVT verpleegkundigen
- Diabetesverpleegkundigen
- Borstverpleegkundigen
- ISPAHAN verpleegkundigen
- ISPAHAN vrijwilligers
- Maatschappelijk assistenten
- Sociaal verpleegkundigen
- Medische pedicure
- Priesters
- Mantelzorgers
- Poetshulp

Reden voor geen of wel contact:

- Medicatie-gerelateerde problemen (+)
- Afspraken zorg/behandeling (+)
- Medische problematiek patiënt (+)
- Overname rol door anderen (-)
- Contact niet nodig voor patiënt/arts (-)
- Afbouw curatieve zorg (-)
- Beschikbaarheid (-)
- Kost paramedici (-)
- Ervaring/medische kennis (+/-)

Communicatiemethoden:

- Telefoon
- Brief (elektronisch/papier)
- Communicatieschrift
- Mail
- Videogesprekken
- Gepland overleg
- Ongepland overleg

Bevorderende of belemmerende factoren:

- Eerdere samenwerkingen (+)
- Onwetendheid takenpakket paramedici (-)
- Grote aantal (para)medici (-)
- Bereikbaarheid (-)
- Initiatief nemen (+/-)
- Hiërarchische relatie (+/-)
- Beroepsgeheim (+/-)

Verbeteringen:

- Integratie in EMD
- Meer gepland overleg
- Meer contact buiten werksfeer

Tabel 5 – Gebruik van de PICT na ontvangst hospitalisatiebrief (thema's en labels)

Algemene thema's:

- Bijscholing in palliatieve zorg
- Vroegtijdige palliatieve zorg
- Buikgevoel
- 'Surprise question'

Identificatietools:

- Identificatietool palliatieve patiënt
- Voorkennis PICT
- Toepassing PICT in RVT
- Medische tijdschriften

Soorten betrokken zorgverleners:

- Collega huisartsen
- Specialisten
- Thuisverpleegkundigen
- RVT verpleegkundigen
- ISPAHAN
- Kinesitherapeuten

Communicatiemethoden:

- Telefoon
- EMD
- Mail
- Brief (elektronisch/papier)
- Gepland overleg
- Ongepland overleg

Bedenkingen bij PICT:

- Uitgebreidheid PICT
- Toekomstig gebruik PICT

Therapeutische acties:

- Opstart palliatieve zorg
- Afbouw curatieve zorg
- Aanvraag palliatieve statuten
- Betrekken andere zorgverleners
- Arts-patiënt communicatie over palliatieve zorg
- Betekenis palliatieve zorg voor patiënt

Hospitalisatiebrief als trigger:

- Hospitalisatiebrief
- Leeftijd patiënt
- Acute achteruitgang patiënt
- Aangeven van patiënt
- Aanmelding patiënt door familie
- Vast tijdstip
- Praktijkverbeterend project

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

ETHISCH COMITE

Prof. dr. J. Wens

UA
Huisartsgeneeskunde

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Peter Michielsen

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Interprofessionele communicatie over de palliatieve patiënt vanuit het standpunt van de huisarts (Manama HA geneeskunde Anouk Govarts)

datum	ons kenmerk	contactpersoon
6/01/2020	19/50/609	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 6/01/2020.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Govarts
- Informatie- en toestemmingsformulier NL
  Versie 4 dd 1/12/2019
- Protocol
  Versie 4 dd 1/12/2019
- Diverse
  Gegevens deelnemer Versie 3 dd 29/11/2019

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 19/50/609

datum	ons kenmerk	contactpersoon
6/01/2020	19/50/609	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.
Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.
Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Michielsen
Voorzitter Ethisch Comité

CC: Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. A. Govarts, NVT, Goede Weide 14 - 3270 Scherpenheuvel

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 3 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 19/50/609

datum
06/01/2020

ons kenmerk
19/50/609

contactpersoon
Secretariaat Ethisch Comité
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 6/01/2020
Deze studie werd besproken op vergadering van 6/01/2020.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
MICHIELSEN Peter	Voorzitter/Gastro-enteroloog	M	+
Ondervoorzitter			
CRAS Patrick	Ondervoorzitter/Neuroloog	M	+
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	-
Leden EC UZA			
BASTIAENS Valerie	Apotheker	V	-
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	-
DE BAETSELIER Elyne	Verpleegkundige	V	+
HENS Kristien	Ethicus	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
PAELINCK Bernard	Cardiochirurg	M	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VAN DYCK Pieter	Radioloog	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	+
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
BORTIER Hilde	Arts, emerita hoogleraar UA	V	+
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	-
GRANAAS Kristina	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	-
Uitgenodigde Experten			
AERTSEN Veerle	Patiëntenvertegenwoordiger	V	-
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	-
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	-
MOONS Pieter	Coördinator bio- en weefselbank	M	+

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in
the deliberations for this trial.
The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and
their own written operating procedures.

ABSTRACT

Achtergrond – Eind 2018 werd er een Koninklijk Besluit gepubliceerd voor de identificatie van palliatieve patiënten. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van het eerste deel van de Palliatieve Zorg Indicator Tool (PICT). Het eerste deel van de PICT laat toe om patiënten tijdig te herkennen en het tweede deel maakt een inschatting van hun zorgnoden.
Een goede interprofessionele communicatie speelt bij het invullen van deze zorgnoden mogelijks een rol. Echter focust de bestaande literatuur zich voornamelijk op communicatie tussen zorgverleners en patiënten; wat betreft communicatie tussen zorgverleners onderling is deze veel beperkter. Wegens dit gebrek heeft men huidig onvoldoende zicht op hoe zorgverleners interprofessionele communicatie ervaren. Vervolgens is het dus ook onduidelijk waar dat er mogelijks heikele punten zijn, en hoe men deze kan aanpakken. De PICT zou mogelijks van belang kunnen zijn om de communicatie tussen zorgverleners te verbeteren of te ondersteunen.

Doel & onderzoeksvragen – Het doel van deze studie is om inzicht te verwerven in de communicatie tussen verschillende soorten zorgverleners over een palliatieve patiënt vanuit het standpunt van de huisarts. Hierbij wil men achterhalen met wie de huisarts communiceert of omgekeerd, wat er juist wordt gecommuniceerd, op welke manier er wordt gecommuniceerd, en hoe dit alles ervaren wordt door de huisarts. Verder wil men ook specifiek nagaan of identificatie instrumenten voor palliatieve patiënten zoals de PICT een rol kunnen spelen in deze communicatie volgens de huisartsen, bijvoorbeeld als trigger om de communicatie op te starten.

Methoden – De deelnemersgroep zal bestaan uit huisartsen met een werkervaring van minstens 5 jaar, en dewelke reeds ervaring hebben met de begeleiding van palliatieve patiënten. Huisartsen die werkzaam zijn als equipe-artsen bij palliatieve thuiszorgequipes worden geëxcludeerd. Rekrutering van deelnemers vindt plaats in de eigen opleidingspraktijk en in lokale kwaliteitsgroepen (LOK) tijdens een LOK-avond. Hierbij worden er tussen de 10 à 20 deelnemers gezocht.
Na toestemming voor deelname, zal de deelnemer eerst gevraagd worden om de PICT toe te passen op 3 patiënten waarna een semigestructuurd diepte-interview volgt. Er zal gebruik gemaakt worden van ‘thematische analyse’ om thema’s te identificeren, analyseren, en rapporteren van patronen of thema’s binnenin de bekomen gegevens.

ACHTERGROND

In 2002 definieerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), palliatieve zorg als volgt:

> *"Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard."*

Wat in deze definitie duidelijk wordt vermeld, is het belang van vroegtijdige signalering. Zo bleek uit een onderzoek van Beernaert et al. dat patiënten met COPD slechts 10 dagen (mediaan) voor overlijden werden doorverwezen voor palliatieve zorgen (1). Onderzoekers zagen dat palliatieve zorg nog vaak werd geïnterpreteerd als terminale zorg. Barrières die vroegtijdige doorverwijzing mogelijks verhinderden, waren volgens onderzoekers in de eerste plaats een optimistische attitude van zowel de patiënt als de arts, en in de tweede plaats het Belgisch terugbetalingscriterium dat stelt dat een 'palliatieve patiënt' een verwachte levenstermijn heeft van 3 maanden of minder. Dit laatste wordt ook ondersteund door een onderzoek van de Christelijke Mutualiteit uit 2009 waarbij bleek dat bij 20% van de aanvragen voor dit 'palliatief statuut', de patiënt binnen de week overleed (2).

In het kader van de aanpassing van de palliatieve zorg werden in 2018 criteria gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad om een palliatieve patiënt te herkennen (KB van 21 oktober 2018, gepubliceerd op 20 november 2018). Hierbij wordt gebruik gemaakt van het eerste deel van de Palliatieve Zorg Indicator Tool (PICT), een identificatie tool om palliatieve patiënten vroegtijdig te herkennen. Het tweede deel van de PICT werd echter nog niet opgenomen in de wetgeving. Hierbij worden geïdentificeerde palliatieve patiënten gecategoriseerd in 3 groepen naargelang hun zorgnoden:

- volledig palliatief statuut, wat overeenkomt met het huidige palliatief statuut en waarbij het overlijden binnen de 3 maanden verwacht wordt;
- verhoogd palliatief statuut;
- eenvoudig palliatief statuut.

Bij deze laatste twee is de verwachte overlijdenstermijn langer dan 3 maanden en wordt er gekeken naar hoe hoog hun zorgnood is om een onderscheid te maken. Huidig is er voor deze twee statuten nog geen wettelijk of financieel kader.

Een goede interprofessionele communicatie speelt bij het invullen van deze zorgnoden mogelijks een rol. De bestaande literatuur focust zich echter voornamelijk op communicatie tussen zorgverleners en patiënten, wat betreft communicatie tussen zorgverleners onderling is de bestaande literatuur veel beperkter (3). Wegens dit gebrek heeft men huidig onvoldoende zicht op hoe zorgverleners interprofessionele communicatie ervaren. Vervolgens is het dus ook onduidelijk waar dat er mogelijks heikele punten zijn, en hoe men deze kan aanpakken De PICT zou mogelijks van belang kunnen zijn om de communicatie tussen zorgverleners te verbeteren of te ondersteunen.

DOELSTELLING & ONDERZOEKSVRAGEN

Het doel van deze studie is om bij te dragen aan een betere zorg voor palliatieve patiënten. Dit zal men trachten te bekomen door meer inzicht te verwerven in de interprofessionele communicatie over deze specifieke groep patiënten, en dan meer specifiek vanuit het standpunt van de huisarts.

Om dit doel te bereiken, wordt een antwoord gezocht op de volgende vragen:

1. Hoe verloopt de communicatie tussen huisartsen en andere zorgverleners over palliatieve patiënten?
    a. Wie zijn de zorgverleners waarmee de huisartsen communiceren of omgekeerd?
    b. Wat wordt er al dan niet gecommuniceerd?
    c. Welke methoden worden gebruikt om te communiceren?
    d. Hoe ervaren huisartsen deze communicatie (i.e. ervaringen, verwachtingen, belemmeringen, …)?
2. Hoe kunnen identificatie instrumenten (zoals de PICT) een rol spelen in deze communicatie?
    a. Wat is een goede trigger om de PICT toe te passen voor de identificatie van een palliatieve patiënt?
    b. Hoe wordt de PICT en diens uitkomst ervaren als trigger om te communiceren over de zorgnoden van een palliatieve patiënt?

1 DEELNEMERS

1.1 INCLUSIE & EXCLUSIE CRITERIA

Het voornaamste inclusiecriterium is dat deelnemers praktiserende huisartsen zijn. De andere inclusiecriteria zijn als volgt:

- de deelnemer is wilsbekwaam en is in staat om hun geïnformeerde toestemming te geven voor het onderzoek;
- de deelnemer heeft minstens 5 jaar ervaring (met jaren als huisarts-in-opleiding niet mee geteld);
- de deelnemer heeft ervaring met de begeleiding van palliatieve patiënten.

Deelnemers die als equipe-arts werkzaam zijn bij palliatieve thuiszorgequipes worden geëxcludeerd uit de studie.

1.2 STEEKPROEFGROOTTE

Voor dit kwalitatieve onderzoek worden tussen de 10 à 20 deelnemers gezocht die voldoen aan bovenstaand profiel. Er wordt rekening gehouden met het korte tijdsbestek en met de aanwezigheid van slechts één interviewer.

1.3 REKRUTERING

In de eerste plaats wordt er gezocht in de eigen opleidingspraktijk en in de tweede plaats in lokale kwaliteitsgroepen (LOK) tijdens een LOK-avond. Geïnteresseerde huisartsen kunnen dan vragen stellen en zich aanbieden als potentiële deelnemer. De informatiebrief en oproep tot deelname wordt via de LOK-groep verder verspreid.

2 ONDERZOEKSMETHODE

2.1 ONTWERP

Om meer inzicht te verkrijgen in interprofessionele communicatie over palliatieve zorg werd er gekozen voor een kwalitatief onderzoek waarbij er gebruik zal worden gemaakt van semigestructureerde diepte-interviews (topiclijst - zie bijlage 1).

Potentiële deelnemers zullen alvorens het interview plaatsvindt, eerst een presentatie krijgen over het onderzoek en het gebruik van de PICT. Dit zal gebeuren op de LOK-avond ofwel bij telefonische rekrutering nadat zij zijn ingegaan op de oproep tot deelname aan dit onderzoek. Vervolgens zal men de deelnemers vragen om bij drie van hun patiënten de PICT toe te passen nadat ze een ontslagbrief van deze patiënten hebben ontvangen. Tot slot zal het interview plaatsvinden.

2.2 DATAVERZAMELING & ANALYSE

Tijdens het interview zullen er audio-opnames gemaakt worden die vervolgens ad verbatim getranscribeerd worden. De data verzameling zal van mei 2020 tot en met december 2020 duren.

Er zal gebruik gemaakt worden van ‘thematische analyse’ om thema's te identificeren, analyseren, en rapporteren van patronen of thema’s binnenin de bekomen gegevens (4). Gegevens zullen geanalyseerd worden tot en met april 2021.

ETHISCHE BEDENKINGEN

GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

Vooraleer het onderzoek van start gaat, zal de deelnemer zowel mondeling als geschreven informatie ontvangen die verklaart wat de aard, het doel, en de duur van de studie is en over wat er van de deelnemer verwacht wordt. Hierbij wordt ook duidelijk gesteld dat deelname aan deze studie volledig vrijwillig is. Deelnemers of potentiële deelnemers kunnen weigeren om deel te nemen aan het onderzoek of zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat ze hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker. Deelname aan de studie houdt waarschijnlijk geen risico in voor de deelnemer met uitzondering van mogelijke datalekken waarvoor maatregelen zullen getroffen worden om dit risico te beperken tot het uiterste minimum.

De potentiële deelnemer krijgt voldoende tijd om de informatiebrief door te nemen, om deelname aan de studie te overwegen, om vragen te stellen aan de onderzoeker, en om te beslissen of ze deel willen nemen aan de studie. Vervolgens zal een geïnformeerde toestemming verkregen worden door ondertekening van het toestemmingsformulier waarbij de deelnemer een kopie ontvangt en de onderzoeker het origineel behoudt.

De onderzoeker verzekert dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki. Hierbij geeft de onderzoeker aan dat zij geen vergoeding of financiering ontvangt voor het uitvoeren van de studie en verklaart hierbij dat er geen belangenconflict is. Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor deelnemer, noch biedt het enig financieel voordeel.

GEGEVENSBEHEER

Tijdens de interviews zullen er audio-opnames gemaakt worden om het gesprek te registreren. Hierbij zal duidelijk vermeld worden wanneer deze worden gestart en gestopt. De audio-opnames zullen zo snel mogelijk getranscribeerd worden waarna ze zullen verwijderd worden.

Zowel de audio-bestanden als de getranscribeerde bestanden zullen gepseudonimiseerd bewaard worden waarbij de onderzoeker beheerder is van de databank en de co-promotor beheerder is van de codetabel. De onderzoeker, promotor en co-promotor zijn de enigen die toegang hebben tot deze data en de enigen die onderling zullen communiceren over deze data. Indien er schriftelijk dient gecommuniceerd te worden over deze data, zal dit enkel gebeuren met de beveiligde emailserver van de Universiteit Antwerpen.

Alle gegevens zullen bewaard worden op de computer van de onderzoeker dewelke beschermd is met een wachtwoord, en in een map die tevens ook met een tweede wachtwoord en 128-bit AES encryptie zal beveiligd worden. Na het beëindigen van de studie in april 2021, zullen alle gegevens verwijderd worden van de computer van de onderzoeker en bewaard worden in het archief van de Universiteit Antwerpen tot 20 jaar na het beëindigen van de studie. Alle verzamelde gegevens zullen enkel en alleen gebruikt worden in kader van deze studie

ETHISCH COMITÉ

Het protocol tezamen met de informatiebrief en het toestemmingsformulier zullen ingediend worden bij de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen voor schriftelijke toestemming voor de studie. De onderzoeker zal, indien nodig, schriftelijke toestemming verkregen van de Commissie voor eventuele substantiële aanpassingen aan de originele goedgekeurde documenten.

LITERATUURLIJST

1. Beernaert K, Cohen J, Deliens L, Devroey D, Vanthomme K, Pardon K, et al. Referral to palliative care in COPD and other chronic diseases: a population-based study. Respir Med. 2013;107(11):1731-9.
2. Gielen B, Remacle A, Mertens R. De CM neemt het levenseinde onder de loep: de cijfers. CM-informatie. 2009. p. 3-17.
3. de Haes H, Teunissen S. Communication in palliative care: a review of recent literature. Curr Opin Oncol. 2005;17(4):345-50.
4. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101.

BIJLAGE

TOPICLIJST

Introductie

1. Dank u voor vandaag de tijd te nemen voor dit interview.
2. Ik wil u graag kort terug even het doel van deze studie verduidelijken, zoals eerder ook vermeld op de LOK-avond of telefonisch.
3. Ik zal eventueel wat nota's maken tijdens het interview, mocht ik nog ergens op willen terugkomen of als aantekening voor mijzelf.
4. U mag tijdens het interview altijd vragen stellen.

Topics

1. Achtergrond informatie deelnemer
    a. Opleiding en werkervaring
    b. Soort praktijk (al dan niet met andere soorten zorgverleners)
2. Ervaring met begeleiding van palliatieve patiënten
    a. Persoonlijke ervaring en (bij)scholing
    b. Zorgverleners waarmee de huisarts samenwerkt of niet mee samenwerkt
    c. Ervaringen met deze samenwerkingen
3. Communicatie over palliatieve patiënten
    a. Zorgverleners waarmee de huisarts communicatie start
    b. Zorgverleners die communicatie met de huisarts start
    c. Inhoud van communicatie
    d. Methoden van communicatie
    e. Ervaringen van de huisarts (positief/negatief)
    f. Verwachtingen van de huisarts van deze communicatie (zichzelf/anderen)
4. PICT
    a. Vroegtijdige identificatie van palliatieve patiënten: hoe en wanneer?
    b. Verloop van de afname van de PICT
    c. Ervaring met de PICT
    d. Ontslagbrief als trigger voor PICT
    e. Andere triggers voor de PICT
    f. PICT en uitkomst als trigger voor interprofessionele communicatie over een palliatieve patiënt
    g. Andere triggers voor interprofessionele communicatie over een palliatieve patiënt

Afsluiting

1. Korte samenvatting
2. Zou u nog iets willen vermelden of toevoegen?
3. Zou u nog iets willen vragen?
4. Hoe heeft u het interview en deelname aan de studie ervaren?
5. Ik zal uw mijn contactgegevens geven indien er vragen zijn of indien u zich wenst terug te trekken uit de studie.
6. Nogmaals bedankt voor uw tijd en dit interview.